

Relatório do Projeto:

**Dinâmica e Tendências do Mercado de Saúde Suplementar no Contexto da Regulação: Reestruturação Empresarial e Profissionalização da Gestão**

**Editais MCT- CNPq/ANS – Nº 46/2006**

Ligia Bahia

<b>Sumário</b>	
Apresentação .....	3
Edital e Linha de Apoio .....	4
Antecedentes .....	5
Objetivos Propostos no Projeto Apresentado ao Edital MCT- CNPq / ANS – Nº 46/2006 .....	5
Metodologia Proposta no Projeto Apresentado ao Edital .....	5
Desenvolvimento do Projeto .....	7
Objetivo Geral.....	7
Situação dos Formatos Empresariais (dados atualizados para março de 2008) .....	7
Situação dos Beneficiários (dados atualizados para março de 2008) e Relações com Prestadores de Serviços .....	7
Objetivos Específicos .....	9
Elaboração de categorias analíticas compatíveis com a detecção das estratégias de reorganização das empresas do mercado de saúde suplementar .....	9
Mapear os processos de inovação nos formatos empresariais e processos de gestão no segmento da saúde suplementar .....	9
Subsidiar o aprimoramento das políticas regulatórias, especialmente em relação aos incentivos a inovação nos processos de gestão .....	9
Ampliar a interlocução entre as instituições de ensino e pesquisa, as empresas que integram o mercado de saúde suplementar e a ANS. ....	10
Desenvolvimento da Metodologia .....	10
revisão bibliográfica .....	10
sistematização de informações disponíveis .....	11
definição do universo amostral.....	12
validação e teste dos roteiros e formulários .....	12
Seleção das operadoras e novos produtos.....	13
Obtenção dos contratos dos planos de saúde.....	13
Marcadores das estratégias empresariais .....	14
Banco de dados .....	15
Critérios utilizados para o preenchimento das informações sobre a rede hospitalar .....	15
Verificação da Oferta Prevista nos Contratos.....	16
Consultas a Especialistas em Regulação, Executivos do Mercado de Saúde Suplementar e Estudiosos das Estratégias de Reorganização Empresarial .....	16
Resultados .....	17
Um panorama da reconfiguração empresarial.....	17
Estratégia de Inovação: comercialização e as características das coberturas dos planos de menor preço.....	18
As coberturas dos planos de menor preço, a distribuição geográfica dos prestadores de serviços de saúde e a associação entre planos de menor preço com prestadores de menor porte e complexidade.....	20
Caracterização das Empresas.....	21
Contratação e Cancelamento dos planos .....	23
Suficiência e localização de especialidades médicas .....	27
Considerações Finais.....	38
Produtos .....	40
Recomendações .....	41
Referencias Bibliográficas.....	42

## Apresentação

O presente relatório tem como fio condutor o cotejamento da linha de apoio definida pelo Edital MCT- CNPq/ANS – Nº 46/2006, objetivos e metodologia propostos pelo projeto “Dinâmica e Tendências do Mercado de Saúde Suplementar no Contexto da Regulação: Reestruturação Empresarial e Profissionalização da Gestão” e os resultados alcançados pela investigação desenvolvida. Nesse sentido, inicialmente recupera o desenho do projeto apresentado, especialmente seus objetivos e metodologia, a seguir resume sob o item desenvolvimento do projeto os avanços alcançados em relação ao objetivo geral e específicos e detalha as tarefas realizadas para efetivar a metodologia prevista pelo projeto apresentado ao Edital. No item resultados estão elencadas as evidências de uma reestruturação empresarial contextualizada pelo deslocamento para cima da pirâmide de renda da população brasileira. A principal estratégia empresarial de reestruturação do mercado – expansão via comercialização de produtos de menor preço, ou seja, uma reestratificação interna é abordada pela investigação.

Ao contrário do que se previa no período de estagnação econômica, as empresas do setor imersas em uma atmosfera fortemente ao desenvolvimento de sua expansão, praticamente dispensaram as estratégias de aprimoramento gerencial, especialmente aquelas que integram o repertório do *managed care* (que implicam a reorganização da oferta e da demanda) e adotaram como estratégia de inovação a comercialização de planos de saúde de menor preço. Esse padrão inovativo se apoiou em dois suportes principais: empresas de grande porte que lançam produtos de menor preço e a emergência/reconfiguração de empreendimentos de assistência à saúde de pequeno porte.

A expansão das demandas por planos de saúde sem a ampliação da oferta projeta-se sobre um cenário de problemas acumulados de suficiência e densidade tecnológica da rede de prestadores de serviços públicos e privados no Brasil que tendem a se agravar uma vez que o atendimento aos novos clientes de planos e seguros de saúde baseou-se fundamentalmente no reaproveitamento da capacidade instalada existente. Os recentes processos de inovação empresarial que conjugaram movimentos fusões e aquisições como nos casos da Medial e Amil e Unimed´s localizadas em cidades de maior porte com estímulos à reconfiguração de empresas assistenciais são complexos e requerem um exame bastante aprofundado de sua natureza e extensão. Consequentemente, a investigação realizada problematiza a perspectiva do desenvolvimento linear de inovações no setor e sistematiza um conjunto de evidências que sinalizam limites e possibilidades de crescimento do mercado.

## Edital e Linha de Apoio

O Presente relatório refere-se a investigação realizada com recursos obtidos mediante seleção pelo Edital MCT- CNPq / ANS – N° 46/2006. A investigação inscreveu-se na linha de apoio “**estrutura de mercado** e ao subitem **estrutura de mercado por segmento e modalidade**”.

### **Estrutura de mercado**

- Estrutura de mercado por segmento e modalidade.
- Modelos de negócios e estratégias empresariais.
- Estímulo à concorrência: barreiras à entrada e saída do mercado.
- Impacto financeiro da portabilidade de carências.
- Seleção e construção de indicadores econômico-financeiros em modelos de previsão de insolvência.
- Relação entre planos privados de saúde e o mercado de trabalho no Brasil.
- Transferência de carteira: motivação e impacto no mercado.

## **Antecedentes**

Objetivos Propostos no Projeto Apresentado ao Edital MCT- CNPq / ANS –  
Nº 46/2006

### Objetivo Geral

Investigar a dinâmica e tendências do mercado de saúde suplementar no Brasil considerando mudanças em curso: 1) nos formatos empresariais; 2) nas relações com os prestadores de serviços e beneficiários de planos de saúde; 3) nos processos de gestão no mercado de saúde suplementar.

### Objetivos Específicos

Elaborar categorias analíticas compatíveis com a detecção das estratégias de reorganização das empresas do mercado de saúde suplementar.

Mapear os processos de inovação nos formatos empresariais e processos de gestão no segmento da saúde suplementar

Subsidiar o aprimoramento das políticas regulatórias, especialmente em relação aos incentivos a inovação nos processos de gestão.

Ampliar a interlocução entre as instituições de ensino e pesquisa, as empresas que integram o mercado de saúde suplementar e a ANS.

### Metodologia Proposta no Projeto Apresentado ao Edital

Os procedimentos metodológicos para a consecução dos objetivos da pesquisa incluem: revisão bibliográfica e sistematização de informações disponíveis; elaboração dos instrumentos de coleta de informações, definição do universo amostral, validação e teste dos roteiros e formulários; processamento e análise das informações coletadas e divulgação dos resultados. O projeto será executado ao longo de 2 anos, em 5 etapas.

Na primeira etapa com duração de 6 meses serão realizadas as seguintes atividades: 1) levantamento e revisão da literatura, levantamento e análise das informações concernentes direta ou indiretamente ao tema nas seguintes bases: ANS; entidades patronais e de defesa do consumidor;

grande imprensa e imprensa especializada; 2) levantamento da literatura nacional sobre saúde suplementar e da literatura internacional sobre mudanças na organização de empresas de planos e seguros de saúde; 3) levantamento da literatura sobre avaliação de mudanças empresariais e processos de gestão.

Os produtos desta etapa – a organização de estatísticas e informações conjunturais extraídas das fontes selecionadas e a compilação e catalogação da literatura servirão de subsídios às etapas subseqüentes e à elaboração de trabalhos de análise de dados secundários e outras informações, tais como notas da imprensa, sobre a dinâmica do mercado de saúde suplementar.

A segunda etapa terá duração de 4 meses e será dedicada a elaboração de resenhas sobre as bases conceituais, seleção e avaliação dos indicadores utilizados para apreender as estratégias de inovação organizacional no Brasil e em outros países. Os produtos da revisão da literatura e das metodologias de construção de indicadores são insumos essenciais para o desenvolvimento do restante do projeto e serão divulgados sobre o formato de artigo científico e nota técnica. .

Com base na pré-seleção de indicadores resultantes da finalização da segunda etapa, a terceira etapa que terá a duração de 4 meses se concentrará na adequação das dimensões, categorias analíticas e indicadores às especificidades do mercado de saúde suplementar no Brasil. Para tanto serão convocados especialistas em regulação, executivos do mercado de saúde suplementar e estudiosos das estratégias de reorganização empresarial. Os produtos desta etapa: a elaboração de roteiros e formulários para a coleta de informações serão validados em painéis com a participação de especialistas e executivos do setor.

A quarta etapa na qual serão desenvolvidas as atividades de teste das dimensões e categorias analíticas selecionadas, definição do universo amostral, considerando a inclusão de todas as operadoras com mais de 500.000 beneficiários e operadoras representativas das diversas modalidades e portes localizadas ou acessíveis em duas cidades brasileiras São Paulo e Rio de Janeiro. As atividades de viabilização do acesso às operadoras e a coleta de informações integram essa etapa que terá a duração de 6 meses e prevê a realização de articulações e consultas junto a gestores e executivos do setor.

Por fim, as atividades de análise, publicação e divulgação, das informações previstas para a quinta etapa, com duração de 4 meses encerram o projeto. Nesta última fase os produtos referentes a análise das informações coletadas e reflexão sobre os avanços do conhecimento serão sintetizados sob a forma de artigos científicos. Os resultados das etapas antecedentes e uma análise mais detalhada das informações coletadas serão reunidos em um relatório final.

## **Desenvolvimento do Projeto**

### Objetivo Geral

#### Situação dos Formatos Empresariais (dados atualizados para março de 2008)

O universo de operadoras reguladas pela ANS constitui um catálogo amplo e variado de modalidades.. Entre as empresas ativas identificam-se organizações bastante distintas quanto a natureza institucional/empresarial. Conforme a ANS as operadoras de planos de assistência médica podem ser classificadas em 8 modalidades. Tais formatos institucionais/empresariais das organizações envolvidas com a operação de planos de saúde precedem a regulamentação do setor e permanecem vigentes após a consolidação da regulação.

A observância das especificidades do segmento não comercial (autogestão) e singularidade das alternativas jurídico-institucionais do segmento comercial (medicinas de grupo, cooperativas médicas, seguradoras e filantropia) viabilizaram a preservação das alternativas da oferta de planos de saúde. As previsões sobre as tendências de homogeneização do mercado baseadas em assertivas sobre as dificuldades patrimoniais e financeiras que seriam enfrentadas pelas empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas para responder às exigências de ampliação de coberturas e demonstração de solvência formuladas no final dos anos 90 não se confirmaram.

#### Situação dos Beneficiários (dados atualizados para março de 2008) e Relações com Prestadores de Serviços

Considerando os períodos março de 2000 e março de 2008 como referências, observa-se que o número de contratos de planos de assistência médica cresceu 22,5%. As cooperativas médicas ampliaram, em termos relativos e absolutos, o número de seus beneficiários (variação de 43%) enquanto que as seguradoras retraíram seus clientes de planos de assistência médica (variação de -13,5%). As medicinas de grupo e as entidades filantrópicas aumentaram em termos absolutos seu número de clientes (22,11% e 16,6% respectivamente) no período considerado. Os dados analisados sugerem, ainda, que regulação logrou garantir e até estender o acesso aos produtos das operadoras ao longo do território nacional. Em termos de distribuição geográfica, o incremento de beneficiários foi maior nas regiões Norte (54%), Sul (39,6%) e Centro-Oeste (31,4%) do que nas regiões Sudeste (17,7%) e Nordeste (16,6%). Nas cidades de Rio Branco, Porto Velho, Boa Vista e Palmas a taxa de aumento do número de beneficiários, entre os períodos considerados, ultrapassou 60%. Enquanto que o incremento dos contratos nas cidades de Porto Alegre, Teresina, Florianópolis, Cuiabá, Belém e Maceió se situou entre 40% a 51%. Por outro lado, o aumento menos expressivo na região Nordeste decorreu, fundamentalmente, da notável diminuição de

clientes de planos de assistência médica na cidade de Salvador (1.088.068 beneficiários em março de 2000 e 650.393 em março de 2008). (ANS TABNET consulta em 05 de setembro de 2008).

O exame de duas outras variáveis: a titularidade dos planos de assistência à saúde e o número de empresas por modalidade sinaliza a manutenção dos padrões de distribuição estimados à época do início da regulamentação. Tomando-se apenas os contratos novos, em março de 2008 os planos individuais/familiares representaram 22,7% do total de contratos com titularidade identificada.

A avaliação da evolução da estrutura do mercado com base na quantidade e porte das empresas, revela uma ligeira diminuição do número de operadoras ativas (com beneficiários). Em março de 2000 existiam 2032 operadoras em atividade e em março de 2008 1867, ou seja, uma redução de aproximadamente 30%. A relação das empresas de grande porte com mais de 500.000 clientes, sofreu poucas alterações ao longo do tempo. Em 2008, foram registradas apenas 15 empresas de grande porte entre as do sub-segmento de planos de assistência à saúde (2 autogestões, 4 cooperativas médicas, 6 medicinas de grupo e 3 seguradoras) (ANS, 2009).

No que se refere às relações com os prestadores de serviços a regulação abriu caminhos para a tomada de decisões sobre a composição da rede assistencial baseada na ponderação entre qualidade assistencial e custos. O processo de regulamentação estimulou tanto o uso de contratos por meio de pacotes (inspirados no modelo Diagnosis-related group DRG) quanto a avaliação de desempenho. No entanto, prevalecem as negociações baseadas na remuneração fundamentada em tabelas de honorários das entidades médicas. Tais tabelas especialmente o denominado CH (coeficiente de honorários tem sido utilizado, desde os anos 1970 como referencial para o reajuste dos preços dos procedimentos e ainda como unidade passível de multiplicação para o pagamento de procedimentos realizados pelos diferentes tipos de planos e seguros de saúde).

### Situação da Gestão das Empresas

Em 2008 foram avaliadas 1.480 operadoras de planos de saúde entre as 1.707 empresas então ativas, que respondiam por aproximadamente 94% dos beneficiários de planos de saúde. A edição 2008 do programa de avaliação contou com 31 indicadores. As cinco faixas de pontuação são 0,00 a 0,19; 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79; 0,80 a 1,00. Entre os beneficiários de planos de assistência médica das empresas avaliadas, 77,1% obtiveram IDSS (Índice de Desempenho de Saúde Suplementar) nas faixas média (0,40 a 0,59) ou superiores. Contudo, um número significativo de empresas (544 empresas de planos e seguros de saúde) responsáveis por 23,1% do total dos contratos obtiveram pontuação abaixo de 0,39. Essas informações permitem inferir que os impactos da regulação, especialmente no tocante às previsões pessimistas sobre o trade-off entre a ampliação de coberturas e retração do setor, não se

verificaram. A promulgação da Lei 9656/98 não alterou a magnitude e distribuição do número de operadoras, beneficiários e modus operandi do setor. A capacidade de resposta do mercado de planos de assistência médica aos requerimentos da regulação evidenciou uma reprodução do padrão oligopolizado, mas permeável a re-emergência de iniciativas empresariais de menor porte e abrangência geográfica definida.

### Objetivos Específicos

Elaboração de categorias analíticas compatíveis com a detecção das estratégias de reorganização das empresas do mercado de saúde suplementar

A investigação originou uma tipologia de empresas que inovaram suas estratégias empresariais por meio da comercialização de produtos para os segmentos de renda/consumo constituída por 3 categorias: a) planos de empresas tradicionais (já atuantes no mercado) que lançaram novos produtos (por exemplo Amil-Dix no RJ e Amil-Amico em SP); b) planos de novas empresas de menor porte (por exemplo Memorial Saúde no RJ e Green em SP); c) dispositivos de pré-pagamento de empresas não registradas na ANS (por exemplo All Life no RJ).

Mapear os processos de inovação nos formatos empresariais e processos de gestão no segmento da saúde suplementar

A inovação nos formatos empresariais foi mapeada, concluindo-se que: a) houve mudanças em termos de fusões empresariais (empresas médias e empresas de menor porte) que propiciaram a comercialização de produtos de menor preço destinados ao consumo dos segmentos C e D; b) emergência de empresas de menor porte voltadas a comercialização para segmentos C e D nas periferias de grandes cidades como Rio de Janeiro e São Paulo

Subsidiar o aprimoramento das políticas regulatórias, especialmente em relação aos incentivos a inovação nos processos de gestão

A investigação subsidia a reflexão sobre o uso ou não de barreiras à entrada de novas empresas/novos produtos no mercado de saúde suplementar, na medida em que sistematiza evidências sobre suas restrições de coberturas. Tais evidências sugerem ainda a perspectiva do uso dos dispositivos gerenciais desenvolvidos pela ANS em especial o IDSS como marcador para a continuidade das atividades de empresas/produtos com restrições de coberturas.

Ampliar a interlocução entre as instituições de ensino e pesquisa, as empresas que integram o mercado de saúde suplementar e a ANS.

No que se refere a interlocução entre as instituições de ensino e pesquisa e as empresas de saúde suplementar, os resultados da investigação foram apresentados em evento intitulado I Seminário de Gestão do Conhecimento, realizado em 10 de dezembro de 2009, organizado pela ANS para tal finalidade (Anexo I).

## Desenvolvimento da Metodologia

Os procedimentos metodológicos para a consecução dos objetivos da pesquisa incluíram:

### revisão bibliográfica

A revisão da bibliografia foi vinculada aos descritores utilizados com termos simples ou combinados: plano de saúde, seguro de saúde, seguro-saúde, saúde suplementar, mercado de saúde, regulação da saúde, agência reguladora saúde,saúde suplementar, planos e seguros de saúde e mercado de planos e seguros de saúde no Brasil e compreendeu o período 2000 a 2008. O material coletado foi agrupado segundo temática. A análise do conteúdo sugere a existência de uma crítica ao atual formato de articulação entre o público e o privado, fundamentada nas bases teóricas do campo da saúde coletiva que fundamentaram o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ao lado de contribuições que, apoiadas em teorias econômicas liberais, tomam os aspectos econômicos em seu sentido estrito como foco para o debate sobre a saúde suplementar. Até os anos 1990, o interesse pela investigação do mercado de planos e seguros de saúde era muito restrito e concentrado na área de saúde coletiva. Atualmente, o tema é objeto de pesquisa das ciências políticas, da história, das ciências atuariais, do direito, da economia e segue inspirando a produção acadêmica da saúde coletiva. A ampliação das fronteiras disciplinares e a disseminação das demandas pelo aprofundamento do conhecimento da dinâmica e estrutura da assistência suplementar impulsionaram uma agenda de pesquisas, inicialmente estimulada pela ANS, por determinadas instituições de ensino e pesquisa, entre as quais o IPEA, e instituições de defesa do consumidor.

A evolução do número de teses/dissertações e a variedade de abordagens e subtemas concernentes ao mercado brasileiro de planos e seguros de saúde foi expressiva. Entre os trabalhos de conclusão de mestrado e doutorado, a partir de 2000, divulgados pelas bibliotecas virtuais de duas instituições paulistas (USP e FGV SP) e duas sediadas no Rio de Janeiro (UFRJ e ENSP),

encontraram-se 25 dissertações (quatro de doutorado e o restante de mestrado) e quinze de mestrado profissional.

Os oito trabalhos da UFRJ, um de doutorado, foram produzidos pelos cursos de saúde coletiva, economia, Coppead, ciência da informação, direito e comunicação e distribuíram-se homoganeamente ao longo dos anos. A produção da ENSP (duas teses de doutorado, três de mestrado e catorze de mestrado profissional) concentra-se nos anos 2003 (quatro teses) e 2004 (ano de defesa das dissertações do mestrado profissional). A USP também registrou oito trabalhos, sendo que cinco foram elaborados por alunos da Faculdade de Economia e Administração, incluindo um de doutorado, dois de mestrado pela Faculdade de Medicina de São Paulo e um de mestrado pela Faculdade de Odontologia de Bauru. Grande parte das teses da USP (seis, incluindo a de doutorado) foi defendida entre 2005 e 2007. A FGV SP, no período considerado, produziu pelo menos três dissertações de mestrado acadêmico e uma de mestrado profissional.

#### sistematização de informações disponíveis

Evidentemente, esse levantamento incompleto sobre a produção de teses deve ser encarado com muitas reservas. Outros indicadores, como a constituição de grupos de pesquisa, teriam que ser incluídos na avaliação do interesse das instituições de pesquisa sobre o tema. Ademais, a ausência de centros acadêmicos que sabidamente estão envolvidos com investigações sobre o mercado de planos e seguros de saúde, inclusive em São Paulo e no Rio de Janeiro, impede inferências definitivas sobre o perfil das dissertações sobre o tema. Todavia, não se pode deixar de assinalar que as pós-graduações de diferentes áreas de conhecimento das instituições selecionadas vêm contribuindo sistematicamente para o aprofundamento do conhecimento sobre subtemas envolvidos com o mercado de planos e seguros de saúde. Uma das principais características desse tipo de produção de conhecimentos é a amplitude do espectro dos objetos de análise e de abordagens convocadas para perscrutá-los. As teses enfocam desde as estratégias comunicacionais das empresas de assistência suplementar, avaliam os impactos sobre a abrangência e qualidade das coberturas assistenciais e os efeitos econômico-financeiros da regulamentação e propõem modelos alternativos para estimar as garantias financeiras das empresas de planos e seguros de saúde. Os textos publicados relacionam-se com uma grande variedade de campos disciplinares ou campos de produção de conhecimento referidos, havendo, entretanto, alguns elementos mais prevalentes: Direito; Saúde Coletiva; Administração; Políticas de Saúde; Economia da Saúde; Economia; Saúde Pública e Administração em Saúde. Para fins da presente pesquisa, as regras contratuais, incluindo o direito à informação na contratação, merecem consideração.

No que tange a legislação (sintetizada no **Anexo II**), o Poder Judiciário vem consolidando o entendimento de responsabilizar as operadoras de planos de saúde por falhas praticadas por prestadores da rede credenciada em diversos

julgados, inclusive do Superior Tribunal de Justiça, instância máxima julgadora em matéria infra-constitucional (REsp 164.084-SP, DJU de 17/04/2000; REsp 328.309-RJ, DJ de 17/03/2003; REsp 138.059-MG, DJ de 11/06/2001; entre outros) – fato que reforça o vínculo inegável entre prestadores e operadoras de assistência à saúde. Os dois problemas mais freqüentes detectados na relação plano de saúde – usuário neste aspecto: os descredenciamentos e a inadequação da rede.

#### instrumentos de coleta de informações

O instrumento de coleta de informações utilizado para fins de definir o universo amostral e coletar informações das empresas selecionadas incluiu perguntas sobre as seguintes variáveis:

1. Existência de Material de Propaganda da Empresa
2. Forma de Identificação da Empresa pela Equipe da Pesquisa
3. Existência de Telefone e Site na Internet
4. Preços dos Planos
5. Situação da Comercialização e Avaliação dos Corretores sobre os Produtos
6. Registro na ANS
7. Intervenção ou Não da ANS
8. Número de Clientes
9. Existência de Material sobre os Contratos e os Planos Comercializados pelas Empresas
10. Classificação da Empresa segundo Tipologia Definida para o Estudo

#### Processamento das Informações Coletadas:

As informações coletadas foram compiladas e tabuladas (**Anexo III**)

#### definição do universo amostral

A amostra do estudo compreendeu 30 empresas situadas no Rio de Janeiro e em São Paulo que estivessem à época inovando seus processos de comercialização de produtos e relacionamento com a rede de prestadores de serviços. Os critérios de inclusão foram: a) comercialização de planos com valor abaixo da média do setor; 2) registro na ANS; 3) comercialização de planos com cobertura hospitalar e ambulatorial; 4) possuir mais de mil clientes.

#### validação e teste dos roteiros e formulários

Os planos de menor preço foram detectados inicialmente a partir de panfletos, outdoors, lista telefônica e sites da internet. Posteriormente, o instrumento de coleta de informações foi validado por meio de visitas a corretores para verificação de preços, coberturas anunciadas e percepção dos mesmos sobre

eventuais divergências entre as garantias divulgadas e as efetivas. Verificou-se, inicialmente, os anúncios existentes na lista telefônica e em sítios eletrônicos diversos. Em seguida, foram realizadas visitas aos bairros na busca de identificação de pontos de venda (stands e corretoras). E por último foi feita a consulta ao sítio eletrônico da ANS para levantar empresas localizadas no município do Rio de Janeiro com menos de 20.000 clientes. As buscas realizadas na internet e na lista telefônica foram conduzidas por meio das expressões “plano de saúde”, “seguro saúde” e “convênio saúde”. O levantamento na internet foi orientado por buscadores tradicionais. Conforme a concentração sugerida na lista telefônica, a identificação de propagandas em *outdoors*; a busca e recolhimento de panfletos; a aquisição de jornais de bairro, de grande e pequena circulação; e a visita a *stands* e corretoras ocorreu no centro do Rio de Janeiro e nos bairros de Madureira, Méier, Tijuca e São Cristóvão e no centro e Zona Sul de São Paulo.

### Seleção das operadoras e novos produtos

Foram selecionadas 30 (trinta) operadoras que atuam nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, sendo 15 de cada, considerando que estes dois estados possuem a maior concentração de usuários de planos de saúde do país: 53% do total de beneficiários, sendo 41% de SP e 12% do RJ.<sup>1</sup> O preço módico da mensalidade foi o principal critério que orientou a seleção das operadoras de planos de saúde, decisão confirmada pela incidência de marketing em folhetos publicitários distribuídos nas ruas e em sites.

A pesquisa de preços foi feita preferencialmente nos sites oficiais das operadoras selecionadas, no mês de outubro/2008. Nos casos em que o site da operadora não informava o valor do plano a informação era averiguada em sites de vendas de planos de saúde – no mínimo em dois sites, a fim de constatar eventual variação no preço dos planos ofertados.<sup>2</sup> O produto escolhido em cada operadora seguiu o critério de menor preço para a aquisição de plano-referência<sup>3</sup> individual, no padrão enfermária, para mulher na faixa etária entre 24-38 anos. Com o objetivo central de obtenção dos livretos da rede credenciada, não disponíveis nos locais de comercialização dos mesmos, os planos de saúde foram efetivamente contratados por voluntárias, e no período de até 2 (dois) e cancelados, sem a utilização de qualquer serviço para fins de obtenção dos contratos efetivamente vigentes.

### Obtenção dos contratos dos planos de saúde

---

<sup>1</sup> ANS, Caderno de Informação da Saúde Suplementar, março de 2009.

<sup>2</sup> Exemplos, <http://www.brplanosdesaude.com.br> e <http://www.corretor-de-plano-de-saude.com.br>.

<sup>3</sup> De acordo com a Lei 9.656/98, o plano referência é aquele que fornece ampla cobertura - ambulatorial, hospitalar e obstétrica – no padrão de internação em enfermária.

Os contatos telefônicos foram feitos pelas voluntárias diretamente para o número das operadoras que constava no site de cada uma delas. Em alguns casos, as próprias operadoras transferiram a ligação para um corretor, enquanto em outras situações o telefone que constava no site não funcionou e a voluntária também foi obrigada a contatar diretamente um corretor.

Durante o telefonema, a voluntária marcou uma visita para a contratação do plano de saúde e, em seguida, preencheu um formulário para descrição do contato e da contratação.

Para cancelar os planos de saúde, foram enviadas cartas de solicitação de cancelamento pelo correio com aviso de recebimento (AR). Nas situações em que se verificou algum problema no cancelamento, o procedimento adotado foi entrar em contato com a operadora para expor a situação, e, nos casos em que a medida não foi suficiente, foi enviada nova correspondência por fax ou pelo correio com aviso de recebimento, a fim de noticiar a situação e reiterar o pedido de cancelamento do plano.

### Marcadores das estratégias empresariais

O marcador para analisar a estratégia de gestão das empresas de planos de saúde foi a adequação ou suficiência da rede hospitalar credenciada com base nos livretos que indicam os prestadores de serviço credenciados às operadoras, instrumentos de extrema importância que devem ser entregues aos consumidores. Dessa forma, este trabalho reflete as informações constantes nestes livros, complementadas posteriormente com outras obtidas por meio de contatos telefônicos.

O exame da rede hospitalar buscou então identificar: (1) a adequação da rede hospitalar credenciada ao número de beneficiários vinculados à operadora; (2) a distribuição geográfica desta rede credenciada; e, (3) a cobertura hospitalar das especialidades médicas selecionadas.

A avaliação da rede credenciada foi utilizada para elaborar um banco de dados para armazenar as informações contidas nos livretos da rede credenciada. A avaliação da rede credenciada considerou a totalidade dos hospitais pertencentes a cada operadora de plano de saúde.

As especialidades cardiologia, oncologia, clínica geral (ou médica), pediatria, ginecologia/obstetrícia, neurologia, ortopedia, a psiquiatria e a endocrinologia foram tomadas como parâmetro para verificação da oferta rede hospitalar credenciada. Assim, procurou-se identificar: (1) as especialidades ofertadas pela rede hospitalar vinculada a cada plano de saúde contratado em termos quantitativos gerais e também considerando o número de hospitais para cada uma das especialidades selecionadas; (2) o número de operadoras que credenciam um mesmo hospital, indicando o número de usuários que em tese poderiam utilizá-lo; 3) a distribuição geográfica dos hospitais credenciados na cidade.

## Banco de dados

Para facilitar a análise da rede credenciada de cada operadora e sua distribuição geográfica, bem como para verificar a eventual coincidência de hospitais em mais de uma operadora, os dados colhidos foram inseridos em um banco de dados confeccionado em Excel e posteriormente transferido para o Programa EpiInfo versão 6 para tabulação dos dados (anexos V e VI entregues com arquivos excel). O geoprocessamento dos endereços dos hospitais foi feito através do programa MapInfo versão 8.5.

## Crítérios utilizados para o preenchimento das informações sobre a rede hospitalar

Como os contratos e as informações sobre a rede credenciada não seguem um padrão, o **livreto inteiro** das operadoras foi consultado para fins de busca dos hospitais credenciados, seguindo os critérios para a coleta dos dados:

- a) sempre que havia no livreto um item específico “hospitais”, foram registrados no banco de dados todos os hospitais e congêneres ali indicados, seguindo exatamente a classificação adotada pela operadora de plano de saúde. Isto significa que estabelecimentos denominados como Casas de Saúde, por exemplo, listados sob o título “hospitais” no livreto da rede credenciada foram computados também no banco de dados como hospitais;
- b) por sua vez, quando os livretos estavam divididos por especialidades, apresentando dentro de cada uma delas os serviços de consultas, clínicas, exames e hospitais cobertos, foram considerados como hospitais apenas aqueles estabelecimentos denominados como tal. Nesta hipótese, Casas de Saúde, Clínicas, Unidades Assistenciais e congêneres não foram computados como hospitais, já que a própria operadora não identificou fazerem parte de sua rede hospitalar;
- c) essa diretriz, considerar como hospital apenas o estabelecimento denominado como tal, foi adotada também para os livretos que não trazem divisões entre a rede hospitalar e os demais estabelecimentos e mesmo em especialidades médicas;
- d) além das especialidades definidas como objeto da pesquisa, o banco de dados elaborado para o registro da rede credenciada de hospitais destacou os tipos de atendimento cobertos: eletivo, pronto-socorro (adulto, infantil, diurno), ambos para cada especialidade, devidamente anotados sempre que especificado pelos livretos.
- e) quando não havia nenhuma discriminação quanto aos serviços oferecidos por um hospital, sua classificação foi considerada como “cobertura de atendimento geral”, indicando “não especificado” para todas as outras especialidades destacadas pela pesquisa. Igualmente, marcou-se “não

especificado” se nenhuma especificação foi encontrada quanto ao tipo de atendimento (eletivo, pronto-socorro, ambos).

f) todas as discriminações quanto aos serviços pesquisados foram anotadas e sempre diante de falta de particularizações anotou-se, nos demais campos, “não especificado”;

g) os campos foram preenchidos com “não” apenas quando: i) constava explicitamente a não cobertura de determinado atendimento; ii) o hospital só estava claramente indicado em determinada ou determinadas especialidades e não constava em atendimento geral; iii) tratava-se de hospital especializado (por exemplo, hospital oftalmológico).

### Verificação da Oferta Prevista nos Contratos

Com o intuito de chegar mais próximo do real significado da grande ausência de especificações quanto à cobertura de especialidades por parte dos hospitais, foram realizadas ligações telefônicas para todas as operadoras integrantes da pesquisa, com exceção daquelas que não forneceram os livretos e, portanto, foram desclassificadas.

O primeiro contato sempre foi feito diretamente com as empresas, à exceção de um caso já que o telefone disponibilizado no livreto da operadora não atendeu. Neste caso as informações foram fornecidas pelos hospitais escolhidos a partir do livreto da rede credenciada. Em outros casos, a própria operadora indicou corretores para esclarecer as dúvidas quanto à cobertura.

Foram escolhidas as três especialidades médicas com menor especificação de cobertura pelos hospitais: psiquiatria, oncologia e neurologia. A partir daí, foram feitos questionamentos aos atendentes das operadoras ou corretores, para esclarecer se três dos hospitais listados nos livretos, escolhidos aleatoriamente dentre aqueles que não especificaram a cobertura das especialidades mencionadas, cobriam ou não uma delas. Foi também questionado se a operadora fornecia cobertura para tais especialidades em outros hospitais, além dos questionados. Os resultados foram compilados em planilha de Excel.

### Consultas a Especialistas em Regulação, Executivos do Mercado de Saúde Suplementar e Estudiosos das Estratégias de Reorganização Empresarial

Especialistas em regulação consultados: Especialista do Instituto de Saúde Suplementar, professor do Instituto da UFRJ autor de livros sobre regulação.  
Estudiosos das estratégias de reorganização empresarial consultados: Executivos de empresas de planos de saúde de grande e pequeno porte,

executivos de hospitais e estudiosos do mercado de planos e seguros de saúde, executivos de empresas alunos do MBA Saúde da Coppead UFRJ

## Resultados

### Um panorama da reconfiguração empresarial

A importância do mercado de saúde suplementar no complexo industrial da saúde pode ser medida tanto pelo volume do faturamento de suas empresas, que é, segundo fontes oficiais e empresariais, superior ao da indústria farmacêutica quanto pela presença direta ou indireta na mídia e nas arenas setoriais das empresas de planos de saúde. Enquanto que em 2008 o faturamento das operadoras de planos de assistência à saúde foi 59,08 bilhões (excetuando-se informações de empresas que não enviaram informações para a ANS referentes ao quarto trimestre de suas receitas), o volume de recursos gerenciados pelas autogestões patrocinadas o da indústria farmacêutica atingiu 28,12 bilhões (ANS, 2009 e Febrafrarma, 2009).

Evidentemente, o papel das operadoras de planos de saúde na cadeia de fluxo financeiro que une os consumidores aos prestadores de serviços distingue suas atividades daquelas desempenhadas pelas indústrias farmacêuticas, no que concerne ao investimento em infra-estrutura, projetos de pesquisa e ações de publicidade e marketing. Porém não elimina o protagonismo dessas empresas no sistema de saúde brasileiro.

Sabe-se que as despesas assistenciais das operadoras de planos de saúde consomem grande parte dos recursos financeiros provenientes de contraprestações pecuniárias referentes ao pagamento dos contratos de planos de assistência médica. Mas, o exame da estrutura de gastos das operadoras do setor mostra que as despesas administrativas das operadoras que em média atingem 17,43% do total dos gastos são elevadas. A variação dos gastos com administração 8,3% nas seguradoras e mais de 60% nas entidades filantrópicas sugere que a incidência das destas despesas seja maior nas operadoras de menor porte. Do lado das receitas as diferenças entre as modalidades são igualmente notáveis. As estimativas para o ano de 2008 do valor médio de um plano de saúde evidenciam que as entidades filantrópicas e medicinas de grupo cobraram cerca de R\$ 73 por mês por um plano de saúde, as cooperativas médicas R\$104,00 e as seguradoras R\$154,00 (Caderno de Informação da Saúde Suplementar, ANS, 2006). Tais variações no perfil das despesas e receitas são compatíveis com os diferenciais nas redes de prestação de serviços mantidas pelas empresas do setor.

Isoladamente, o faturamento de apenas 38 hospitais filiados a Anaph<sup>4</sup> (Associação Nacional de Hospitais Privados), considerados quase sempre de

---

<sup>4</sup> SP | Hospital Israelita Albert Einstein | Hospital do Coração | Hospital Samaritano | Hospital Santa Catarina | Hospital Sírio-Libanês | Hospital 9 de Julho | Hospital e Maternidade São

primeira linha e integrantes da rede referenciada pelas seguradoras e demais modalidades para planos superiores, aproximadamente 5,2 bilhões em 2007 representou cerca de 13% do total das receitas arrecadadas pelo setor de saúde suplementar no mesmo ano. Depreende-se, que a destinação de recursos a um número reduzido de prestadores seja um fator de tensão no mercado e catalisador de mudanças (ANAPH,2009 e ANS, 2009).

Não é por menos que parte das estratégias de revisão das relações de operadoras com prestadores de serviços tenha como substrato a renegociação e o monitoramento dos contratos com estabelecimentos de saúde. No tocante às mudanças nas relações com os clientes as questões concentram-se em torno da adoção de medidas preventivas exigentes da integralidade do cuidados e programação da demanda.

Alternativamente, a investigação das alterações jurídico-institucionais relacionadas com a aquisição e construção de estabelecimentos de saúde, especialmente hospitais e laboratórios e empresas de comercialização de planos de saúde, cujos efeitos de médio e longo prazo podem reestruturar o mercado de saúde suplementar requerem a análise detalhada de processos de verticalização. Do mesmo modo, o exame dos valores das taxas de retorno da comercialização de planos de saúde e assistência médica e o lançamento de ações de empresas de planos de saúde pode apontar tendências de valorização e maior integração destas empresas e seus sócios ao setor financeiro.

A terceira chave para a avaliação da dinâmica das operadoras de saúde suplementar relaciona-se com a observação das mudanças nos processos de gestão, tais como a implantação de sistemas de informação, contratação de pessoal especializado e investimento em capacitação bem como as inovações na área comercial das operadoras de saúde suplementar. As informações sobre profissionalização da gestão, investimento em processos gerenciais inovativos cotejadas com seus possíveis efeitos sobre a estrutura de gastos das operadoras são essenciais ao estudo das tendências de desenvolvimento do mercado.

**Estratégia de Inovação: comercialização e as características das coberturas dos planos de menor preço**

---

Camilo Pompéia | Hospital e Maternidade São Lucas | Hospital e Maternidade São Luiz | Hospital e Maternidade Santa Joana | Hospital Alemão Oswaldo Cruz | Hospital Vivalle | Hospital e Maternidade Brasil | Hospital Nossa Senhora de Lourdes | Hospital Bandeirantes | Hospital Nipo-Brasileiro | RJ | Casa de Saúde São José | Hospital Pró-Cardíaco | Hospital Vita Volta Redonda | Hospital Barra D'Or | Hospital Copa D'Or | ES | Hospital Meridional | Vitória Apart Hospital | PE | Hospital Santa Joana | Real Hospital Português de Beneficência | Hospital Memorial São José | Hospital Esperança | PR | Hospital Vita Curitiba | Hospital Nossa Senhora das Graças | RS | Hospital Mãe de Deus | Hospital Moinhos de Vento | DF | Hospital Anchieta | Hospital Santa Luzia | BA | Hospital Aliança | Hospital Português | GO | Hospital Santa Genoveva | MT | Hospital Santa Rosa | MG | Hospital Mater Dei | Hospital Monte Sinai

Após dez anos da edição da nova legislação, em dezembro de 2008, o mercado contava com 1.762 operadoras de planos de saúde registradas em atividade, sendo que 87,4% destas possuem beneficiários cadastrados. O total de consumidores vinculados a planos de assistência médica era de 40,9 milhões de beneficiários, sendo que 74,2% deles possuíam planos novos e 25,8%, planos antigos.<sup>5</sup>

A Lei 9.656/98 inaugurou uma nova fase no mercado de assistência privada à saúde, ao instituir um marco regulatório que tem como uma de suas principais características garantir a cobertura assistencial de todas as doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Com isso, a nova legislação pretendia resolver a principal disputa entre usuários e empresas de planos de saúde que deságuam no Poder Judiciário.<sup>6</sup>

Passada mais de uma década, alguns movimentos do mercado de saúde assistencial são percebidos na conformação do novo marco legal. A chamada coletivização dos planos – que representa uma significativa redução de planos individuais em oposição ao aumento da oferta e contratação de planos coletivos<sup>7</sup> – é nitidamente resposta a uma maior proteção conferida pela Lei de Planos de Saúde aos planos de saúde individuais, no tocante aos reajustes e ao cancelamento unilateral, e à falta de regulamentação dos planos coletivos.<sup>8</sup>

Paralelamente, a ascensão das classes C e D ao mercado de consumo<sup>9</sup>, introduz novos participantes no mercado de assistência à saúde, a partir da oferta de planos de saúde com preços mais acessíveis. As filas para agendamento de consultas e realização de exames e internações no sistema público aliada à maciça publicidade de planos de saúde com preços significativamente inferiores, justamente para se amoldar ao poder aquisitivo desses potenciais usuários, têm atraído novo universo de consumidores.

---

<sup>5</sup> ANS, Caderno de Informação da Saúde Suplementar, março de 2009.

<sup>6</sup> Nesse sentido, v. *Os planos privados de saúde e a efetividade da Justiça* (UFRJ, 2004) e *Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo* (SCHEFFER, 2006).

<sup>7</sup> De acordo com o Caderno de Informação da Saúde Suplementar, de junho de 2009, 72,5% dos beneficiários possuem contrato coletivo de plano de saúde, enquanto que apenas 21,8% tratam-se de beneficiários com planos individuais.

<sup>8</sup> Em julho e agosto de 2009, a ANS publicou as Resoluções Normativas nº 195 e 200, respectivamente, regulamentando alguns aspectos dos planos coletivos. O impacto dessa recente normatização não foi avaliado por este trabalho. Para saber mais sobre este assunto, v. *Planos de Saúde: nove anos após a Lei 9.656/96*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, 2007. In [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/Planos\\_de\\_Saude.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/Planos_de_Saude.pdf) BIBLIO

<sup>9</sup> Conforme notícias: Folha de São Paulo “Saúde privada cresce 30% desde 2000” (<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0406200701.htm>) e “Planos tentam atrair público de baixa renda” (<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0406200702.htm>); Estado de São Paulo “Com 86 milhões de pessoas, classe C já é maioria da população brasileira” (<http://www.estado.com.br/editorias/2008/03/27/eco-1.93.4.20080327.31.1.xml>)

O aumento do número de usuários sem proporcional redimensionamento da rede credenciada de prestadores de serviço tende a levar a um crescimento insustentável da operadora em médio e longo prazos e, conseqüentemente, a ludibriar e lesar os consumidores em contrato de longa duração. A questão é crítica, portanto, porque atinente ao equilíbrio econômico-financeiro das operadoras e à assistência prestada aos beneficiários do sistema.

O cumprimento da cobertura assistencial prevista na legislação e a adequação da rede em termos quantitativos, especialmente em vista do número de usuários, é, dessa forma, aspecto de relevância. Em que medida os planos de saúde voltados a esses novos consumidores são capazes de assegurar a cobertura, conforme imposto pela Lei 9.656/98, é a questão central que orientou o presente trabalho. A partir da investigação da rede hospitalar credenciada contratada, pretendeu-se avaliar a adequação da oferta dos serviços que se traduz, dentre outros aspectos, no tempo para agendamento de consultas, exames e atendimentos hospitalares, assim como na capacidade de absorver os atendimentos de urgência e emergência, considerando que a longa espera nos serviços públicos é um dos principais fatores responsáveis pela busca de planos de saúde pelas classes C e D.

As coberturas dos planos de menor preço, a distribuição geográfica dos prestadores de serviços de saúde e a associação entre planos de menor preço com prestadores de menor porte e complexidade

As empresas de saúde suplementar credenciam um conjunto numericamente importante de prestadores de serviços de saúde (médicos, unidades de diagnóstico e terapia e hospitais que estão simultaneamente vinculados às redes públicas e privadas. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, em 2006<sup>10</sup> dos 6.343 hospitais registrados 80,6% eram prestadores de serviços aos SUS, 60,5% prestavam serviços privados e 41,9% atuavam nos setores público e privado. Todos esses hospitais contavam com aproximadamente 470 mil leitos, 39% destes em hospitais estritamente prestadores de serviços ao SUS, 12% em hospitais estritamente prestadores de serviços privados e 49% em hospitais simultaneamente prestadores de serviços ao SUS e ao setor privado. Em 2006 os prestadores de serviços hospitalares na saúde suplementar concentravam-se predominantemente na Região Sudeste (41,5%), seguida pelas regiões Sul

---

<sup>10</sup> Portela, M. et alii. Diretrizes clínicas e outras práticas voltadas para a melhoria da qualidade assistencial em operadoras de planos de saúde sob a perspectiva dos seus dirigentes, no Brasil. Cad. Saúde Pública vol.24: 2, 2008

(21,6%), Nordeste (19%), Centro-Oeste (12,9%) e Norte (5%). Como seria esperado, acompanham a distribuição das operadoras de planos de saúde no país: Região Sudeste (59,5%), Sul (17%), Nordeste (13%), Centro-Oeste (7,2%) e Norte (3,3%).

No entanto, as empresas e os produtos de menor preço tendem a constituir suas redes assistenciais com prestadores de menor porte quase sempre com uma complexidade assistencial aquém das necessidades de saúde. Mais da metade (56,1% dos hospitais brasileiros) caracterizavam-se como de menor complexidade, sendo 42% do tipo Geral I sem UTI e 14,1% Especializado sem UTI. A outra parte (43,9%) estava integrada por hospitais de maior complexidade: Geral II, 22,8%; Geral I com UTI, 17,9%; Especializado com UTI, 3,2%. Considerando o vínculo com as operadoras, 97,1% dos hospitais foram declarados credenciados e apenas 7%, pertencentes a uma operadora, sublinhando-se que as duas alternativas não são excludentes. Em relação ao número de operadoras para as quais os hospitais prestam serviços, observou-se a seguinte distribuição: 1 operadora (6%); 2-5 operadoras (25,5%); 6-10 operadoras (18,8%); 11-20 operadoras (22%); 21-50 operadoras (22,7%); > 50 operadoras (4%); sem informação (1%). Para a maior parte dos hospitais (79,1%). A qualidade dos serviços de saúde constitui-se um tema obrigatório para os sistemas de saúde contemporâneos públicos e privados. Nos países com renda elevada a rede de serviços de saúde é definida segundo critérios de suficiência e qualidade, as estruturas, práticas e resultados assistenciais estão associadas a uma melhoria da qualidade e uma diminuição de gastos assistenciais. Embora essas condições estruturais da rede hospitalar não possam ser automaticamente transpostas para as unidades de diagnóstico e terapia nem tampouco para os profissionais de saúde, os planos de saúde de menor preço se viabilizaram por meio de incentivos à revitalização de empreendimentos de saúde modestos em termos de densidade tecnológica e porte cujos preços de remuneração e condições de acesso e utilização de serviços são compatíveis com a expansão do mercado para os segmentos C e D.

### Caracterização das Empresas

A ANS classifica o porte das operadoras de acordo com o número de usuários, considerando como pequeno porte aquelas com até 9.999 beneficiários; médio porte as operadoras com 10 mil a 99.999 usuários; e como grande porte aquelas que possuem 100 mil ou mais beneficiários.<sup>11</sup>

A tabela 1 indica o número de usuários vinculados a cada operadora analisada e sua classificação quanto ao porte:<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> [http://www.ans.gov.br/portal/site/qualificacao/pdf/apresentacao\\_final.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/site/qualificacao/pdf/apresentacao_final.pdf)

<sup>12</sup> Informações fornecidas no site da ANS datadas de março de 2009. ([http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil\\_operadoras/consulta\\_operadoras/default.asp?secao=Consumidor](http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/consulta_operadoras/default.asp?secao=Consumidor)). A busca foi realizada por operadora de acordo com o número de registro de cada uma delas.

**Tabela 1**

<b>OPERADORA</b>	<b>REGISTRO ANS</b>	<b>BENEFICIÁRIOS</b>	<b>PORTE</b>
<b>RIO DE JANEIRO</b>			
Alvorada	329266	4.021	PEQUENO
Assim	309222	230.723	GRANDE
CEMERU	401081	16.259	MÉDIO
CMM - Clínica médica Madureira	409189	4.159	PEQUENO
Dix- Amico Saúde	306622	886.371	GRANDE
Dona Saúde	365645	3.741	PEQUENO
Life Saúde	407780	35.285	MÉDIO
Memorial	373010	64.499	MÉDIO
Real Life	404918	19.784	MÉDIO
Salutar	27	4.786	PEQUENO
SAMOC	343676	10.590	MÉDIO
Sind saúde	406201	1.872	PEQUENO
UH	413780	31.984	MÉDIO
Vida & Vida	404993	7.701	PEQUENO
World méd	327492	1.522	PEQUENO
<b>SÃO PAULO</b>			
Ameplan - Royal Plus	319546	*	
Avimed	394009	206.920	GRANDE
Greenline	325074	268.139	GRANDE
Itálica	320889	38.154	MÉDIO
Intermédica	359017	1.800.302	GRANDE
Med Tour	328537	44.356	MÉDIO
Medial	302872	1.662.876	GRANDE
Medicol	309231	22.302	MÉDIO
Samcil	379697	468.653	GRANDE
Santa Amália	339245	97.263	MÉDIO
São Cristovão	314218	48.064	MÉDIO
Seisa Saúde	338362	185.434	GRANDE
Serma	388122	55.547	MÉDIO
Transmontano	303623	52.526	MÉDIO
Unimed Paulistana	301337	726.036	GRANDE

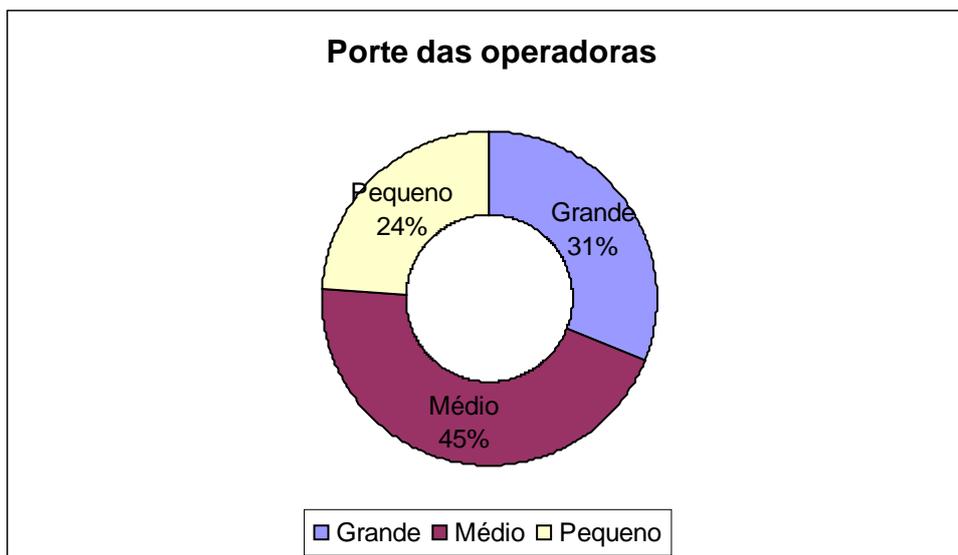
\* Não foram encontradas informações na ANS

Interessante notar a prevalência de operadoras de pequeno porte atuando neste segmento de planos mais acessíveis no Rio de Janeiro (7 das 15

empresas pesquisadas), enquanto em São Paulo, as operadoras selecionadas a partir da mesma metodologia, estão divididas entre médio e grande porte.

Considerando conjuntamente os dados de SP e RJ tem-se que 9 operadoras avaliadas são de grande porte; 13 são de médio porte; 7 são de pequeno porte e em um caso não foi possível a identificação, conforme ilustrado no gráfico 1:

**Gráfico 1**



Como se vê, apesar da presença de operadoras de todos os portes na oferta de planos de saúde com valores baixos, apenas 24% são pequenas, donde se pode concluir que se trata de um importante nicho de mercado disputado por empresas de médio e grande porte.

## Contratação e Cancelamento dos planos

A descrição a seguir, além de estar separada para cada Estado, segue um critério cronológico, dividindo-se em: contato inicial com a operadora de plano de saúde ou corretor e momento da contratação.

### **São Paulo**

#### *2.1.1. Contato inicial*

De início, as voluntárias contataram as operadoras por meio dos telefones que, em geral, constavam em seus sites. Em alguns casos, o número de telefone indicado era de uma corretora.

Para a formalização do contrato, de modo geral, as operadoras indicaram um corretor, exceto em dois casos em que as voluntárias foram orientadas a

comparecer pessoalmente na sede da empresa (*Trasmontano* e *Unimed Paulista*) e num terceiro que, diante da impossibilidade de contatar a operadora, a voluntária falou diretamente com um corretor.

Um aspecto interessante a ser ressaltado foi o de que, em quatro ocasiões (*Avimed*, *Medial*, *Intermédica* e *São Cristóvão*), o próprio corretor indicado pela empresa ofereceu outros planos no lugar daquele solicitado pela voluntária.

#### Preços das mensalidades

Na tabela 2 abaixo, estão discriminados os valores pagos na primeira mensalidade, incluída a taxa de adesão:

**Tabela 2**

<b>Planos contratados e preços das mensalidades</b>		
<b>Operadora</b>	<b>Plano de saúde</b>	<b>Preço</b>
Avimed Saúde	Standard Rede Preferencial Individual	R\$ 85,50
Ameplam	Executivo Enfermaria	R\$ 84,96
Greenline	Standard Global	R\$ 70,00
Intermédica	Max 200	R\$ 100,00
Itálica	Master Enfermaria	R\$ 58,00
Medial	Essencial 220E	R\$ 100,95
Medicol	Master 520 E	R\$ 88,14
Med Tour	Gama duas estrelas enfermarias	R\$ 115,42
Santa Amália	IFRPO-R. Própria Standard	R\$ 82,69
Samcil	Ideal Enf.	R\$ 98,60
São Cristóvão	Alternative	R\$ 97,70
Serma	Único	R\$ 81,66
Seisa	Safira	R\$ 95,00
Trasmontano	Premium	R\$ 44,50
Unimed Paulista	Original	R\$ 145,50

#### Documentação

Em geral, não houve problemas na documentação enviada pelas operadoras de São Paulo, com exceção de duas que não entregaram o livreto da rede credenciada e de outras duas que não entregaram a carteirinha de identificação do usuário. Na tabela abaixo (3) estão discriminados os documentos entregues ou não pelas operadoras.

**Tabela 3**

<b>Entrega de Documentação</b>			
<b>Operadora</b>	<b>Entrega do contrato</b>	<b>Entrega do livreto ou similar</b>	<b>Envio da carteirinha</b>
Avimed Saúde	SIM	SIM	SIM
Ameplam	SIM	SIM	SIM

Greenline	SIM	SIM	SIM
Intermédica	SIM	NÃO	SIM
Itálica	SIM	SIM	SIM
Medial	SIM	SIM	SIM
Medicol	SIM	SIM	SIM
Med Tour	SIM	SIM	NÃO
Santa Amália	SIM	SIM	SIM
Samcil	SIM	NÃO	SIM
São Cristóvão	SIM	SIM	SIM
Serma	SIM	SIM	SIM
Seisa	SIM	SIM	NÃO
Trasmontano	SIM	SIM	SIM
Unimed Paulistana	SIM	SIM	SIM

Importante destacar que as empresas que não entregaram os livretos de rede credenciada foram desclassificadas da pesquisa que teve como base justamente as informações constantes neste material.

#### *Cancelamento dos contratos dos planos de saúde*

Os cancelamentos foram feitos por meio de carta com pedido de aviso de recebimento (AR).

Apenas a *Unimed Paulistana* enviou uma carta-resposta específica respondendo a solicitação de cancelamento do plano de saúde contratado. A *Samcil*, a *Seisa* e a *Medial* enviaram carta informando que havia pagamentos pendentes e, caso não fossem quitados, o plano seria cancelado. As demais operadoras de saúde não responderam à solicitação de cancelamento.

Como se vê, de modo geral, o procedimento de cancelamento do plano de saúde adotado pelas empresas não oferece segurança ao consumidor que, na maioria das vezes, não recebe qualquer confirmação da empresa, mesmo diante de um pedido formal de cancelamento.

Ocorreram dificuldades mais significativas no cancelamento de três planos de saúde: *Intermédica*; *Medial* e *Med Tour*. Dentre os problemas, destacaram-se dificuldade de comunicação com a operadora, informações desconhecidas de atendentes diferentes sobre o recebimento da carta de cancelamento e sua efetivação, reiteradas cobranças posteriores à solicitação formal de cancelamento do plano de saúde. Essas cobranças, na verdade, foram feitas por grande parte das operadoras como a *Seisa*, a *Unimed*, a *Intermédica*, a *Medicol*, a *Avimed*, a *Medial*, a *Itálica* e a *Samcil*.

#### **Rio de Janeiro**

##### *Contato Inicial*

Os mesmos procedimentos adotados em São Paulo foram seguidos no Rio de Janeiro e muitas das condutas observadas lá também o foram o aqui.

Alguns dos telefones encontrados no site das operadoras eram de corretoras e a contratação dos planos de saúde se deu por meio de um corretor, com exceção de uma operadora (Alvorada), em que o contato foi feito diretamente com a empresa.

Similarmente ao que ocorreu em São Paulo, em alguns casos, os corretores ofereceram outros planos no lugar daquele que estava sendo solicitado pela voluntária. Por exemplo, o corretor que vendeu o plano da Real Life indagou várias vezes sobre opção da voluntária afirmando que a rede credenciada era muito reduzida. Enquanto que, na contratação do plano da Sind Saúde, o corretor informou que o plano só cobria 10 consultórios por especialidade, oferecendo outros planos para a voluntária.

#### *Preços das mensalidades*

Os valores dos planos já com a taxa de adesão estão discriminados na tabela 4:

**Tabela 4**

<b>Planos Contratados e preços das mensalidades</b>		
<b>Operadora</b>	<b>Plano de saúde</b>	<b>Preço</b>
Alvorada Saúde	Alvorada Saúde Especial	R\$ 62,48
Assim	Básico	R\$ 109,19
Cemeru	Classic / Top Plus*	R\$ 91,69
Cmm	CMM Saúde e Resgate Ambulatorial Básico co-participação	R\$ 31,00
Dix-Amico Saúde	Dix Classic	R\$ 121,50
Dona Saúde	Exclusivo	R\$ 64,00
Life Saúde	Premium	R\$ 87,97
Memorial Saúde	Memorial Total. Plano Amb. Ind. c/ co-participação	R\$ 69,70
Real Life	Premium Enfermaria 450	R\$ 98,00
Salutar	Especial com franquia	R\$ 99,45
Samoc	Plano Ambulatorial/Hospitalar com Obstetrícia - código 200	R\$ 60,00
Sind Saúde	Básico enfermaria com parto	R\$ 98,52
Uh	UH XIV - ambulatória com Franquia	R\$ 88,52
Vida & Vida	Básico	R\$ 66,00
World Med	Básico	R\$ 50,00

\* A denominação do plano de saúde no contrato era Classic, na Carteirinha de identificação do usuário Top Plus.

#### *Documentação*

A documentação foi entregue no momento da contratação referente aos contratos do Rio de Janeiro apresentou diversos problemas que não foram verificados em São Paulo, conforme indica a tabela 5 abaixo:

**Tabela 5**

<b>Entrega de documentação</b>			
<b>Operadora</b>	<b>Entrega do contrato</b>	<b>Entrega do livreto ou similar</b>	<b>Envio da carteirinha</b>
Alvorada Saúde	SIM	SIM	NÃO
Assim	NÃO	SIM	SIM
CEMERU	SIM	SIM	SIM
CMM	NÃO	SIM	SIM
Dix-Amico Saúde	SIM	SIM	SIM
Dona Saúde	SIM	SIM	SIM
Life Saúde	SIM	SIM	NÃO
Memorial Saúde	SIM	SIM	SIM
Real Life	SIM	SIM	SIM
Salutar	NÃO	SIM	SIM
SAMOC	SIM	SIM	SIM
Sind Saúde	SIM	SIM	SIM
UH	SIM	SIM	NÃO
Vida & Vida	SIM	NÃO	NÃO
World Med	SIM	SIM	SIM

Também aqui as operadoras que não entregaram os livretos de rede credenciada tiveram que ser desclassificadas da pesquisa.

Vale destacar que o livreto de rede credenciada da empresa Alvorada possui apenas duas páginas e da operadora CEMERU é mini jornal.

#### *Cancelamento dos planos contratados*

Como ocorreu em São Paulo, os planos foram cancelados por meio de carta com aviso de recebimento.

A única operadora que respondeu ao pedido de cancelamento do plano de saúde foi a Dix Saúde, mas continuou a enviar boletos de cobrança à voluntária, assim como outras operadoras, mesmo após a solicitação formal do cancelamento do plano de saúde. A insegurança do consumidor quanto ao cancelamento se repete também no Rio de Janeiro.

#### Suficiência e localização de especialidades médicas

A avaliação concentrou-se em quatro aspectos principais: (1) a qualidade e clareza das informações constantes nos livretos de rede credenciada; (2) a adequação da rede ao número de beneficiários vinculados à operadora; (3) a

cobertura dos procedimentos selecionados; e, (4) a distribuição geográfica da rede credenciada.

### ***Qualidade e clareza das informações dos livretos de rede credenciada***

O livreto de rede credenciada é parte essencial do contrato de plano de saúde, já que deve trazer toda a rede de prestadores de serviços aos quais o consumidor pode recorrer para usufruir o objeto do contrato - ter atendimento a sua saúde conforme a segmentação de cobertura pactuada (hospitalar, ambulatorial, obstétrica e/ou odontológica). Por esta razão, os prestadores de serviços estão dentre os principais aspectos avaliados pelo consumidor no momento de escolher por um determinado plano de saúde.

Como instrumentos de extrema importância para orientar o consumidor na utilização de seu plano de saúde, os livretos de rede credenciada deveriam trazer os prestadores de serviços e as coberturas oferecidas por cada um deles de forma clara e organizada, em respeito ao direito básico à informação assegurado pelo Código de Defesa do Consumidor e também pela Lei 9.656/98. No entanto, lamentavelmente, não foi o que se viu por meio da presente pesquisa.

A tônica dos livretos analisados foi (i) a falta de padronização e (ii) a falta de informação adequada ao consumidor.

A falta de padronização causa grande dificuldade ao consumidor que pretende comparar a rede credenciada de diferentes operadoras, estando presente tanto no formato (estruturação) do livreto, como também nas nomenclaturas utilizadas para distinguir um atendimento de outro.

Em São Paulo, no livreto da *Unimed Paulistana*, a cidade é dividida em regiões, o que facilita a consulta e a busca do consumidor. No entanto, em outros casos não há esta divisão, como nos livretos da *Seisa* e da *Avimed*<sup>13</sup>

A diversidade da nomenclatura utilizada pelas operadoras também é facilmente percebida, outro dificultador para o consumidor. Designando “consultas” é possível encontrar as expressões *especialidade médica (Serma)*, *unidades médicas (Trasmontano)*, *especialidades (Ameplan)*. Para designar “exames e tratamentos” alguns livretos utilizam essa mesma nomenclatura (*exames e tratamentos*), mas há também aqueles que falam em *serviços auxiliares (Ameplan)*, *clínicas especializadas em diagnose e terapia/laboratórios (Santa Amália)*.

Em relação ao fornecimento de informação adequada ao consumidor, a falta de especificação quanto às especialidades médicas cobertas pelos planos de saúde é um grave problema. No livreto da operadora *Seisa*, por exemplo, não há indicação de quais especialidades são cobertas nos Prontos Socorros credenciados. Em outros, não há tais especificações em relação aos hospitais -

---

<sup>13</sup> Atualmente, a Avimed não está mais ativa.

é o caso da *Trasmontano* que, em seu livreto, indica Hospitais Gerais, Maternidade e Pronto Socorro Infantil apenas. A *Santa Amália* também só especifica Hospital de Urgência, Geral e Maternidade, quanto às outras especialidades, como cardiologia, por exemplo, o livreto é omissivo. O mesmo ocorre com a *Ameplan*, que não especifica quais especialidades podem ser atendidas em seus hospitais credenciados. Por fim, a operadora *São Cristóvão*, ao elencar os hospitais para as internações eletivas, não indica quais especialidades são cobertas em cada hospital.

No Rio de Janeiro, quanto à padronização da estrutura dos livretos, a primeira observação foi a de que quatro operadoras (*World Med*, *Alvorada*, *CMM* e *Dona Saúde*) apresentaram sua rede credenciada em folhas de sulfite soltas, indicando a total precariedade do instrumento informativo do consumidor; o *UH* entregou junto com o contrato a relação de hospitais, sem sequer informar os seus endereços;<sup>14</sup> chegando o *CEMERU* a entregar um “informativo *CEMERU*” (edição setembro/2008) contendo a rede credenciada.

No que se refere à apresentação das diferentes coberturas, alguns livretos das empresas do Rio de Janeiro também não trouxeram sequer uma divisão mínima em *consultas*, *exames* e *internações*, como o da *CMM* e o livreto da operadora *World Med*. Essas duas operadoras apresentaram a rede credenciada em uma única lista indicando os estabelecimentos de saúde. Diante deste tipo de informação o consumidor não saberá onde realizar um determinado procedimento.

Assim como em São Paulo, foram encontradas nos livretos do Rio de Janeiro dissonâncias com relação às nomenclaturas utilizadas. Para designar “consultas” foram utilizadas as seguintes nomeações: *demais especialidades* (*Sind Saúde*); *especialidades médicas* (*Memorial*); *consultórios* (*Real Life*). Referindo-se aos “exames” utilizaram expressões como: *exames complementares* (*Real Life*); *demais especialidades* (*Sind Saúde*); *serviço auxiliar* (*Assim*); *exames simples/especiais* (*Dix*).

As informações nos livretos do Rio de Janeiro também são inespecíficas quanto às especialidades atendidas nos diferentes estabelecimentos de saúde. A operadora *Sind Saúde* não discrimina quais especialidades são atendidas nos hospitais que fazem atendimento de urgência. O mesmo ocorre com a operadora *Life Saúde* em relação a seus hospitais e serviços 24 horas. As duas operadoras fazem apenas uma diferenciação entre os hospitais que atendem adultos e aqueles que são voltados para o público infantil. As empresas *World Med*, *Alvorada*, *CMM*<sup>15</sup> ao listarem suas redes credenciadas, também não indicam as especialidades cobertas. A *Salutar*, por seu turno, não especifica que tipo de exames – cardiológico, ginecológico, neurológico, etc. – podem ser realizados em seus diversos laboratórios. A operadora *Real Life* quando indica

---

<sup>14</sup> A relação do *UH* é apresentada como “alguns” hospitais, mas tendo em vista que não foi entregue, em nenhum momento, a alegada rede credenciada, foram considerados na análise somente os hospitais informados.

<sup>15</sup> A operadora *CMM* especifica apenas quanto às especialidades de oftalmologia e odontologia.

as unidades onde podem ser realizadas as internações não especifica as especialidades cobertas por cada uma delas.

De modo geral, a análise da qualidade e clareza dos livretos contendo a rede credenciada de profissionais de saúde indica que os mesmos são inadequados aos fins a que se prestam. Para que o direito do consumidor seja respeitado, cada estabelecimento ou profissional credenciado deve estar acompanhado de informações detalhadas como: endereço e telefone, as especialidades atendidas, os tipos de atendimento (eletivo ou urgência e emergência ou ambos), os procedimentos que realiza, caso haja restrições. Nesse sentido, é imperativo que tanto as informações obrigatórias como a padronização das mesmas sejam regulamentadas pelo órgão regulador.

### ***Insuficiência da Rede Credenciada***

A análise considerou as duas cidades com maior número de beneficiários de assistência privada à saúde no país, sendo 13 operadoras em São Paulo e 14 no Rio de Janeiro, alcançando rede hospitalar de 219 hospitais em São Paulo e 183 no Rio de Janeiro, oferecidas para os produtos (planos de saúde) avaliados.

#### ***3.2.1. Proporção entre usuários e rede de hospitais***

O primeiro aspecto a ser considerado é a dimensão da rede hospitalar para prestar atendimento aos beneficiários vinculados ao plano. A inexistência de dados disponíveis no site da ANS sobre o número de usuários vinculados a cada produto (assim denominado o tipo de plano de saúde contratado) prejudicou a análise, permitindo apenas cotejar o número total de usuários de cada operadora frente a rede hospitalar oferecida no plano contratado.

Apesar da limitação enfrentada, os dados colhidos são relevantes para exame, uma vez que a rede de hospitais disposta nos planos mais acessíveis, ou seja, os planos examinados integram a rede credenciada de todos os demais planos, podendo ser utilizada por todos os usuários vinculados à operadora, já que os planos “superiores” somente agregam mais prestadores à rede básica.

As tabelas 6 e 7 mostram a relação entre o número de hospitais por beneficiários de cada operadora.

**Tabela 6**

<b>Usuários x hospitais (SP)</b>			
<b>Operadora</b>	<b>Beneficiários</b>	<b>Total hospitais</b>	<b>Média</b>
<b>Ameplan Royal Plus</b>	166.092	15	11.072,80
<b>Avimed *</b>	206.920	23	8.996,52
<b>Greenline</b>	272.533	25	10.901,32
<b>Itálica</b>	40.867	13	3.143,62
<b>Med Tour</b>	45.296	22	2.058,91
<b>Medial</b>	1.739.538	6	289.923,00
<b>Medicol</b>	34.629	21	1.649,00

<b>Santa Amália</b>	104.446	2	52.223,00
<b>São Cristóvão</b>	52.650	35	1.504,29
<b>Seisa Saúde</b>	188.271	1	188.271,00
<b>Serma</b>	62.991	15	4.199,40
<b>Transmontano</b>	57.110	21	2.719,52
<b>Unimed Paulistana</b>	754.254	24	31.427,25

\* não foi possível atualizar em razão do leilão da operadora em maio/2009

**Tabela 7**

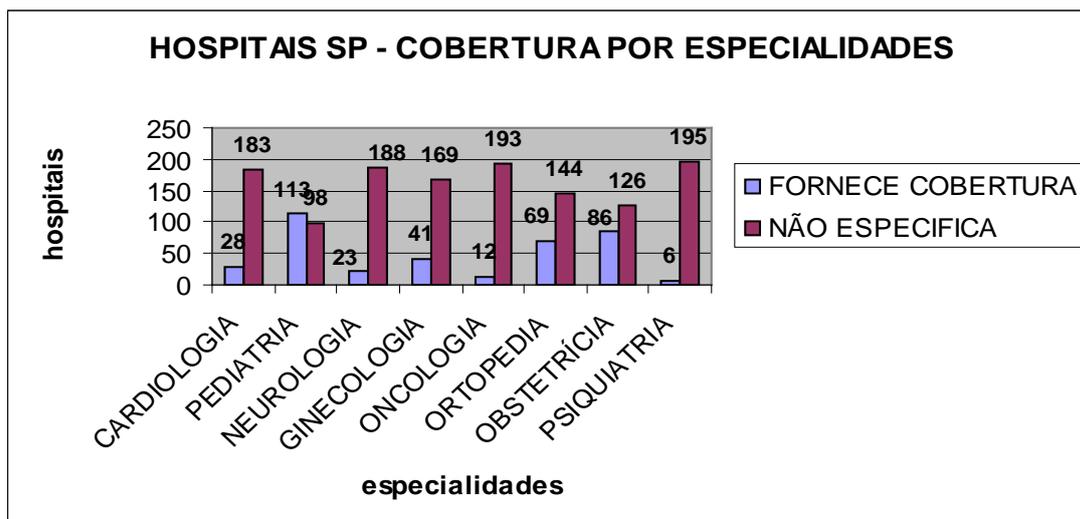
<b>Usuários x hospitais (RJ)</b>			
<b>Operadora</b>	<b>Beneficiários</b>	<b>Total hospitais</b>	<b>Média</b>
<b>Alvorada</b>	4.1997	1	4.1997
<b>Assim</b>	233.610	33	7.079,09
<b>CEMERU</b>	16.259	1	16.259,00
<b>C M Madureira</b>	4.159	1	4.159,00
<b>Dix-Amico Saúde</b>	1.041.856	45	23.152,36
<b>Dona Saúde</b>	3.684	5	736,80
<b>Life Saúde</b>	35.609	12	2.967,42
<b>Memorial</b>	66.137	11	6.012,45
<b>Real Life</b>	19.698	13	1.515,23
<b>Salutar</b>	6.459	17	379,94
<b>Samoc</b>	10.938	13	841,38
<b>Sind Saúde</b>	1.872	20	93,60
<b>União H</b>	34.391	10	3.439,10
<b>World Méd</b>	1.534	1	1.534,00

A variação da média é imensa. Em São Paulo, os dados mostram que há aproximadamente 1.504 usuários por hospital na *São Cristóvão* e 289.923 usuários por hospital na *Medial*. No Rio de Janeiro, a média da *Sind Saúde* é de 93 usuários por hospital, enquanto na *Dix-Amico Saúde*, é de 23.152. Como mencionado, uma avaliação rigorosa exigiria conhecer a quantidade de usuários por produto e/ou a quantidade de hospitais por produto oferecido por operadora.

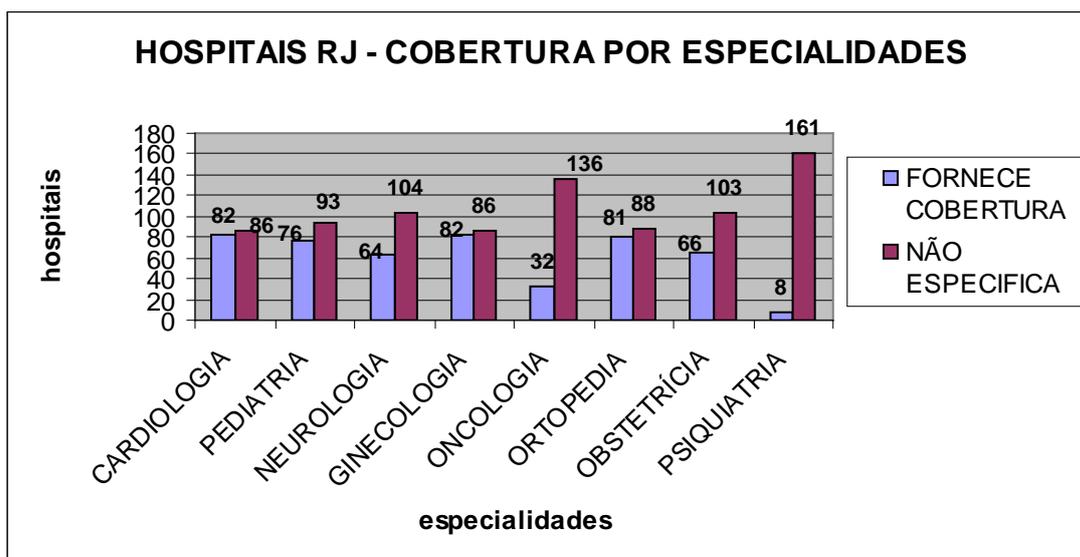
### *A rede credenciada segundo os livretos entregues aos usuários*

Como já apresentado, as informações dos livretos da rede credenciada se mostram bastante inadequadas para orientar o beneficiário que necessita recorrer a um hospital. A cobertura das especialidades médicas objeto da pesquisa – cardiologia, pediatria, neurologia, ginecologia, oncologia, ortopedia, obstetrícia e psiquiatria – por parte dos hospitais credenciados é pouco identificada nos livretos. Os gráficos 2 e 3, que reúnem todos os hospitais referenciados para os planos de saúde selecionados - de todas as operadoras integrantes desta pesquisa, indicam a falta de informação adequada.

### **Gráfico 2**



**Gráfico 3**

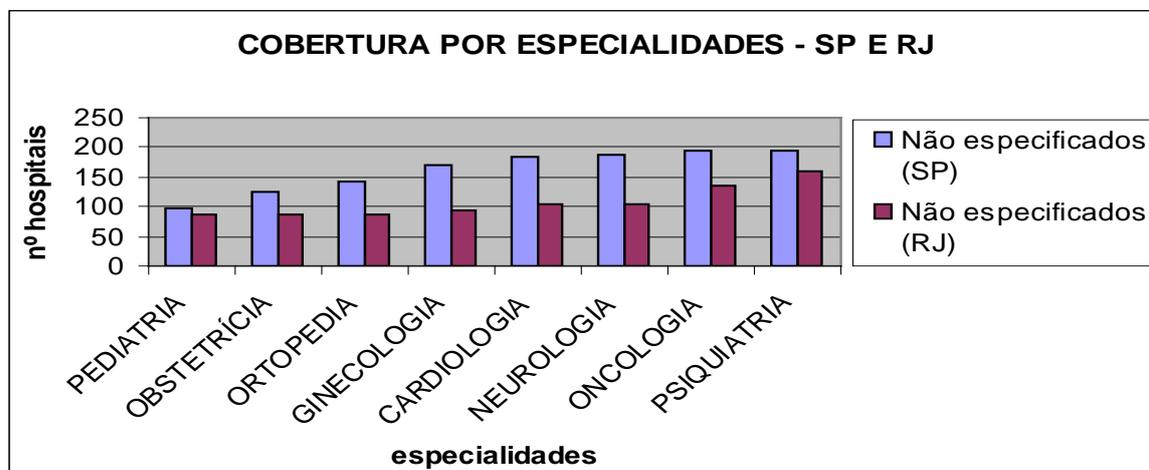


Os gráficos revelam que a não especificação de cobertura das especialidades predomina tanto no Rio de Janeiro como em São Paulo. Com exceção do atendimento geral nas duas cidades e também da pediatria em São Paulo, em todas as demais especialidades, a ausência de informação prevalece sobre a especificação.

As três especialidades para as quais os livretos indicaram maior percentual de imprecisão ou não especificação de cobertura hospitalar são as mesmas nas duas capitais, com a psiquiatria em primeiro lugar, seguida da oncologia e da neurologia. Por outro lado, a pediatria e a cardiologia são as especialidades com cobertura mais identificada em São Paulo; e a ginecologia e ortopedia o são no Rio de Janeiro.

O gráfico 4 agrupa os resultados das duas capitais no que se refere à ausência de especificação de cobertura hospitalar:

**Gráfico 4**



A imensa quantidade de “não identificados” relacionados às especialidades da rede hospitalar representa falta de informação completa e adequada e em muitos casos é sinônimo de **não cobertura**. Em um universo de dezenas de operadoras, com características e portes distintos, as duas situações foram confirmadas, sendo expressiva a quantidade de especialidades não cobertas em grande parte dos hospitais, apesar dos livretos não explicitarem, na maioria das vezes, as restrições da atenção às especialidades.

A confirmação da hipótese de coincidência entre ausência de informação com ausência de cobertura foi feita a partir de novo contato telefônico com todas as operadoras. Neste momento, foi indagada a cobertura de procedimentos hospitalares de psiquiatria, neurologia e oncologia que foram as especialidades com maiores índices de não especificação, conforme gráficos 2 e 3.

O novo contato com as operadoras permitiu a análise da qualidade do serviço de informação e da cobertura oferecida. Com relação à prestação da informação, algumas operadoras responderam objetivamente quanto à rede credenciada, enquanto outras operadoras transferiram a terceiros o fornecimento da informação. Parte delas indicou ao consumidor (interessado em contratar o plano)<sup>16</sup> ligar no próprio hospital para saber se havia cobertura e outras ainda recomendaram telefonar para um corretor.

Quanto à cobertura propriamente dita, os dados obtidos pelo telefone indicam que a rede que garante o atendimento para as especialidades pesquisadas é extremamente reduzida em parte significativa das operadoras, e em alguns

<sup>16</sup> No momento da realização das ligações telefônicas para conferir as informações constantes nos livretos, os planos já haviam sido cancelados, razão pela qual o pesquisador informava que tinha interesse em contratar exatamente o plano integrante da pesquisa para poder se valer da rede credenciada constante dos livretos.

casos, inexistente, enquanto algumas operadoras sequer possuem planos contemplando cobertura hospitalar. As situações descritas configuram claro desrespeito à legislação vigente, que exige como requisito para funcionamento de qualquer operadora, oferecer plano referência<sup>17</sup> bem como assegurar cobertura das especialidades objeto desta pesquisa (entre outras).<sup>18</sup>

Portanto, as informações reforçam que a ausência de especificação nos livretos de cobertura das especialidades indica, na maioria das vezes, a não cobertura.

**Tabela 8**

Operadoras - SP	Total hospitalares	Hospitalares			Observações
		Psiquiatria	Oncologia	Neurologia	
Ameplan	15	1	1	3	
Avimed	23	-----			não pode ser avaliada, tendo em vista que entrou em liquidação extrajudicial em maio de 2009
Greenline	25	1	2	2	
Itálica	13	2	2	2	
Medial	6	-----			Operadora não prestou a informação, solicitou ligar para o corretor
Medicol	21	-----			Operadora não prestou a informação, solicitou ligar para o hospital diretamente
Med Tour	22	-----			Operadora não prestou a informação, solicitou ligar para o hospital diretamente
Santa Amália	2	1	1	1	
São Cristóvão	35	-----			Operadora não prestou a informação, solicitou ligar para o corretor
Seisa Saúde	1	0	0	0	Para psiquiatria e neurologia foram indicados dois hospitais que se localizam em Guarulhos. Para oncologia não há cobertura
Serma	15	1	1	2	
Trasmontano	21	1	1	0	
Unimed Paulistana	24	-----	2	-----	Atendente não soube informar sobre psiquiatria e neurologia

A tabela 8 revela que das 12 operadoras avaliadas em São Paulo, em 4 delas (33%) não foi sequer prestada a informação pelo fornecedor de serviço que remeteu o consumidor ao corretor ou hospital para obtenção da informação (*Medial, Medicol, Med Tour e São Cristóvão*), enquanto a *Unimed Paulistana* só

<sup>17</sup> Conforme artigo 10, § 2º da Lei 9.656/98.

<sup>18</sup> Conforme artigo 10, *caput* da Lei 9.656/98.

informou sobre o atendimento oncológico. A *Seisa Saúde* não oferece cobertura para nenhuma das 3 especialidades examinadas nesta fase da pesquisa, segundo a atendente consultada, enquanto a *Trasmontano* não tem atendimento hospitalar para neurologia e a cobertura para psiquiatria é assegurada por um único hospital, assim como para a oncologia. As outras 5 operadoras (*Ameplan, Greenline, Itália, Santa Amália e Serma*), conforme informações telefônicas, garantem o atendimento para as 3 especialidades, mas com uma rede bastante restrita composta de 1 ou 2 hospitais - com uma única exceção de 3 hospitais para atendimento neurológico pela *Ameplan*.

Dos 14 planos de saúde no Rio de Janeiro consultados pelo telefone, 6 (42,8%) não oferecem nenhum hospital para nenhuma das especialidades solicitadas (*Alvorada, Clínica Médica Madureira, Dona Saúde, Real Life, Memorial, World Med*); 5 (35,7%) planos não possuem atendimento para 1 ou 2 das especialidades (*Dix-Amico Saúde, CEMERU, Life Saúde, SAMOC e Sind Saúde*); e, somente 2 têm atendimento hospitalar para psiquiatria, oncologia e neurologia (*UH e Assim*).

**Tabela 9**

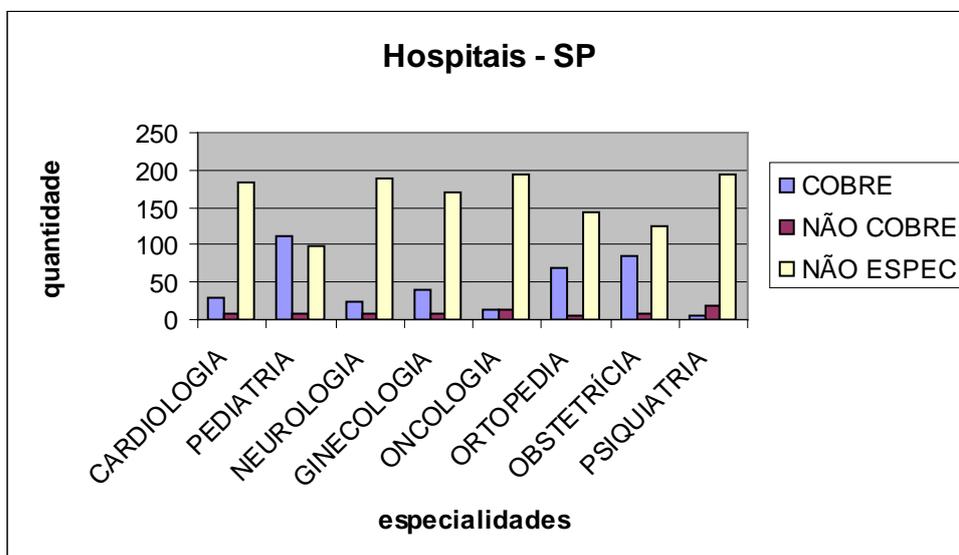
Operadoras RJ	total hospitais	Hospitais			Observações
		Psiquiatria	Oncologia	Neurologia	
Alvorada	1	0	0	0	A atendente informou que os planos são apenas ambulatoriais
Assim	33	1	6	5	
CEMERU	1	0	1	1	
CM Madureira	1	0	0	0	A atendente informou que os planos são apenas ambulatoriais.
Dix-Amico Saúde	45	0	2	1	A atendente informou que não poderia indicar outros porque no sistema não aparecia toda a rede credenciada. Para saber se um hospital cobre ou não determinada especialidade eu tenho que informar o nome do estabelecimento.
Dona Saúde	5	0	0	0	A atendente informou que os planos são apenas ambulatoriais
Life Saúde	12	0	5	3	
Memorial	11	0	0	0	A atendente informou que os planos são apenas ambulatoriais
Real Life	13	0	0	0	Não há nenhum hospital credenciado
Salutar	17	1	"vários", segundo a atendente	vários, segundo a atendente	
SAMOC	13	0	1	1	
Sind saúde	20	2	0	0	

UH	10	1	1	1	
World med	1	0	0	0	A atendente informou que os planos são apenas ambulatoriais

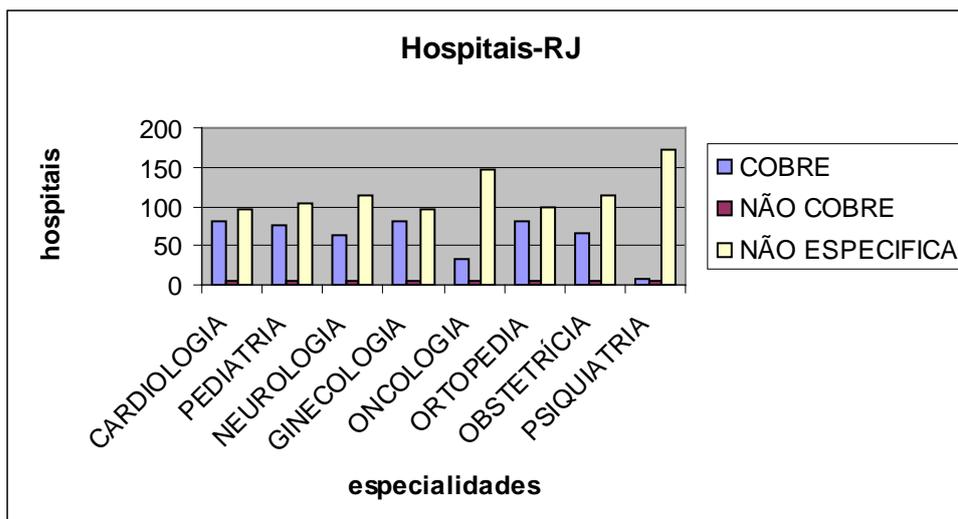
Como se percebe, as informações prestadas pelas operadoras revelam limitações graves da rede para a assistência hospitalar nas especialidades de psiquiatria, oncologia e neurologia, apesar de não explicitadas nos livretos dos planos de saúde. Os dados da pesquisa permitem inferir que o mesmo se repete com as demais especialidades.

A falta de clareza quanto à cobertura hospitalar para determinada especialidade se repete quanto à negativa de cobertura. De acordo com as informações coletadas nos livretos, apresentadas nos gráficos 5 e 6, é extremamente baixa a frequência de não cobertura explícita das especialidades nos hospitais credenciados, em todas as especialidades avaliadas. Mesmo as especialidades que não são tratadas na maioria dos hospitais, como é o caso de psiquiatria, a limitação é ocultada. A título exemplificativo, dos 219 hospitais de São Paulo credenciados às operadoras pesquisadas para os planos avaliados, os livretos indicam expressamente que 6 cobrem psiquiatria, 18 não cobrem e 195 não informam.

**Gráfico 5**



**Gráfico 6**



Em síntese, as evidências sugerem que as graves deficiências de informações ocultam uma rede hospitalar precária ou mesmo inexistente para o atendimento das especialidades cuja cobertura é garantida pela Lei.

### ***Distribuição geográfica da rede credenciada***

No que se refere à distribuição dos hospitais pelas regiões da cidade de São Paulo, percebe-se que o Centro é a região com menor cobertura hospitalar, apenas 10 dos 219 hospitais credenciados às operadoras estão nesta região. É seguido pelas zonas Norte e Oeste onde existem 23 e 28 hospitais credenciados respectivamente. As regiões onde está o maior número de hospitais são as regiões Sul e Leste que possuem, respectivamente, 74 e 84 hospitais credenciados.

Algumas operadoras merecem destaques. A *Avimed* não indica nenhum hospital na região central e apenas um, dos 21 credenciados, localiza-se na região Oeste. A operadora *Greenline* tem indicação de apenas um hospital credenciado no Centro e um na região Norte. A *Itálica* não indica hospitais na região central e aponta apenas dois credenciados na região Norte e Oeste. Dentre os 21 hospitais da empresa *Medicol* foi apontado apenas um nas regiões central e Oeste e dois na região Norte. Já a empresa *Med Tour* indica um hospital na região central e dois na região Oeste, dos 22 credenciados. A *São Cristovão* aponta um hospital no Centro dos 35 credenciados a essa operadora. Dos credenciados à operadora *Serma*, um está localizado na região central, e dois na região Norte e Oeste. A operadora *Trasmontano* indica 21 hospitais credenciados, mas apenas dois localizam-se no Centro. O mesmo ocorre com a *Unimed Paulistana* que também indica dois hospitais na região central e mais dois na região Norte, do total de 23 hospitais credenciados.

As operadoras *Medial*, *Santamália* e *Seisa* têm o menor número de indicações de hospitais credenciados e, portanto, possuem a pior cobertura quanto aos hospitais, como já referido. A *Medial* apontou o total de seis hospitais para toda capital, dentre eles dois estão localizados na região Oeste e quatro na região Sul. A *Santa Amália* indica apenas dois hospitais, um na região Leste e outro

na região Sul. Por fim, a operadora *Seisa* aponta o total de um hospital em toda a capital paulista e está localizado na região Leste.

### Considerações Finais

O mercado de planos de saúde com preços mais acessíveis, destinados às classes C e D, constitui importante nicho de mercado disputado, inclusive, por empresas de médio e grande porte (45% e 31% das operadoras que integraram a amostra da pesquisa). Em São Paulo, de modo geral, a entrega de documentação (livreto de rede credenciada, carteirinha do plano, e contrato) ao usuário ocorreu satisfatoriamente, com exceção de duas empresas que não entregaram o livreto (*Intermédica* e *Samcil*). No Rio de Janeiro, *Assim*, *Salutar* e *CMM* e *Vida & Vida* não entregaram o livreto de rede credenciada.

De modo geral, o procedimento de cancelamento do plano de saúde adotado pelas empresas não oferece segurança aos clientes que, na maioria das vezes, não recebe qualquer confirmação da empresa, mesmo diante de um pedido formal de cancelamento. Apesar de a Lei 9.656/98 determinar que depois de 60 dias de atraso no pagamento, a operadora está autorizada a cancelar o contrato, desde que avise o consumidor no 50º. dia de inadimplência, a empresa não pode ser furtar a responder formalmente a solicitação do consumidor. Dentre os problemas detectados nesta fase destacam-se dificuldade de comunicação com a operadora, informações desconstruídas de atendentes diferentes sobre o recebimento da carta de cancelamento e sua efetivação, reiteradas cobranças posteriores à solicitação formal de cancelamento do plano de saúde.

A análise da qualidade e clareza dos livretos contendo a rede credenciada de profissionais de saúde indica que os mesmos são inadequados aos fins a que se prestam. Para que o direito do consumidor seja respeitado, cada estabelecimento ou profissional credenciado deve estar acompanhado de informações detalhadas como: endereço e telefone, as especialidades atendidas, os tipos de atendimento (eletivo ou urgência e emergência ou ambos), os procedimentos que realiza, caso haja restrições.

Constatou-se também disparidade entre as informações constantes nos livretos de rede credenciada e aquelas fornecidas pelos atendentes das operadoras pelo telefone. Nas consultas pelo telefone, realizadas a partir das especialidades neurologia, psiquiatria e oncologia, obteve-se, por vezes, informações diferentes das encontradas nos livretos em relação ao número de hospitais que forneciam coberturas, apresentando cenário pior do que o refletido nos livretos. Diversas operadoras, por exemplo, informaram que apenas ofereciam plano ambulatorial. Outras também responderam não ter hospital credenciado para uma ou mais especialidades.

Ao longo dos sucessivos ciclos de modernização do Brasil as configurações do sub-sistema privado de saúde assumiu distintas configurações. No entanto, barreiras como a limitada capacidade direta de consumo de planos, seguros e serviços privados de saúde e o espectro reduzido de interesses dos empresários em empreendimentos especializados e localizados em determinadas regiões do país definiram, ao longo do tempo, os reais contornos do sub-sistema privado. Como a demanda privada por serviços de saúde origina-se fundamentalmente de: empresas empregadoras

privadas e públicas que propiciam cobertura de planos e seguros privados de saúde para seus empregados e indivíduos que adquirem contratos de planos e seguros de saúde as dimensões do sub-sistema privado de saúde costumeiramente confundem-se com as das empresas de planos e seguros de saúde. Por isso, o detalhamento da estrutura e dinâmica dos planos e seguros de saúde, embora não possa ser tomada como elucidativa do conjunto do sub-sistema privado descortina contradições entre a lógica do mercado e a do SUS presentes no sistema de saúde.

Tendo em vista, as raízes históricas da expansão da demanda e oferta dos planos e seguros privados de saúde, a atual configuração deste setor caracteriza-se pela concentração e estratificação das empresas e demandas que o compõem e pelas estreitas conexões político-institucionais de suas organizações com entidades patronais, sindicais, profissionais de saúde e órgãos governamentais. A formação de um mercado crescente de planos e seguros de saúde no contexto do processo de industrialização brasileiro não foi interrompida pelas consequências da crise da dívida do início dos anos 80, que influiu a tendência de expansão elevada e continuada da economia brasileira.

Inicialmente, a implantação dos novos setores industriais e de serviços diferenciou os trabalhadores especializados dos então trabalhadores rurais. Esses trabalhadores, considerados como um *asset* a ser estabilizado concentravam-se em grandes empresas, a maioria multinacionais ou estatais. A continuidade do processo de industrialização, baseado em altas taxas de investimento, fez crescer aceleradamente esta parcela de trabalhadores. Posteriormente, apesar da retração econômica o mercado de planos e seguros incorporou demandas individualizadas de segmentos das camadas médias de renda e suas taxas de crescimento superaram as da economia em geral. Atualmente, a retomada de índices de crescimento econômico e ampliação do número de empregos formais tem favorecido a expansão de planos coletivos do mercado de planos e seguros de saúde.

Devido concentração da demanda de planos e seguros de saúde em determinados ramos econômicos, mas também em função da incorporação de clientes individuais, o mercado combina elementos oligopolíticos com a existência de uma extensa franja de empresas de pequeno porte localizadas nas periferias das grandes cidades ou em municípios interioranos. Consequentemente, a demanda por planos e seguros de saúde concentra as parcelas da população situadas nos patamares de renda mais elevadas de renda e por sua vez induz a localização de empresas de planos e seguros e estabelecimentos privados de saúde nas regiões mais desenvolvidas do país.

O segundo elemento estruturante do mercado brasileiro de planos e seguros de saúde é a estratificação da demanda e da oferta segundo parâmetros da hierarquia sócio-ocupacional. A diferenciação dos planos, decalcada dos níveis executivo, gerencial e operacional das empresas empregadoras, baseou-se no desenho de planos e seguros diferenciados quanto a amplitude da liberdade de escolha, acomodação hospitalar e preços. A cristalização desses tipos de planos e seguros como produtos comerciais operou uma inversão nas proporções entre oferta e demanda. A oferta assistencial disponível para os clientes dos planos de tipo executivo é muito superior do que aquela que pode ser acessada pelas demandas vinculadas aos planos com escolhas mais restritas.

Uma vez que determinados suportes do mercado de planos e seguros de saúde encaixam-se em instâncias estatais e na sociedade civil e mesmo a aquisição de planos individuais, por vezes, depende de cotizações familiares as tensões envolvidas com a preservação e renovação das demanda e oferta são intensas. As pressões para ampliar as coberturas por parte de entidades de defesa dos consumidores e de profissionais de saúde ao lado daqueles antepostas pela empresas que comercializam planos no sentido de reduzi-las resultaram na aprovação da Lei 9656 em 1998. Essa legislação regulamentou as coberturas, elegibilidade, carências, a comprovação de solvência por parte das empresas e o ressarcimento dos atendimentos de clientes de planos e seguros de saúde na rede SUS. Desde então, a negação de coberturas para portadores de doenças e lesões pré-existentes é obrigatória e veda-se a fixação de limites para utilização de determinados serviços ou procedimentos assistenciais.

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2000 para implementar a legislação dotou o país de instrumentos legais e administrativos para regular o mercado. No entanto, os conflitos que envolvem o setor não foram completamente resolvidos. O principal vetor de estímulo ao mercado de planos e seguros de saúde: a comercialização de planos de saúde de menor preço que pressupõem um racionamento do uso de serviços de saúde. Assim, os indicadores de mudanças no formato empresarial e reorganização das redes de serviços, introdução de inovações nos processos de gestão incluindo novas formas de comercialização de planos de saúde foram devidamente contemplados pelo estudo. Já aqueles referentes à introdução de formas de comunicação direta com os clientes para orientação de demandas, fidelização dos clientes e formas de compartilhamento de riscos não foram abordados em função da persistência dos formatos tradicionais de gestão ex-post dos riscos.

Assim, a presente investigação aportou ao conhecimento já existente sobre a dinâmica e estrutura do mercado de planos e seguros de saúde subsídios referentes às estratégias recentes de inovação empresarial e logrou constituir uma base empírica sobre as relações entre as operadoras e seus clientes. Tais relações não rompem com o padrão gerencial de racionamento da oferta e controle da demanda, mas inovam ao trazer para o consumo de planos e seguros segmentos anteriormente excluídos. Portanto, tal padrão de inovação ainda prescinde da profissionalização da gestão, porém implica uma reestruturação empresarial, que retoma um modelo assistencial curativo-sintomático inadequado à absorção das necessidades de atendimento para doenças crônicas do contingente de novos clientes.

## Produtos

1) Trabalho enviado em 2011 para publicação em periódico:

Coberturas de Planos de Saúde: Entre as Normas Legais e a Comercialização de Esquemas Assistências para os Segmentos C e D

Autores: Jurema Salles Fonseca e Ligia Bahia

2) Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Titulo: Oferta de Serviços de Planos de Saúde de Menor Preço: Uma Análise da Rede Credenciada de Empresas Atuantes no Município do Rio de Janeiro

Autora: Jurema Salles Fonseca

Orientadora: Ligia Bahia

Ano: 2011

3) Capítulo de Livro Didático

Sistema Privado de Assistência à Saúde no Brasil: Estrutura e Tendências

enviado para publicação em 2011

Autores: Ligia Bahia e Mario Scheffer

Organizador Juan S. Yazlle Rocha do Departamento de Medicina Preventiva USP Ribeirão Preto

## Recomendações

A análise da rede credenciada constitui um bom balizador para a garantia dos contratos de planos e seguros de saúde.

A carência de especialidades tais como psiquiatria poderia ser suprida mediante exigência de quantidade e distribuição adequada de serviços credenciados.

Para que a tendência de concentração espacial da rede credenciada não colida com as expectativas de acesso e utilização de serviços pelos usuários é necessário adequar a localização dos prestadores de serviços às necessidades e demandas.

A ausência de parâmetros fixados pela ANS para o dimensionamento da rede credenciada em relação ao número de beneficiários deixa ao arbítrio das operadoras a definição do tamanho da rede, com repercussões diretas na assistência aos cidadãos. Da mesma forma, a falta de mecanismos de

acompanhamento da rede credenciada por parte do órgão regulador contribui para a inobservância do direito dos usuários.

#### Referencias Bibliográficas

ANDRADE, M. V., In: CASTRO e MONTONE (org). *Regulação e Saúde: Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Financiamento do Setor de Saúde Suplementar no Brasil: investigação empírica a partir dos dados da PNAD/98, vol.3, tomo1, Ed: RJ: ANS, 2004.

ANDREAZZI, M. F. S. Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: UERJ – IMS, 2002.

ANS. Qualificação da Saúde Suplementar Nova perspectiva no processo de regulação Resultados da Avaliação de Desempenho das Operadoras referentes ao ano de 2008 Programa de Qualificação da Saúde Suplementar Qualificação das Operadoras, janeiro de 2009

AROUCA, Sérgio. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 2003. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 268 p.

ATHERLY, A. Supplemental Insurance: Medicare's Accidental Stepchild. *MedCare Res. Rev.* v. 58, n. 2, p. 131-161, 2001.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 13, n. 5, p.1385-1397, set/out 2008.

\_\_\_\_\_. (coord.). *Planos de Saúde no Brasil: Origens e Trajetórias*. Origens e Institucionalização das Empresas de Planos de Saúde no Brasil. RJ: Laboratório de Economia e Política da Saúde (LEPS), 2005.

\_\_\_\_\_, L. R., *Regulação e Saúde: estrutura evolução e perspectivas da assistência médica complementar – Introdução* / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar Rio de Janeiro – ANS, 2002.

BAHIA, L. & SCHEFFER, M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et alii (Org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, cap. 14, p. 507-543.

BALANÇO. *Revista do Idec – Em defesa do consumidor cidadão*, São Paulo, mar.2009, p.38-39.

CASTRO, A. J. W. e MONTONE, J., *Regulação e Saúde: Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*, vol.3, tomo1, Ed: RJ: ANS, 2004.

COSTA, N. R. e CASTRO, A. J. W., In: CASTRO e MONTONE (org). *Regulação e Saúde: Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. O Regime Regulatório e a Estrutura do mercado de Planos de Assistência à saúde no Brasil, vol.3, tomo1, Ed: RJ: ANS, 2004.

BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. 1981. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 224 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar*. Tabela 19. Disponível em: [HTTP://www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br). Acesso em 24 de agosto de 2008.

CAMPOS, C. C. Um estudo das relações entre operadoras de plano de assistência à saúde e prestadores de serviço. *Dissertação de Mestrado Profissional*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. Escola de Engenharia. Curso de Mestrado Profissional em Engenharia, 186 p.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. *As Empresas Médicas: as transformações capitalistas da prática médica*.1984. Rio de Janeiro: Graal, 175 p.

CORDEIRO FILHO, A. *Desenvolvimento das pequenas e médias empresas do setor de serviços na saúde suplementar*. *Dissertação de mestrado acadêmico*. São Paulo: PUC – Administração, 2006.

COSTA, A. *Desenvolvimento de uma metodologia de custeio ABC para uma empresa de médio porte do setor saúde: um estudo de caso*. *Dissertação de mestrado acadêmico*. Rio de Janeiro: UFRJ – Administração, 2001

DERENGOWSKI, M. G., In: CASTRO e MONTONE (org). *Regulação e Saúde: Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Nota Introdutória sobre Estrutura do Mercado Concentração e Mercados Relevantes, vol.3, tomo1, Ed: RJ: ANS, 2004.

DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.124 p.

EIBENSCHUTZ, C. (Org.) *Política de Saúde: o público e o privado*. 1995, Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 312p.

FARIAS, S. F. *Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS*. Tese de doutorado. Recife: FIOCRUZ, 2009.

GERSCHMAN, S. et alii. *Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2):487-500, 2007.

KANAMURA, A. H. Gastos elevados na assistência médico-hospitalar de um plano de saúde. Dissertação de mestrado acadêmico. São Paulo: USP – Medicina, 2005.

LAZARINI, L. C. Vantagem competitiva e fidelização do cliente na área da saúde. Dissertação de mestrado acadêmico. São Paulo: MACKENZIE – Administração de empresas, 2004.

LUZ, M. T. As Instituições Médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia. 3ª Ed. Rio de Janeiro: GRAAL, 1986.

MARTINS, A. A. et alii. A produção do cuidado no programa de atenção domiciliar de uma cooperativa médica. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [ 2 ]: 457-474, 2009.

MEDICI, A. C. In: COTLEAR, D. How age influences the demand for health care in Latin America. Population aging: is Latin America Ready? p. cm. – (Directions in development). The World Bank, 2001.

MELLO, C. G. A irracionalidade da privatização da medicina previdenciária, Saúde em Debate, v. 3, p. 8-15, 1977.

MENICUCCI, T. M. G. Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. 320 p.

MOSSIALOS, E.; THOMSON, S. M. S. Voluntary healthinsurance in the European Union: A critical assessment. International Journal of Health Services. V. 32, n. 1, p. 19-88, 2002.

NASCIMENTO, M. R. Mudança ambiental e posicionamento estratégico: estudo comparativo de casos em empresas de assistência à saúde. Dissertação de mestrado acadêmico. Curitiba: UFPR – Administração, 2000.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Private Health Insurance in OECD Countries. OECD Health Working Papers, 15, 2004.

PICCHIALI, Djair. Estratégia e estrutura: uma operadora de plano de assistência à saúde. Revista de Administração da UNIMEP, Piracicaba, v.8, n.1: 38-61, 2010.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L. & CAETANO, J. C. Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *PHYSIS*, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

PIETRONBON, et al. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico.

PORTELA, et al. Fatores associados ao uso de diretrizes clínicas em operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares no campo da Saúde Suplementar no Brasil, 2008.

POSSAS, C. A. Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social. Rio de Janeiro: GRAAL, 1981.

REIS, M. L. Estratégia de saúde da família no sistema de saúde suplementar: convergências e contradições de uma nova proposta. Dissertação de mestrado acadêmico. São Paulo: USP – Enfermagem, 2008.

REIS, Mary Lopes e PUSCHEL, Vilanice Alves de Araújo. Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, vol.43, n.spe2: 1308-1313, 2008.

RIBEIRO, et al. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil, 2008.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. & SILVA, P. L. B. Política de saúde no Brasil e estratégia regulatória em ambiente de mudanças tecnológicas. *Interface – comunicação, saúde, educação*, 6 (fev):61-84,2000.

RODRIGUES, F. G. A boa fé objetiva e sua efetiva aplicabilidade nos contratos de planos de saúde. Dissertação de mestrado acadêmico. Campos: Faculdade de Direito de Campos, 2004.

ROQUETE, F. F. Impactos da regulamentação estatal na gestão organizacional: o caso de uma cooperativa médica Unimed no estado de Minas Gerais. Dissertação de mestrado acadêmico. Belo Horizonte: UFMG – Faculdade de Ciências econômicas, 2002.

ROSSI, A. L. B. N. As ações em saúde das operadoras de planos médicos e odontológicos no setor suplementar e as relações com a promoção de saúde dos seus beneficiários: revisão da literatura. Dissertação de mestrado acadêmico. Franca: Universidade de Franca. 2008.

SALLAI, A. L. Análise da evolução do mercado de saúde suplementar brasileiro. Dissertação de mestrado acadêmico. Niterói: UFF – Engenharia de produção, 2003.

SANTOS. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados, 2008.

SANTOS, I. S. O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP- FIOCRUZ, 2008.

SCHEFFER, M. & BAHIA, L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C. & BARBOZA, R. (Org.), O Público e o Privado na Saúde. São Paulo: HUCITEC/OPAS/IDRC, 2005, p.127-168.

SILVA, J. L. T. A iniciativa privada e a saúde suplementar. Dissertação de mestrado acadêmico. São Paulo: MACKENZIE – Direito, 2004.

SOARES, M. A. Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileiras: uma aplicação da análise fatorial. [dissertação]. São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, Departamento de Contabilidade e Atuária, 2006.

REIS, Mary Lopes e PUSCHEL, Vilanice Alves de Araújo. Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, vol.43, n.spe2: 1308-1313, 2009.

SOUZA, M. A. O Campo Privado de saúde em Salvador: evolução a partir da década de 80. Dissertação de mestrado acadêmico. Salvador: ISC-UFBA. 2000.

SOUZA, M. A.; SALVALAIO, D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. Rev Panam Salud Publica 28(4), 2007.

Teixeira A. Mercado e imperfeições de mercado. Caderno de Saúde Suplementar (II Ciclo de Oficinas), Rio de Janeiro. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2001.

VIACAVA, F. e BAHIA, L.. Oferta de serviços de saúde: uma análise da pesquisa assistência médico-sanitária (AMS) de 1999. [texto para discussão No 915]. Brasília: IPEA; 2002.

VIACAVA, F.; SOUZA-JUNIOR, P.B. e SZWARCOWALD, C. L.. Coverage of the Brazilian population 18 years and older by private health plans: an analysis of data from the World Health Survey. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.21, suppl.1, pp. S119-S128, 2005.

VIEIRA, C.; COSTA, N. R. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (5): 1579-1588, 2008.

#### Documentos Oficiais

US Department of Health and Human Services. Affordable Care Act

Resolução Normativa no 211/2010 de 11 de janeiro de 2010. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. *Diário Oficial da União* em 12 de janeiro de 2010

Resolução Normativa no 167/2008 de 10 de janeiro de 2008. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. *Diário Oficial da União*. nº 7, de 10 de janeiro de 2008 - Seção 1, pág. 348.

A realização do 1º Seminário de Gestão do Conhecimento tem por objetivo apresentar os resultados das pesquisas realizadas no âmbito do Convênio CNPq/ANS. Como ressaltado por ocasião do lançamento do Edital MCT/CNPQ/ANS 46/2006, essas pesquisas contribuem para o aperfeiçoamento da ação regulatória e aprimoramento do conhecimento do setor.

*Bom Seminário!*

**PROGRAMA PRELIMINAR**

**Dia 10 de dezembro de 2009**

**8:30 às 9:00 h - Café da Manhã**

**9:30 h às 10:00 h - Abertura**

Dr. Fausto Pereira dos Santos  
Diretor-Presidente ANS

Dr. Hélio Cordeiro  
Diretor DIGES

Dr. Alfredo Luiz de Almeida Cardoso  
Diretor DIOPE

Dr. Leandro Reis Tavares  
Diretor DIFIS

Dr. Maurício Cesechin  
Diretor DIDES

Belmiro Salles  
Coordenador do Programa de Pesquisa em Saúde  
CNPq

Gilvania de Melo  
Coordenadora-Geral de Gestão do Conhecimento  
Ministério Ciência e Tecnologia

**10:00h às 12:00 h - Mesa 1 - Impacto da Regulação na Perspectiva dos Atores**

Tem por objetivo analisar a regulação em saúde suplementar a partir do ponto de vista dos diferentes atores envolvidos. Visa contribuir para a ampliação do conhecimento da ANS sobre como os diversos atores percebem os mecanismos de regulação e a repercussão de tais mecanismos no mercado regulado. O estudo da percepção dos atores justifica-se por proporcionar uma agenda de debates e avanços para o processo relatórios, fortalecendo o órgão regulador e aprimorando, por consequência, a qualidade da assistência prestada pelo setor aos seus beneficiários, que se traduz em garantia de acesso aos serviços de saúde com atendimento qualificado, integral e resolutivo das necessidades de saúde dos usuários.

Coordenador: Pedro Paulo de Salles - PRESI/ANS

Debatadora: Sueli Gandolfi Davari - USP

*A Construção da Regulação em Saúde Suplementar A Partir da Visão de Seus Atores*

Neil P. Mascarenhas - CEDEC/SP

*Impacto da Legislação e das Ações Regulatórias da Ans Nos Tribunais*

Paulo Eduardo Mangeon Elias - CEDEC/SP

*A Regulação em Saúde Produzida Pela Ans e Sua Repercussão No Mercado de Saúde Suplementar e Visão dos Usuários*

Maria Imaculada de Fátima Freitas - UFMG

Ana Cecília Gomes - UFMG

*A Reestruturação Produtiva No Setor Suplementar: A Perspectiva dos Usuários*

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio - UNIFESP

**12:00h às 14:00h - Intervalo Para O Almoço**

**14:00 h às 16:40 h - Mesa 2 - Mercado de Saúde**

**Suplementar: Desafios na Área da Gestão**

Pretende discutir como inovadoras ferramentas de gestão podem aprimorar a saúde suplementar. Tais dispositivos constituem-se em elementos de um amplo conjunto de transformações decorrentes da reinserção das operadoras

de planos de saúde no contexto da regulação. A introdução de novos processos de gestão constitui uma realidade pouco estudada na saúde suplementar. As pesquisas que abordam tal temática consistem em um valioso aporte para a regulação em saúde suplementar na medida que informações sobre profissionalização da gestão e processos gerenciais inovadores possibilitam repertem sobre a estrutura de gastos das operadoras, sendo fundamentais ao estudo das tendências de desenvolvimento do mercado.

Coordenador: Carlos Figueiredo - DIDES/ANS

Debatadora: Lúcia Helena Salgado - IPEA

*Dinâmica e Tendências do Mercado de Saúde*

*Suplementar: No Contexto da Regulação: Reestruturação Empresarial e Profissionalização da Gestão*

Ligia Bahia - UFRJ

*Regulação em Saúde: Incorporação de Tecnologia, Gestão do Cuidado e Formas de Contratualização Entre Operadoras e Prestadores de Serviço*

Ana Luiza d'Ávila Viana - USP

*Previsão de Insolvência das Operadoras de Planos de Assistência À Saúde*

Ricardo Lopes Cardoso - FGV

*Modelo de Inteligência Empresarial Estratégica em Seguradoras de Saúde Para Aumentar A Competitividade No Setor de Saúde Suplementar*

Renata Maciel de Melo - UFPE

**Dia 11 de dezembro de 2009**

**8:30 h às 10:00 h - Mesa 3 - Alta complexidade e Doenças Crônicas no âmbito da Saúde Suplementar**

Analisar o impacto das doenças crônicas e o consequente atendimento de alta complexidade na saúde suplementar é o objetivo da mesa. De acordo com a Organização Mundial de Saúde são Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) as enfermidades cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus. De modo geral, tais enfermidades são tratadas já em fase avançada gerando altos custos ao sistema de saúde, por

o, cada vez mais são propostas transformações no modelo de atenção hospitalocêntrico hegemônico. Assim, estudos sobre o tema tornam-se fundamentais para a avaliação de saúde suplementar, porque a compreensão dos modelos assistenciais existentes, com a identificação de formas como as operadoras de planos de saúde organizam a assistência à saúde pode contribuir para que a Agência Reguladora faça intervenções que garantam a qualidade dos serviços de saúde para os beneficiários, permitindo que as operadoras gestoras do cuidado de saúde.

Coordenador: Martha Regina Oliveira – DIPRO/ANS

Debatedor: George E. Machado Kornis – UERJ

*Investigando A Rede de Cuidado do Mercado Supletivo para Pacientes Terminais*

Coordenador: Gurgel Aciole da Silva - UFSCAR

*Relacionamento e as Relações Entre Prestadores de Serviços Ambulatoriais de Atenção Oncológica Para A Saúde Suplementar e As Operadoras de Planos de Saúde*

Debatedor: Crisostomo Portela – FIOCRUZ

*Modelos de Suplementar Nas Regiões Norte e Sul: Estudos Metodológicos Integrados Sobre Modelagem Assistencial e Integralidade do Cuidado*

Debatedor: Antônio Ferla – UCS/RS

**10h às 10:30h - Intervalo**

**10h às 12:10h - Mesa 4 – Dinâmica do Mercado de Saúde Suplementar**

Essa mesa tem o objetivo de debater como o mercado de saúde suplementar comporta-se frente à regulação da ANS. A existência de normas definiu novas condutas das operadoras, alterando regras de competição até então vigentes e motivando a busca de vantagens competitivas por parte de uma posição das empresas concorrentes. Estudos que enfoquem tal assunto tornam-se relevantes para a regulação da saúde suplementar uma vez que existem poucas evidências de que sobre o impacto da regulação na estrutura do mercado e na forma de

Debatedor: Bernardo Sicsú - UFRJ

*Impacto do Regime de Regulação Sobre A Estrutura de Mercado de Planos de Saúde*

Nilson do Rosario Costa - FIOCRUZ

*A Estrutura de Mercado, O Relacionamento Com O Mercado de Trabalho e A Regulação Econômica em Saúde Suplementar*

Mônica Viegas Andrade- UFMG

**12:10h às 12:30h - Encerramento Do Evento**

Roberto José Ávila Cavalcanti Bezerra – DIGES/ ANS



## I Seminário Gestão do Conhecimento

10 e 11 de dezembro de 2009

Auditório do IHGB

Av. Augusto Severo, 8 / 12º. andar

Sala CEPHAS

Glória – Rio de Janeiro/RJ

## **Legislação Aplicável**

Em matéria de assistência privada à saúde, pode-se afirmar que o usuário recebe dupla proteção constitucional, em vista de sua condição de consumidor e da assistência à saúde ser o objeto do contrato.

O direito à saúde é reconhecido na Constituição Federal de 1988 como um direito público subjetivo, fundamental, de toda pessoa humana (artigos 6º e 196 e seguintes). Como desdobramento natural do direito à vida que é, o direito à saúde se guia pelo princípio da dignidade humana, também expresso na Constituição Federal (artigo 1º, III), que também deve orientar a legislação infraconstitucional e nortear as políticas, serviços e ações de saúde.

A Carta Magna<sup>19</sup> estabelece que as ações e serviços de saúde realizados pelo Estado diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado são de relevância pública, sendo, por isso, devida a regulamentação, fiscalização e controle por parte do Poder Público.

Assim, todas as instituições privadas que atuam com serviços de saúde, integrantes ou não do SUS, devem obediência a seus princípios e diretrizes estampados na Constituição Federal, bem como na Lei Orgânica da Saúde. Desta maneira, o setor de assistência suplementar à saúde está submetido à regulamentação, fiscalização e controle por parte do Estado, bem como aos princípios aplicáveis ao SUS, respeitando suas diferenças e peculiaridades.

Por sua vez, a inclusão da defesa do consumidor entre os direitos fundamentais (artigo 5º, XXXII) e como princípio limitador da livre iniciativa (artigo 170, V),<sup>20</sup> confere novos contornos à proteção do usuário de assistência privada à saúde. Vale dizer que a atuação do setor privado na assistência à saúde, permitida expressamente no texto constitucional,<sup>21</sup> está circunscrita aos parâmetros constitucionais e legais que privilegiam a saúde e a tutela do consumidor.

### **1. A legislação infraconstitucional**

A Lei 8.080/90, a Lei Orgânica da Saúde, em obediência às determinações constitucionais, dispõe sobre princípios e regras relativas às ações de preservação, manutenção e recuperação da saúde do cidadão brasileiro, estabelecendo desde regras de competência, organização e funcionamento até aquelas relativas ao financiamento para viabilização do direito constitucional à

---

<sup>19</sup> Em seu artigo 197.

<sup>20</sup> Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme ditames da justiça social, observados os seguintes princípios: (...) V - defesa do consumidor; (...).

<sup>21</sup> Artigo 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

saúde. Está diretamente vinculada à idéia de justiça, na medida em que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”; de forma que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (artigo 3.º). Constitui-se na base de todas as outras regras que porventura versem sobre seu conteúdo, ainda que parcialmente, ou mesmo de forma a complementá-la, como é o caso da Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde).

O Código de Defesa do Consumidor (CDC), criado pela Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990, representou avanço inigualável na proteção dos consumidores, incluindo-se os beneficiários de planos privados de saúde. Da mesma maneira que a Lei Orgânica da Saúde erigiu os princípios norteadores da saúde no Brasil, atendendo à Lei Maior, a Lei 8.078/90 se serviu de uma série de princípios para concretizar o mandamento constitucional previsto nos artigos 5.º, XXXII, e 170, V, demonstrando sua natureza principiológica.

Orientado pela declaração constitucional da necessidade de proteger o consumidor, o legislador erigiu como princípio norteador da Lei a “vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo” (art. 4º, I), e outros princípios e direitos básicos, alcançando todos os aspectos das relações de consumo em todas as esferas.

Como direitos básicos do consumidor, o Código estatuiu a proteção da vida, saúde e segurança; a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações; a informação adequada sobre produtos e serviços; a proteção contra publicidade enganosa e abusiva, bem como contra métodos comerciais coercitivos ou desleais, contra práticas e cláusulas contratuais abusivas; a modificação das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações desproporcionais ou sua revisão em razão de fatos supervenientes que as tornem excessivamente onerosas; a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais sofridos; o acesso aos órgãos judiciários e administrativos com vistas à prevenção ou reparação de danos patrimoniais ou morais, individuais ou coletivos; e a facilitação da defesa de direitos (artigo 6.º, I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII, respectivamente).

Para fins da presente pesquisa, as regras contratuais, incluindo o direito à informação na contratação, merecem consideração. A proteção abarca desde a fase pré-contratual (oferta, publicidade) até a formação e execução do contrato, sempre baseados na boa-fé, nos termos do artigo 4º, III, da Lei 8.078/90. E no que mais diretamente toca os contratos de assistência à saúde, destacam-se algumas relevantes disposições legais. A ênfase conferida à informação ao consumidor é nítida. Além do disposto no artigo 6º, III, em matéria de contratos, exige a Lei que seja dado prévio conhecimento do seu conteúdo ao consumidor, com a devida clareza sobre seu sentido e alcance, sob pena de não obrigá-lo (artigo 46). Determina, ainda, o Código que os contratos de adesão sejam redigidos em termos claros e com caracteres ostensivos e

legíveis, não podendo a fonte ser inferior ao corpo doze (artigo 54, § 3º),<sup>22</sup> devendo as cláusulas limitativas de direitos ser redigidas com destaque para imediato e fácil entendimento por parte do consumidor (artigo 54, § 4º). A Lei prevê também a nulidade de cláusulas contratuais abusivas, apresentando um elenco exemplificativo daquelas reprováveis e estabelecendo uma cláusula genérica para contemplar toda e qualquer disposição do contrato de caráter abusivo (artigo 51). Entre outras, são consideradas cláusulas abusivas aquelas que admitem a alteração unilateral do conteúdo ou da qualidade do contrato (artigo 51, XIII).

A respeito da informação, ainda vale salientar que o artigo 16 da Lei de Planos de Saúde veio reforçar a regra geral prevista no Código de Defesa do Consumidor (artigos 6º., III, 31, 46 e 54, §§ 3º. e 4º.), definindo, entre os dispositivos que devem obrigatoriamente constar dos contratos de planos de saúde, as informações sobre: as condições de admissão; o início de vigência; os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames; as faixas etárias e os percentuais de reajuste; as condições de perda da qualidade de beneficiário; os eventos cobertos e excluídos; o regime ou tipo de contratação (individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão); a franquia, os limites financeiros ou o percentual de coparticipação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária; a área geográfica de abrangência; os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias; e o número de registro na ANS. Em obediência ao CDC, além das informações acima apontadas, todas as demais que expressem os direitos e os deveres das partes contratantes devem estar redigidas no contrato.

Também em atendimento às leis sob análise, quando da contratação do plano de saúde, o consumidor deverá obrigatoriamente receber cópia do contrato, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações (especialmente artigos 46 e 54, § 3º. da Lei 8.078/90 e artigo 16, parágrafo único da Lei 9.656/98).

Por outro lado, o Código determina que toda e qualquer declaração de vontade em escritos particulares, recibos e pré-contratos vincule o fornecedor (artigo 48). Impõe, também, a interpretação das cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor (artigo 47).

Desta forma, o Código de Defesa do Consumidor trouxe a estrutura jurídica que deve nortear as relações de consumo em absoluta consonância com as determinações constitucionais. Liga-se diretamente à idéia de justiça, à medida que veio suprir a necessidade reconhecida constitucionalmente de proteção do consumidor, tendo em vista sua vulnerabilidade no mercado, e, destarte, constituindo o arcabouço basilar de todas as outras regras que de qualquer modo tratem das relações de consumo.

---

<sup>22</sup> Redação dada pela Lei 11.785, de 2008.

A assistência privada à saúde está, portanto, cercada por duas leis de caráter principiológico e decorrentes diretamente de mandamentos constitucionais – Lei 8.080/90 e Lei 8.078/90 – que lhe servem de diretriz e limite.

A Lei 9.656, aprovada em 03/06/1998, após 5 anos de tramitação no Congresso Nacional, submeteu todas as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde às novas regras,<sup>23</sup> enquanto os usuários recebem proteção legal um pouco diferenciada em razão da época de contratação do seu plano de saúde. Aqueles contratados até dezembro de 1998, os chamados planos antigos, estão sob a égide do Código de Defesa do Consumidor,<sup>24</sup> enquanto aos planos novos, contratados a partir de janeiro de 1999 e aos planos antigos adaptados às novas regras, se aplicam as regras da Lei 9.656/98 e regulamentos subsequentes, além do CDC.

O aspecto mais festejado da chamada Lei de Planos de Saúde foi a definição da obrigatoriedade de os planos de saúde garantirem cobertura a todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10, *caput*).<sup>25 26</sup> Com isto, a nova legislação enfrentou o aspecto mais

---

<sup>23</sup> 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: (...)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; (...).

<sup>24</sup> É importante salientar que os contratos antigos se beneficiam da nova legislação, sempre que suas disposições preencherem o conteúdo de abusividade da cláusula geral do artigo 51, IV do CDC. Como ensina Claudia Lima Marques: “[...] Efetivamente, o CDC trabalha com cláusulas gerais, como a da conduta segundo a boa-fé, do combate ao abuso e ao desequilíbrio contratual. Logo, é possível ao juiz considerar que a nova lei consolidou o que é (e já era) abusivo e ofensivo segundo o CDC. O espírito do intérprete deve aqui ser guiado pelo art. 7º. do CDC, que como uma interface aberta do sistema tutelar dos consumidores (*lex specialis rationae personae*), estabelece que a legislação tutelar incorpora todos os direitos assegurados aos consumidores em legislação ordinária, tratados, etc. A *ratio legis* é, pois, de incorporar os ‘direitos’ assegurados nas leis especiais e não os deveres, os ônus, ou o retroceder da interpretação judicial já alcançada apenas com a lista de direitos assegurados pelo CDC. (*In Saúde e responsabilidade 2: a nova assistência privada à saúde*, p.149).

<sup>25</sup> No art. 10, incisos I a X (excetuando-se o VIII, que foi revogado), consta rol taxativo dos procedimentos não cobertos: tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

<sup>26</sup> Convém ressaltar que o Poder Judiciário, antes da entrada em vigor da Lei 9.656/98, já vinha adotando entendimento no sentido de reconhecer a ilegalidade da negativa de cobertura a doenças e tratamentos e, conseqüentemente, condenando as empresas de assistência à saúde a garantirem seu atendimento, independentemente da existência de cláusula no contrato prevendo a exclusão.

conflituoso da relação entre os contratantes,<sup>2728</sup> estabelecendo um novo patamar de cobertura assistencial, a partir da cobertura de todas as doenças definidas pela OMS, em todas as modalidades de planos (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com procedimentos obstétricos e referência), dentro da segmentação contratada.

A despeito da abrangência da cobertura de doenças, a própria Lei e demais resoluções reduziram o alcance da referida disposição legal, a partir de limitações de procedimentos e outras condicionantes atinentes à saúde dos usuários.

Por meio de medida provisória introduzida na Lei, foi concedida prerrogativa à ANS de definir a “amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade” (artigo 10, § 4.º), o que significa admitir uma limitação da assistência, não pela doença, mas pelos procedimentos a ela relacionados. Nesse sentido, há, na Lei 9.656, autorização para a suspensão de procedimentos (definidos pela ANS) relacionados às doenças e lesões preexistentes por 24 meses, contados da data de contratação (artigo 11) e somente os transplantes de rim, córnea<sup>29</sup> e autólogos de medula óssea são cobertos.<sup>30</sup>

Também às urgências e emergências foi estabelecida uma limitação, por meio da atuação do então órgão competente, o CONSU, que restringiu a assistência à saúde em situações de urgência e emergência, garantindo atendimento ambulatorial durante 12 horas em diversas situações.<sup>31</sup>

## 2. Aspectos legais atinentes à rede credenciada

---

<sup>27</sup> Pesquisa jurisprudencial realizada entre janeiro de 2003 e setembro de 2004, nos Tribunais de Justiça de São Paulo e do Rio de Janeiro apurou a existência de 632 acórdãos em agravos de instrumentos sobre planos de saúde. Deste universo, 55% diziam respeito à exclusão de cobertura de doenças e de procedimentos. As principais negativas referiam-se a próteses ou outros materiais (14,66%), seguidos de obesidade mórbida (11,21%), câncer (10,63%), *home care* (8,05%), transplantes (6,03%), urgências e emergências (4,02%), diálise (4,31%) e tratamentos em hospitais não credenciados (3,74%). *In Os planos privados de saúde e a efetividade da Justiça.*

<sup>28</sup> Em estudo mais recente, direcionado apenas às exclusões de cobertura, Scheffer analisou 735 decisões judiciais em apelações julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, entre janeiro de 1999 e dezembro de 2004. Dentre o universo dos acórdãos que possibilitou identificar as doenças e procedimentos mais excluídos da cobertura de planos de saúde (32%), constatou-se os seguintes: transplantes (16%); procedimentos ligados ao tratamento de câncer (radioterapia, quimioterapia, braquiterapia, mastoplastia, radiocirurgia etc.) (15%); órteses e próteses (stents, marcapasso etc.) (9,5%); exames diagnósticos (tomografia, ressonância, videolaparoscopia etc.) (8,3%); implantes (cocelar, ocular, de órteses e próteses etc.) (5,5%); hemodiálise (5,2%); oxigenoterapia (4,6%); fisioterapia (3,7%); assistência ao recém-nascido (3,7%); medicamentos de uso hospitalar (3,7%), outros (24,8%). *In Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo.*

<sup>29</sup> Conforme Resolução 12/98 do CONSU.

<sup>30</sup> Conforme Resolução Normativa 167 da ANS.

<sup>31</sup> Conforme Resolução 13/98 do CONSU.

Os prestadores de serviços vinculados às operadoras constituem um dos principais aspectos considerados pelo usuário quando da contratação de um plano de saúde. O interesse é justificado em razão de serem os prestadores abrangidos pela rede aqueles que efetivamente prestarão o atendimento no momento da realização de consultas, exames e internações. A operadora de plano de saúde é, por assim dizer, o intermediário e o administrador da oferta/demanda dos serviços de saúde contratados.

A rede credenciada ganhou ainda maior relevância após a edição da Lei 9.656/98, na medida em que esta lei definiu limites mínimos de atenção à saúde a serem observados em todos os contratos (artigos 10 e 12, especialmente), padronizando os contratos no tocante à abrangência assistencial. A diferença mais relevante entre os contratos, sob a ótica do consumidor, no tocante à assistência, passou a ser basicamente a rede de prestadores para atendimento da cobertura legal, além de procedimentos e outras questões administrativas.

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor, os hospitais, laboratórios, clínicas e médicos que compõem a rede credenciada integram este contrato de consumo. Significa dizer que os usuários têm direito a informações adequadas, claras e completas sobre a rede credenciada (especialmente, artigos 6º, III, 31, 54, § 3º, do CDC), bem como têm direito de usufruir de serviços adequados.

O vínculo formado entre operadora e prestadores de serviços de assistência à saúde é juridicamente reconhecido, ao passo que a Lei de Proteção ao Consumidor (artigo 34) declara a responsabilidade solidária do fornecedor de serviços (no caso, a operadora de plano de saúde) pelos atos praticados por seus prepostos ou representantes autônomos (ou seja, os médicos e demais prestadores de serviços vinculados à rede referenciada ou credenciada). O novo Código Civil também reforça a responsabilidade solidária em casos como este, prevendo que o empregador responde pelos atos de seus prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir (artigo 932, III).

O Poder Judiciário vem consolidando o mesmo entendimento de responsabilizar as operadoras de planos de saúde por falhas praticadas por prestadores da rede credenciada em diversos julgados, inclusive do Superior Tribunal de Justiça, instância máxima julgadora em matéria infra-constitucional (REsp 164.084-SP, DJU de 17/04/2000; REsp 328.309-RJ, DJ de 17/03/2003; REsp 138.059-MG, DJ de 11/06/2001; entre outros) – fato que reforça o vínculo inegável entre prestadores e operadoras de assistência à saúde.

Em confronto com as determinações legais, dois problemas mais freqüentes são detectados na relação plano de saúde – usuário neste aspecto: os descredenciamentos e a inadequação da rede.

Pesquisa realizada pelo Datafolha para o Cremesp – Conselho Regional de Medicina de São Paulo, em maio de 2007, constatou o mau relacionamento existente entre médicos e planos de saúde devido à interferência das operadoras de planos de saúde em sua autonomia, sendo que 42% deles apontaram ter sofrido descredenciamento. A descontinuidade dos prestadores

em geral sequer é comunicada previamente aos consumidores e a substituição por outros prestadores de nível compatível também é incomum.

A ausência de parâmetros fixados pela ANS para o dimensionamento da rede credenciada em relação ao número de beneficiários deixa ao alvedrio das operadoras a definição do tamanho da rede, com repercussões diretas na assistência aos cidadãos. Da mesma forma, a falta de mecanismos de acompanhamento da rede credenciada por parte do órgão regulador contribui para o desrespeito ao direito dos usuários.

### **3. Descredenciamentos**

À luz da Lei 8.078/90, os descredenciamentos representam alterações contratuais que, operadas de modo unilateral, são abusivas e por isso nulas (artigo 51, XIII, do CDC). Mas a natureza do contrato de assistência à saúde (contrato de longa duração ou de trato sucessivo) e a existência de uma relação triangular que envolve operadora, usuários e profissional de saúde/laboratório/clínica/hospital, torna admissível a ocorrência de mudanças, desde que obedecidas determinadas regras.

Revisões contratuais necessárias devem resultar de processos que garantam a informação adequada, e, principalmente, assegurem os interesses das partes contratantes. Isto significa obrigatoriamente a transparência quanto à motivação justa da alteração, além de comunicação prévia aos usuários e a substituição por profissional de mesmo nível.

A versão original da Lei 9.656/98, sensível à dimensão do problema, reforçou a obrigatoriedade do cumprimento do contrato, prevendo expressamente que *“A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.”* (artigo 17, *caput*).

Apesar de afirmar o dever legal da operadora, a Lei admitiu e disciplinou o descredenciamento, estabelecendo a necessidade de substituição do credenciado por outro similar e a comunicação prévia aos consumidores com 30 dias de antecedência (artigo 17, § 1º). Previu ainda a obrigatoriedade de manutenção da internação, na hipótese de descredenciamento de hospital durante a internação (artigo 17, § 2º).

Um dia após a sanção presidencial à Lei 9.656/98, por meio da Medida Provisória 1.665/98, a disposição legal foi alterada para constar exclusivamente as entidades hospitalares como sujeitas às regras sobre descredenciamento, ou seja, sujeitas à informação prévia e substituição por novo credenciado de mesmo nível.

Mas, é importante observar que a restrição não tem maior alcance em termos legais, na medida em que a disciplina da Lei 8.078/90 é aplicável e, conforme

já mencionado, trouxe o Código do Consumidor instrumentos rígidos para coibir práticas abusivas e alterações unilaterais dos contratos.

#### **4. Adequação da rede credenciada**

A terminologia “adequação” é vasta, aplicando-se tanto para avaliar os aspectos quantitativos, como qualitativos relativos ao conjunto de profissionais e serviços credenciados às operadoras. A legislação brasileira trata da “adequação” da rede, exigindo o respeito aos direitos dos usuários em ambos os aspectos.

A qualidade na prestação de serviços é considerada inerente ao serviço e deve ajustar-se às legítimas expectativas dos consumidores. Nos termos exatos do Código de Defesa do Consumidor, *“são impróprios os serviços que se mostrem inadequados para os fins que razoavelmente deles se esperam, bem como aqueles que não atendam as normas regulamentares de prestabilidade”* (artigo 20, § 2º).

A nova legislação de planos de saúde, mais uma vez seguindo as diretrizes da Lei de Proteção ao Consumidor, impôs às operadoras o atendimento às necessidades dos consumidores *na “marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos”, inclusive “privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de 65 (sessenta e cinco) anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até 5 (cinco) anos”* (artigo 18, II, da Lei 9.656/98). Assim como proibiu o atendimento de modo discriminatório ou distinto do consumidor vinculado a determinada operadora (artigo 18, I, da Lei).

A legislação vigente, portanto, exige dos serviços de assistência à saúde um atendimento adequado ao usuário, o que se traduz na marcação de consultas, exames e internações em tempo razoável, a continuidade do tratamento e a qualidade dos serviços em geral.

1. Cadastro do número de usuários por produto e não apenas por operadora de plano de saúde e disponibilização da informação no site da ANS;
2. Definição de informações que obrigatoriamente devem constar nos livretos da rede credenciada, de modo a garantir ao consumidor a fácil identificação e compreensão quanto aos hospitais cobertos e o tipo de atenção oferecida em cada hospital, destacando as especialidades atendidas e o tipo de atendimento (eletivo, pronto-socorro, ou ambos);
3. Estabelecimento de critérios para assegurar adequação quantitativa da rede credenciada de prestadores de serviços de saúde, tendo em vista o número de usuários por produto, compreendendo também as especialidades médicas;
4. Definição de limites para o credenciamento desmedido de um mesmo hospital a várias operadoras de planos de saúde, colocando em risco a garantia de atendimento aos usuários pela falta de disponibilidade de vagas;

5. Fiscalização rigorosa para impedir a oferta de planos de saúde acima da capacidade operacional das operadoras, em prejuízo do atendimento ao usuário;
6. Fiscalização rigorosa para impedir redução injustificada da rede credenciada;
7. Punição das operadoras que não estão oferecendo plano-referência e/ou que não asseguram cobertura da assistência à saúde exigida pela Lei.

### Anexo III Informações Processadas e Tabuladas

Levantamento de Empresas											
Nome Fantasia	Forma de Identificação	Telefones ativos	Página na internet	Preço	Status para os Corretores	Registro ANS	Observações	Intervenção ANS	No de clientes igual ou inferior a 1000	Localização	Material prévio à contratação
All Life	Site ANS	-	Não	-	Não Vendem	Sim	Trata-se de medicina de grupo	Sim	Sim	Bangu	-
Alfamed	Site ANS	-	-	-	Não Vendem	Sim	-	Sim	Sim	Jardim América	-
Alpha Saúde Assistência Médica	Lista telefônica	Sim	Não	-	Não Vendem	Não	Os funcionários anotam os dados e não retornam	Não	SI	Benfica	-
Alvorada Saúde	Panfleto e jornal de bairro	Sim	Não	R\$ 42,48	Não Vendem	Sim	-	Não	Não	Méier	-
AMAFRERJ	Internet	Sim	Sim	-	Não Vendem	Sim	Atende aos fiscais de renda RJ	Não	Não	Centro RJ	-
AME Saúde (evangélica)	Lista telefônica	Não	Não	-	Não Vendem	Sim	-	Sim	Sim	Realengo	-
APAMESO	Site ANS	-	Não	-	Não Vendem	Sim	-	Sim	Não consta no site da ANS	Tijuca	-
Assistência Médica	Lista telefônica	Sim	Não	R\$ 41,50	Não Vendem	Não	-	Não	Sem possibilidade de consulta	Duque de Caxias	-
Assim	Panfleto, internet, stands e corretoras, jornais de grande e pequena circulação, jornal de bairro	Sim	Sim	R\$ 99,19	Não Vendem	Sim	-	Não	Não	Lapa	Tabela de Preço, Contrato, Informativo trimestral

Boldrim Assistência Médica	Lista telefônica	Não	Não	-	Não Vendem	Não	-	-	Sem possibilidade de consulta	Nova Iguaçu	-
CAARJ	Lista telefônica	Sim	Sim	-	Não Vendem	-	Incorporada pela Unimed, Sul América e Golden Cross	-	Sem possibilidade de consulta	-	-
Nome Fantasia	Forma de Identificação	Telefones ativos	Página na internet	Preço	Status para os Corretores	Registro ANS	Observações	Intervenção ANS	No de clientes igual ou inferior a 1000	Localização	Material prévio à contratação
CABERJ - Integral Saúde	Internet	Sim	Sim	-	Não Vendem	Sim	Institucional	-	Sem possibilidade de consulta	Centro RJ	-
CAC	Lista telefônica	Não	Sim	-	Não Vendem	Sim	Atende apenas funcionários CAC, Prece e CEDAE	-	Sem possibilidade de consulta	Teresópolis	-
Casa de Portugal	Site ANS	-	Sim	-	Não Vendem	Sim	-	-	Sim	Rio Comprido	-
Caurj	Panfleto	Sim	Sim	-	Não Vendem	Sim	Comercializado apenas para funcionários da UFRJ	Não	Não	Botafogo	-
Cemeru	Lista telefônica, panfleto e jornais de pequena circulação e jornal O Dia	Sim	Sim	R\$ 91,69	Não Vendem	Sim	Sua rede referenciada é apresentada em um jornal (propaganda)	Não	Não	Santa Cruz	-
Centro Médico Fátima	Site ANS	-	Não	-	Não Vendem	Sim	-	Não	Sim	Botafogo	-
CIMMAL	Site ANS	Sim	Sim	-	Não Vendem	Sim	Só comercializa PJ	Não	Não	Lapa	-
CLIM SERV	Site ANS	-	Não	-	Não Vendem	Sim	-	Não	Sim	Madureira	-
Clínica do Carmo	Site ANS	-	Não	-	Não Vendem	Sim	-	Sim	Sim	Penha	-

Clínica Marechal Rondon	Site ANS	-	Não	-	Não Vendem	Sim	-	Não	Sim	São Fco. Xavier	-
Clínica Médica Anália Franco	Site ANS	-	Não	-	Não Vendem	Sim	-	Sim	Sim	Vila Valqueire	-
Nome Fantasia	Forma de Identificação	Telefones ativos	Página na internet	Preço	Status para os Corretores	Registro ANS	Observações	Intervenção ANS	No de clientes igual ou inferior a 1000	Localização	Material prévio à contratação
Clínica Médica PROMAC	Site ANS	-	Não	-	Não Vendem	Sim	-	Não	Sim	Praça Seca	-
Clinic Service	Site ANS	Não	Não	-	Não Vendem	Sim	-	Não	Este dado não consta no site ANS	Centro RJ	-
CMM Saúde	Panfleto	Sim	Não	R\$ 15,00	Não Vendem	Sim	No ato adquiri direito a esclerodermia s/nem saber se o paciente tem indicação para tal	Não	Não	Madureira	-
Dix	Internet, corretoras, stands, lista telefônica, jornais de grande e pequena circulação, jornais de bairro,	Sim	Sim	R\$ 106,50	Não Vendem	Sim	O mais recomendado pelos corretores	Não	Não	Duque de Caxias	Rede referenciada e tabela de preço
Dona Súde	Panfleto	Sim	Não	R\$ 49,00	Não Vendem	Sim	-	Não	Não	Méier	-
Garantia de Saúde - Unieste	Panfleto	Não	Sim	-	Não Vendem	Sim	-	Não	Sem possibilidade de consulta	Cosme Velho	-
GLC Assistência Familiar	Internet	Não	Não	-	Não Vendem	Não	Os telefones anunciados não pertencem a empresa	Sim	Sem possibilidade de consulta	São Gonçalo	-

Sociedade Italiana Hospital dos Italianos	Site ANS	Sim	Sim	-	Não Vendem	Sim	-	Não	Sim	Grajaú	-
Nome Fantasia	Forma de Identificação	Telefones ativos	Página na internet	Preço	Status para os Corretores	Registro ANS	Observações	Intervenção ANS	No de clientes igual ou inferior a 1000	Localização	Material prévio à contratação
Life Saúde	Stands, corretoras, internet, jornais de bairro e de pequena circulação	Sim	Sim	R\$ 87,97	Não Vendem	Sim	-	Não	Não	Rio Bonito	Contrato, tabela de preço e rede referenciada
Mayer	Stands, Corretoras e jornais de bairro	Sim	Sim	-	Não Vendem	Sim	-	Não	Sim	Maracanã	-
Medial Saúde	Internet, Jornais de grande e pequena circulação, stands e corretoras	Sim	Sim	-	Não Vendem	Sim	Estava comercializando apenas PJ	Não	Não	Centro RJ	Contrato e tabela de preço
Mediservice	Internet	Sim	Sim	-	Não Vendem	Sim	Estava comercializando apenas PJ	-	Sem possibilidade de consulta	Centro RJ	-
Memorial Saúde	Panfletos	Sim	Sim	R\$ 54,70	Não Vendem	Sim	Possui diversos registros e um único plano	Não	Não	Rede referenciada não foi entregue	Contrato e rede referenciada
Núcleos	Lista telefônica	Não	Sim	-	Não Vendem	-	Estava sendo fechada	Sim	Sem possibilidade de consulta	Centro RJ	-
Plano Amigo	Internet, jornal de pequena circulação, stands e corretoras	Sim	Sim	-	Não Vendem	Sim	Não abrangia a cidade Rio de Janeiro	Não	Não	São Gonçalo	Rede referenciada, contrato e tabela de preço

Real Life	Stands, corretoras, internet e jornais de pequena circulação	Sim	Sim	R\$ 88,00	Não Vendem	Sim	-	Não	Não	Tijuca	-
Nome Fantasia	Forma de Identificação	Telefones ativos	Página na internet	Preço	Status para os Corretores	Registro ANS	Observações	Intervenção ANS	No de clientes igual ou inferior a 1000	Localização	Material prévio à contratação
Renal Med Assitência Médica	Lista telefônica	Não	Não	-	Não Vendem	Não	Figura em listas telefônicas na categoria Convênios, Planos e Seguros	Não	Sem possibilidade de consulta	Centro RJ	-
Rio Med	Site ABRAMGE	Não	Não	-	Não Vendem	Sim	Não foi encontrada em qq forma de comunicação	Não	Sem possibilidade de consulta	Nova Iguaçu	-
Salutar	Outdoors e jornais de pequena circulação	Sim	Sim	R\$ 99,45	Não Vendem	Sim	-	Não	Não	Botafogo	-
SAMIG	Lista telefônica e site ANS	Não	Sim	-	Não Vendem	Sim	Pertence ao grupo Memorial	Não	Não	Ilha do Governador	-
SAMOC	Stands, corretoras e jornais de bairro e de pequena circulação	Sim	Sim	R\$ 50,00	Não Vendem	Sim	-	Não	Não	Santa Tereza	Tabela de Preço
SEMEG	internet	sim	sim	-	Não Vendem	Sim	Passou a ser comercializado apenas para PJ	Não	Sem possibilidade de consulta	Barra da Tijuca	-
SEMIC	internet	não	Não	-	Não Vendem	sim	Foi comprado pela Dix	-	-	-	-
SERMEDE	Lista telefônica	Sim	Sim	R\$ 111,67	Não Vendem	Sim	Não atende ao RJ	Não	Sem possibilidade de consulta	São Gonçalo	-

Serviço de Assistência Médica André Rocha	Site ANS	-	Não	-	Não Vendem	Sim	-	Não	Sim	Rocha	-
Nome Fantasia	Forma de Identificação	Telefones ativos	Página na internet	Preço	Status para os Corretores	Registro ANS	Observações	Intervenção ANS	No de clientes igual ou inferior a 1000	Localização	Material prévio à contratação
Serviço de Assistência Médica & Integrados Diagnósticos	Site ANS	-	Não	-	Não Vendem	Sim	-	Não	Sim	Centro RJ	-
SMIL	Site ANS	-	Não	-	Não Vendem	Sim	-	Não	Sim	Cachambi	-
Sind Saúde	Internet, stands, corretoras e jornais de pequena e grande circulação	Sim	Sim	R\$ 88,52	Não Vendem	Sim	-	Não	Não	Niterói	Rede referenciada, contrato e tabela de preço
SOBAM	Site ANS	-	Não	-	Não Vendem	Sim	-	Não	Sim	Centro RJ	-
Tenha Saúde	Lista telefônica e site ANS	Não	Não	-	Não Vendem	Sim	Não atende ao RJ	Sim	Sim	Nova Iguaçu	-
UH	Panfletos, internet, stands, corretoras e Jornais de bairro	Sim	Sim	R\$ 85,22	Não Vendem	Sim	Campeã em Glosa	Não	Não	Centro RJ	Rede referenciada, Tabela de preço e contrato
V F Tanus	Lista telefônica e site ANS	Não	Não	-	Não Vendem	Sim	Não atende ao RJ	Sim	Não	Bom Jesus de Itabapoaba	-
Vida & Vida	Panfleto	Sim	Não	R\$ 36,00	Não Vendem	Sim	Não houve a entrega da rede referenciada	Não	Não	Méier	-

World Med	Internet	Intermitente	Sim	R\$ 35,00	Não Vendem	Sim	Sua rede referenciada é uma folha de papel	Não	Não	Madureira	-
-----------	----------	--------------	-----	-----------	------------	-----	--	-----	-----	-----------	---

## Anexo IV

Operadoras - SP	total hospitais	Hospitais			Observações
		Psiquiatria	Oncologia	Neurologia	
Ameplan	15	1	1	3	informou
Avimed	23	-----			foi leiloada
Greenline	25	1	2	2	informou
Itálica	13	2	2	2	informou
Medial	6				Informação fornecida pelo corretor
Medicol	21				Informações do hospital
Med Tour	22				Informações do hospital
Santa Amália	2	1	1	1	informou
São Cristovão	35				Informação fornecida pelo corretor
Seisa Saúde	1	0	0	0	informou
Serma	15	1	1	2	informou
Transmontano	21	1	1	0	informou
Unimed Paulistana	24		2		só informou cobertura para oncologia

Operadora-RJ	total hospitais	Hospitais			Observações
		Psiquiatria	Oncologia	Neurologia	
Dix- Amico Saúde	45	0	2	1	A atendente informou que não poderia indicar outros porque no sistema não aparecia toda a rede credenciada. Para saber se um hospital cobre ou não determinada especialidade eu tenho que informar o nome do estabelecimento.
Real Life	13	0	0	0	Não há nenhum hospital credenciado
Life Saúde	12	0	5	3	
SAMOC	13	0	1	1	
Alvorada	1				A atendente informou que os planos são apenas ambulatoriais .
Sind saúde	20	2	0	0	
Salutar	17	1			Para oncologia e neurologia o atendente informou que existem vários hospitais
Assim	33	1	6	5	
Memorial	11				A atendente informou que os planos são apenas ambulatorial
Clinica médica Madureira	1				A atendente informou que todos os planos são ambulatoriais
World med	1				O atendente informou que não nenhum plano que cobre internação
Dona Saúde	5				O atendente informou que não nenhum plano que cobre internação
CEMERU	1	0	1	1	
UH	10	1	1	1	