



GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR EM UM PLANO DE SAÚDE FRENTE À REGULAMENTAÇÃO 358 DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

SUPPLEMENTARY HEALTH MANAGEMENT IN A HEALTH PLAN IN FRONT OF REGULATION 358 OF THE NATIONAL HEALTH AGENCY

Roberta Da Silva Rodrigues, UFGD, Brasil, robertarodriguesadm2014@gmail.com

Erlaine Binotto, UFGD, Brasil, e-binotto@uol.com.br

Régio Marcio Toesca Gimenes UFGD, Brasil, regiomtoesca@gmail.com

Beatriz Dias Couto Crepalde, UFGD, Brasil, biacrepa@yahoo.com.br

Resumo

O mercado de planos de saúde no Brasil é regulamentado através da Agência Nacional de Saúde, definindo diversos critérios para prestação de serviço, dentro destes destaca-se a RN 358, que determina o ressarcimento ao SUS pelas operadoras. O presente estudo tem por objetivo identificar as ações que são tomadas pela operadora frente à regulamentação da ANS -RN 358. Os dados foram coletados no site da ANS, do governo federal e no portal *web* da empresa em estudo, bem como foi aplicado questionário ao gestor da empresa juntamente com entrevistas abertas com dois colaboradores de diferentes setores. As categorias de análise incorporaram o panorama dos planos de saúde no Brasil e o programa de qualificação e classificação de operadoras, os processos de gestão (planejamento, organização, direção e controle), práticas adotadas pela operadora de saúde para fazer frente as normativas da ANS. Em relação a RN 358, foi identificado como acontece o sistema de cobrança do ressarcimento. Os resultados indicam que quanto ao planejamento a organização aplica a análise SWOT, auxiliando na definição dos objetivos a serem atingidos, porém as decisões de impacto imediato têm a participação dos próprios beneficiários considerando se tratar de um plano de autogestão. Verificou-se que a ANS possui interferência direta na gestão dos planos de saúde, constando ser um desafio manter o equilíbrio nesse ramo de atividade, onde se faz necessária a atualização constante frente as regulamentações e a necessidade de uma gestão proativa.

Palavras-chave: *Práticas em gestão; autogestão; ANS; RN 358.*

Abstract

The health insurance market in Brazil is regulated through the National Health Agency, defining several criteria for service provision, among which RN 358 stands out, which determines the compensation to the SUS by the operators. The present study aims to identify the actions that are taken by the operator against ANS-RN 358 regulation. The data were collected on the ANS website, the federal government and on the web portal of the company under study, and a questionnaire was also applied to the manager the company together with open interviews with two employees from different sectors. The categories of analysis incorporated the panorama of health plans in Brazil and the program of qualification and classification of operators, the management processes (planning, organization, direction and control), practices adopted by the health care provider to meet ANS regulations. In relation to RN 358, it was identified as happens the system of recovery of compensation. The results indicate that, in terms of planning, the organization applies SWOT analysis, helping to define the objectives to be achieved, but decisions with an immediate impact have the participation of the beneficiaries themselves, considering that this is a self-management plan. It was verified that the ANS has direct interference in the management of health plans, and it is a challenge to maintain the balance in this branch of activity, where constant updating of regulations and the need for proactive management is necessary.

Keywords: *Practices in administration; self-management; NAH; RN 358.*

1. INTRODUÇÃO

A gestão de empresas, em qualquer ramo de atividade considerando sua particularidade e objetivos, engloba muitas variáveis para se obter um desempenho satisfatório. De acordo com Tanaka e Tamaki (2012, p.821), “A gestão de serviços de saúde é uma prática administrativa complexa em função da amplitude desse campo e da necessidade de conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos nem sempre convergentes”. Os autores afirmam que para a gestão atingir seus objetivos é necessário equalizar os seus recursos disponíveis buscando melhoria no funcionamento da organização.

A gestão no âmbito da saúde pública, de acordo com a constituição Federal, baseada na Lei 8.080, de 10 de setembro de 1990, garante à sociedade o direito fundamental a saúde, sendo esse um dever do Estado. Diante disso, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), como um sistema universal, com financiamento público (BRASIL, 2018). Com a promulgação dessa lei, ocorreu desequilíbrio entre oferta e demanda na prestação de serviço na área da saúde, pois não houve uma preparação da administração pública para incremento de novas responsabilidades (VIEIRA, 2009).

No Brasil, durante um longo período, os serviços de saúde, quase que em sua totalidade, eram providos pelo Estado. Porém, com a evolução da sociedade, desenvolvimento tecnológico e aumento nos custos na saúde, o Estado teve dificuldades em financiar sozinho esse ramo de atividade, favorecendo a iniciativa privada, surgindo então o setor de saúde suplementar (CORÁ, 2004).

Beck (2016), relata que a saúde sempre foi uma preocupação do cidadão brasileiro, desde que fora constituída a República, sendo esse sistema de saúde ineficiente e sem sustentabilidade. Salienta também que os recursos destinados à saúde se reduziavam enquanto o aumento populacional e os custos com a saúde se agravavam. Os principais fatores que influenciaram na forma de organização da saúde no país: o desenvolvimento da indústria no Brasil e o deslocamento do setor agrário para o urbano, onde os empresários estrangeiros organizavam uma assistência médica e hospitalar para seus colaboradores (ALBUQUERQUE *et al*, 2007). Os mesmos autores reconhecem o Departamento de Saúde Suplementar (D.A.S), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, criado em 1998, como ponto inicial para regulação do mercado de planos privados de saúde, tendo esta demanda por regulação constituída por diferentes atores e interesses, resultando em acordo entre os Poderes Executivo e Legislativo.

Como marco na privatização dos serviços de saúde, dois anos após a implantação do D.A.S, criou-se a lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000, dando origem a Agência Nacional de Saúde (A.N.S), como órgão de regulação, normatização e controle na assistência suplementar à saúde. A criação da ANS se deu com a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar, que sua área de atuação compreendia a um mercado já existente que se expandiu desordenadamente. Este era composto por vários tipos de planos e de operadoras que exploravam esse nicho de mercado (ALBUQUERQUE *et al* 2007).

Na busca por uma gestão eficiente, o planejamento torna-se algo fundamental. Para conseguir um projeto em operações e serviços adequados, se faz necessário ter algum tipo de informação sobre a demanda futura do serviço a ser oferecido (CORRÊA & CAON, 2009). Embora a demanda por serviços de saúde seja algo imprevisível, uma vez que o indivíduo não sabe quando, nem com que frequência vai necessitar de atenção médica e quando é necessária a utilização, esse fato compromete a racionalidade da decisão do consumidor (PIOLA & VIANNA, 1995).

Nesse contexto de demanda incerta, Ouverney e Noronha (2013), relatam que cada sistema de saúde possui suas próprias características, sendo suas estratégias de integração desenvolvidas para cada contexto específico. No entanto os princípios de orientação são cada vez mais úteis, mesmo em contextos distintos.

O setor de saúde suplementar é composto pelas operadoras de planos de saúde, os beneficiários sendo estes, pessoas físicas e os prestadores de serviços médicos, hospitalares, ambulatorial, que podem ser pessoas físicas ou jurídicas conveniadas às operadoras responsáveis pela efetiva prestação de serviços (SANCOVSCH; MACEDO; SILVA, 2014).

Albuquerque *et al* (2016), relatam que a regulamentação no mercado de planos privados de saúde trouxe mudanças nesse ramo de atividade, principalmente para os planos com inclusões a partir de janeiro de 1999, não tendo os mesmos direitos os beneficiários com contratos anteriores a esta data. Os mesmos autores descrevem que uma consequência relevante da regulamentação dos planos privados de saúde, foi o conhecimento do mercado e de sua abrangência no sistema de saúde, visto que as operadoras de saúde passaram a ter obrigatoriedade em fornecer dados econômicos e financeiros para ANS.

A ANS tem como função fiscalizar e regulamentar a relação entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, no entanto, o impacto não fica restrito a esses dois atores, influenciando todos envolvidos na cadeia de produção na prestação de serviço como prestadores, hospitais, laboratórios, profissionais (SATO, 2007). Dentre as diversas normativas implantadas pela ANS, em 03 de junho de 1998, foi estabelecida a Normativa 358, com base no art. 32 da lei 9.656/98, que determina que as operadoras privadas de saúde devam ressarcir ao SUS quando seus beneficiários fizerem uso do sistema público. Para Beck (2016), existe uma transferência de responsabilidade do Estado para as operadoras de plano de saúde, quando a opção dos seus beneficiários pelo SUS não desonera a saúde suplementar.

A Agência Nacional de Saúde divulgou no primeiro semestre de 2017, dados atualizados sobre o setor, onde demonstra que entre 2006 e 2016 houve uma queda de 66% na quantidade de operadoras de planos médico-hospitalares, mostra ainda continuidade de queda em 0,99% no primeiro trimestre de 2017. Apoiado nesses aspectos, as Normativas da ANS têm um impacto direto sobre as operadoras de planos de saúde, questiona-se quais são as práticas e formas de gestão utilizadas pelas operadoras frente a Normativa 358? Visando a uma maior compreensão do problema e também uma possível contribuição, o objetivo desse estudo consiste em Identificar as ações que são tomadas pela operadora frente a regulamentação da ANS -RN 358.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GESTÃO ORGANIZACIONAL

O marco da administração e gestão se deu no período da revolução industrial, que tornou as organizações maiores e desorganizadas, surgindo assim a escola da administração científica desenvolvida inicialmente por Frederick Winslow Taylor, depois Henry Ford e da teoria clássica de Henri Fayol (LIMA & MENDES, 2003). Maximiano (2000) ressalta a importância de compreender a administração como um processo que se compõem de outros processos ou funções. Esta teoria foi elaborada por Henri Fayol no início do século XX.

No âmbito da gestão organizacional Moreira (1998) e Maximiano (2000), definem quatro funções gerenciais, sendo:

a) Planejamento: para estabelecer objetivos e linhas a serem seguidas com a finalidade de estipular o momento em que determinadas ações devem ocorrer, definida como

uma ferramenta específica do processo decisório, onde a atitude predominante dos administradores demonstrará a capacidade de resposta aos desafios externos e internos.

Maximiano (2000), define dois tipos de atitude por parte dos administradores, sendo a primeira como atitude proativa, que ocorre quando os administradores respondem de maneira positiva o *feedback*, do ambiente interno e externo, permitindo alteração nos seus sistemas internos e suas relações com o ambiente e, a segunda atitude como reativa, quando os administradores respondem de maneira negativa ao *feedback* do ambiente interno e externo, onde essa informações é incapaz de incorporar qualquer mudança organizacional.

b) Organização: processo de agrupar os recursos produtivos como mão-de-obra, matérias-primas, equipamentos e capital, sendo esses coerentes com o planejamento para terem um melhor aproveitamento, com a finalidade de manter o equilíbrio entre os projetos, agrupando os recursos produtivos necessários.

c) Direção: finalidade de execução dos projetos estabelecidos anteriormente no planejamento, definindo tarefas e responsabilidades para atingir objetivo o definido.

d) Controle: envolve um conjunto de atividades que visa assegurar que o planejamento seja cumprido com padrões estabelecidos e que os recursos estejam sendo usados de forma eficaz. Esse controle pode ser realizado previamente, durante e após o tempo determinado para análise de objetivo alcançado. Quem está em uma posição de liderança na organização precisa possuir uma visão geral de todo sistema, obtendo resultados comerciais, produtivos e financeiros.

A gestão de serviços em qualquer ramo de atuação incorpora conhecimentos específicos de cada área, sendo esses multidimensionais, onde valores e julgamentos morais norteiam as decisões relativas à produção desse serviço (DUSSAULT, 1992). Na prestação de serviços as atividades devem ser planejadas, organizadas e controladas considerando sua própria natureza, sendo necessário um contato mais estreito com o cliente, se comparada à atividade industrial (MOREIRA, 1998).

Para Fayol (teoria clássica) e Taylor (Administração Científica), que identificam as principais funções da administração como planejar, organizar, controlar, direcionar, relacionam essas funções à uma organização de estrutura piramidal com alto nível de centralização, estando dividida em departamentos e seus colaboradores respondem a um superior, obedecendo a estrutura organizacional (ALVES & CALVO, 2016).

2.2 GESTÃO EM SAÚDE E AUTO GESTÃO

De acordo com Reis (2004), a gestão em saúde além de complexa sofre mudanças constantes em seus sistemas, incorporando assim novos desafios, por isso é necessária uma gestão proativa e inovadora, buscando além dos conhecimentos técnicos, a capacidade de liderança em organizações em mudanças em cenários instáveis.

A gestão em saúde comporta uma dimensão ética e moral, como itens ligados ao sigilo, ao direito de informação, a garantia de continuidade de tratamento, na alocação de recursos, o que implica em custos em um contexto de recursos limitados, dentre outras particularidades (DUSSAULT, 1992).

A autogestão é uma das formas de administração exercida na assistência à saúde suplementar junto com medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas, como exemplos de instituições que atuam com esse modelo de gestão, tais como, as caixas de assistência, de previdências, entidades sindicais, instituições essas que não possuem fins lucrativos.

Caracteriza essa administração a integração de representantes de trabalhadores e patronais, nesse sentido, de acordo Macera e Saintive (2007, p.20):

Este segmento engloba empresas que, por meio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, operam serviços de assistência à saúde ou responsabilizam-se pelo plano de saúde destinado exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados, os respectivos grupos familiares ou participantes ou dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais e assemelhados.

Para compreender a forma de atuação no modelo de autogestão, é necessário entender o significado da palavra autogestão. Para Verardo (2003), é um empreendimento coletivo onde os colaboradores participam das atividades produtivas tendo poder de decisão. Motta (1980), complementa que essas formas de gestão se caracterizam pela autonomia dos colaboradores nas decisões, desde o processo de formulação de objetivos até a divisão da renda.

Alves, Ugá e Portela (2016) definem autogestão como uma modalidade de assistência privada à saúde, na qual a própria empresa administra o programa de assistência à saúde dos seus empregados e dependentes. Os planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo um ramo não comercial de planos e seguros de saúde (MALTA & JORGE, 2007).

Nos planos de saúde de autogestão tanto os titulares quanto seus dependentes não possuem restrições de cobertura para problemas de saúde pré-existentes, uma vez que o plano é igual para todos os níveis hierárquicos e sua contribuição é proporcional à remuneração dos empregados, porém se faz uso da coparticipação para racionalizar a utilização do plano (ROSA & FILHO, 2015).

Dessa forma, a autogestão pode possibilitar maior flexibilidade e facilidade de comunicação entre beneficiários e gestores, tornando-se uma gestão participativa, onde os beneficiários são corresponsáveis pela gestão da operadora.

2.3 HISTÓRICO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

O sistema brasileiro de assistência privada à saúde inicia-se entre os anos 1940 e 1950, por meio da criação de fundos assistenciais de empresas públicas e pelo estabelecimento de regimes próprios de previdência do funcionalismo público. Apenas em 1960, fomentou as redes próprias de medicina de grupo que se formavam por contratos entre empresas empregadoras e médicas, surgem também cooperativas de médicos com a finalidade de garantir condições de competição para estes profissionais, sendo essas relações financiadas parcialmente pela Previdência Social (BAHIA & VIANA, 2002).

Em 1966 o Decreto-Lei 73, instituiu o seguro saúde, porém as operadoras não puderam operá-lo devido à falta de regulamentação no setor. Apenas em 1985, a Constituição Federal estabelece a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e definiu os princípios da atuação privada nesse setor (MACERA & SAINTIVE, 2007).

Com a Lei 9.961/2000, surge a ANS a partir do Departamento de Saúde Suplementar existente no Ministério da Saúde com finalidade de estabelecer padrões para a operação das empresas do setor, com as normatizações; normas para o ressarcimento da utilização do SUS pelos beneficiários; monitorar os preços e custos do setor; estabelecer padrões para as informações contábeis e de natureza econômico-financeira; fiscalizar as ações das empresas no cumprimento das normas estabelecidas; estimular a competição no setor; estabelecer padrões técnicos e de natureza econômico-financeira para a entrada e atuação das empresas e zelar pela proteção dos direitos dos usuários dos planos de saúde suplementar (PÓ, 2004).

No período que antecede a regulamentação do setor de saúde suplementar, a forma de resolução de conflitos entre usuários e operadoras eram realizadas através do Código de Defesa do Consumidor (DAROS, GOMES, SILVA e LOPES, 2016).

Macera e Saintive (2007) ressaltam que a ANS surge para regular uma atividade já existente que nunca havia sido submetida a regulação por parte do Estado diferentemente das agências do setor de infraestrutura. Nesse contexto a ANS atua basicamente na defesa do direito público na assistência suplementar à saúde, nas relações contratuais entre beneficiários e operadoras e indiretamente com prestadores a elas vinculadas, visando a sustentabilidade do setor, o direito do consumidor, produtos, valores e coberturas (DAROS *et al*, 2016).

Albuquerque *et al* (2016) relatam que após a regulamentação, as operadoras de saúde passaram a ter obrigatoriedade em fornecer dados econômicos e financeiros, sendo possível fazer uma análise de cobertura desse ramo de atividade.

3 . MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo se trata de uma pesquisa exploratória e descritiva, quantitativa e qualitativa. Gil (2002) destaca que a pesquisa exploratória tem como objetivo apresentar determinado problema, a fim de torná-lo mais familiar, enquanto a pesquisa descritiva apresenta característica de determinada população e ou estabelece relação entre variáveis. Godoy (1995), define a pesquisa qualitativa como o estudo de um fenômeno que pode ser compreendido através das perspectivas das pessoas nele envolvida, enquanto a quantitativa apresenta dados precisos para evitar distorções.

Para a coleta de dados, foi realizada pesquisa no site da ANS para levantando de dados quantitativos referentes aos planos com percentual de cobertura populacional e sobre a regulamentação 358, bem como outras regulamentações que interferem diretamente nas operadoras de plano de saúde. Também foram pesquisados sites do governo federal para busca de dados de leis orgânicas e no portal *web* da empresa em estudo.

As informações sobre a empresa estudada foram obtidas através de questionário com questões abertas, que foram respondidas pelo gestor administrativo com o intuito de conhecer os procedimentos adotados pela operadora de plano de saúde na autogestão. Para complementar a pesquisa foram realizadas entrevistas abertas com dois colaboradores de diferentes setores da empresa, com objetivo de conhecer a sistemática do ressarcimento realizado pela operadora ao Sistema Único de Saúde.

O cenário da pesquisa apresenta como objeto de estudo uma operadora de autogestão, no ramo de saúde suplementar, que atua no mercado desde 2001, com 207.000 vidas cobertas em 2017, sendo estes, servidores estaduais, municipais e seus dependentes diretos e agregados. O nome da empresa será omitido uma vez que não houve a autorização para divulgação.

A gestão executiva do plano é dividida entre a presidência, a diretoria de assistência à saúde, diretoria de assistência odontológica, diretoria de unidades hospitalares, diretoria de finanças, diretoria de clientes, diretoria jurídica, diretoria de tecnologia da informação e ouvidoria, responsáveis por administrar 76 unidades de atendimento em todo o Estado, com quadro de mais de 2.000 profissionais na área da saúde, possui rede própria com 24 centros odontológicos, oito centros médicos e nove hospitais.

Vale ressaltar que durante a elaboração deste trabalho houve alteração estatutária em assembleia extraordinária, onde definiu que os percentuais de contribuição de cada órgão permaneceriam os mesmos, porém com acréscimo de 1% quando o titular possuir um

dependente, seguido de 0,25% para cada dependente até o terceiro, atingindo assim o valor máximo de contribuição.

A operadora em estudo possui uma página na web para disponibilidade de informações aos seus beneficiários, com dados divulgados nas últimas assembleias, bem como informativos de eventos futuros ou campanhas.

As categorias de análise incorporaram o panorama dos planos de saúde no Brasil e o programa de qualificação e classificação de operadoras, os processos de gestão (planejamento, organização, direção e controle), práticas adotadas pela operadora de saúde para fazer frente as normativas da ANS. Em relação a RN 358, foram identificadas como acontece o sistema de cobrança do ressarcimento.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE OPERADORAS DE SAÚDE

O programa de qualificação de operadoras da ANS foi iniciado em 2004 e reestruturado em 2015, com o objetivo de promover melhoria de acordo com as novas regras e práticas do setor. O programa faz parte de um conjunto de iniciativas para avaliação e estímulo à qualidade do setor.

A avaliação fica definida entre faixas de 0 a 1 com intervalos de 0,2 e quanto mais próximo a 1 melhor é o desempenho.

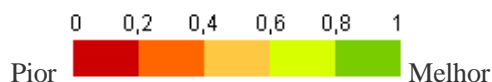


Figura 1 – Faixas de Notas de Avaliação

Com a remodelagem do programa a partir de 2015, o Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS) possui quatro dimensões com o peso de 25% para cada dimensão e cada dimensão possui suas variáveis, que estão classificadas em:

1. Qualidade em atenção à saúde

Engloba ações que contribuem para o atendimento das necessidades dos beneficiários. O índice analisado nesse fator é o IDGA (índice de garantia de acesso, sendo o IDGA da operadora em estudo no ano base de 2016 foi de 0,8795.

2. Gestão de processos e regulação

Entre outros indicadores, essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS. O índice analisado nesse fator é o IDGR (índice de gestão de processos e regulação), que afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS sendo o IDGR da operadora em estudo no ano base de 2016 foi de 0,5614.

3. Sustentabilidade no mercado

Monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores. O índice analisado nesse fator é o IDSM (índice de sustentabilidade de mercado) sendo o IDSM da operadora em estudo no ano base de 2016 foi de 0,9240.

4. Garantia de acesso

Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores. O índice analisado nesse fator é o IDQS (índice de qualidade e atenção à saúde), sendo o IDQS da operadora em estudo no ano base de 2016 foi de 0,7672. Após a análise de todas as variáveis e dos quatro fatores para classificação do

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), a operadora em estudo ficou classificada com a nota 0.783 referente ao ano-base de 2016.

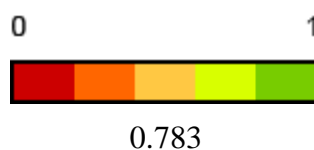


Figura 2 - Classificação do IDSS da operadora em estudo

4.2 SISTEMÁTICA DO RESSARCIMENTO AO SUS

A ANS como órgão regulamentador, estabelece diversas normativas assegurando os direitos dos beneficiários com o intuito equilibrar a relação entre as operadoras de saúde e seus usuários. Em 1998 entra em vigor o artigo 32 da Lei 9.656, que estabelece:

“Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos [...], de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS”.

A regulamentação que estabelece o ressarcimento ao SUS foi elaborada com a finalidade de resguardar o direito dos beneficiários de planos de saúde a qualidade, abrangência de rede credenciada, bem como restituir os cofres públicos pelos custos destinados aos beneficiários que deveriam ser assistidos pela operadora e para evitar o enriquecimento sem causa dos planos de saúde (QUEIROZ, 2015).

A Resolução Normativa 358, de 27 de novembro de 2014, define que os valores a serem ressarcidos ao SUS, deverão ser cobrados de acordo com os valores praticados pelo SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR (ANS, 2017).

Em 09 de outubro de 2012 foi estabelecida a Resolução Normativa 305, que estabelece um padrão para troca de informação na saúde suplementar, com a finalidade de interoperabilidade entre os sistemas de informação entre a ANS, Ministério da Saúde, e as operadoras de planos de saúde (ANS, 2017). Esse procedimento define o ressarcimento ao SUS como atividade de controle de mercado setorial, com a finalidade de proteger os consumidores de planos de saúde, inibindo condutas abusivas das operadoras para que seja cumprido fielmente os contratos entre as partes, onde o ressarcimento será devido quando esses serviços estiverem previstos em contrato.

O ressarcimento ao SUS, possui sete etapas principais, utilizando um sistema de cruzamento de informações do SUS com o sistema de informações de beneficiários (SIB) que foi estabelecida através da Resolução Normativa 295, de 9 de maio de 2012 que define normas, que engloba desde geração até o controle de dados cadastrais no sistema de informações de beneficiários da agência Nacional de Saúde – SIB/ANS.

Queiroz (2015), divide as etapas em Atendimento, Identificação, Notificação, Impugnação Recurso, Cobrança, Inadimplência e Repasse.

- 1) Atendimento: compreende ao período em que os beneficiários de planos de saúde são assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
- 2) Identificação: corresponde ao período e que ocorre o cruzamento de informações dos SUS com SIB para identificar os atendimentos.

- 3) Notificação: quando a operadora de saúde é notificada pela ANS a respeito dos atendimentos identificados anteriormente.
- 4) Impugnação e recurso: período em que a operadora poderá contestar as identificações, podendo essa notificação ser anulada, mantida ou retificada.
- 5) Cobrança: após mantida ou retificada a identificação do uso, a ANS encaminha para a operadora notificação de cobrança de valores que deverão serem pagos ou negociados em 15 dias.
- 6) Inadimplência: caso as operadoras não negociem nem efetuem o pagamento no prazo estabelecido, fica sujeita à inscrição no Cadastro Informativo (CADIN) dos créditos de órgãos e entidades federais, podendo chegar à ação judicial.
- 7) Repasse: os valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS são repassados pela ANS ao Fundo Nacional de Saúde.

A ANS está integrando os órgãos competentes do SUS para melhor cooperação nos repasses a serem ressarcidos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), onde o Cartão Nacional de Saúde (CNS) se tornou um instrumento que possibilita a vinculação dos dados referente aos procedimentos executados pelo SUS desde o profissional que realizou o procedimento bem como a unidade de saúde onde foram executados (ANS, 2017).

A operadora de saúde não pode ser responsabilizada pelo fato de seus beneficiários optarem pela assistência pública de saúde, tratando-se apenas na hipótese em que a operadora nega a prestação de serviços, obrigando o beneficiário a buscar assistência médica pelo SUS, sendo considerada uma conduta imprópria por parte da prestadora de serviços (FERNANDES, 2015).

Após a identificação dos usuários que possuem cobertura contratual com plano de saúde privado e utilizaram o SUS, as operadoras de saúde são notificadas e então emitida uma Guia de Recolhimento da União (GRU), que se caso não for efetuado a quitação levará à inscrição do débito em dívida ativa da união e no Cadastro Informativo de Crédito não Quitados do Setor Público federal (CADIN) (ANS, 2017).

Competência	Valor Cobrado	Valor Pago	% adimplência
07/2016	2.441.048.754,60 R\$	944.154.169,49 R\$	38,67%
08/2016	2.098.098.882,10 R\$	810.240.831,78 R\$	38,61%
09/2016	2.232.201.029,72 R\$	847.002.302,26 R\$	37,94%
10/2016	2.384.484.091,59 R\$	913.316.363,54 R\$	38,30%
11/2016	2.401.956.537,90 R\$	922.933.626,87 R\$	38,42%
12/2016	2.425.637.264,26 R\$	936.713.138,85 R\$	38,61%
01/2017	2.441.048.754,60 R\$	944.154.169,49 R\$	38,67%
02/2017	2.611.238.503,87 R\$	1.019.685.264,45 R\$	39,04%
03/2017	2.492.004.611,03 R\$	936.450.075,63 R\$	37,57%
04/2017	2.778.313.629,33 R\$	1.102.190.585,06 R\$	39,67%
05/2017	2.778.313.629,33 R\$	1.102.190.585,06 R\$	39,67%
06/2017	2.793.938.317,12 R\$	1.106.263.938,35 R\$	39,59%
07/2017	2.091.514.074,40 R\$	807.903.512,39 R\$	38,62%

08/2017	2.907.599.843,77 R\$	1.159.510.491,44 R\$	39,87%
09/2017	3.005.389.679,40 R\$	1.199.842.284,10 R\$	39,92%
10/2017	3.087.438.957,24 R\$	1.247.623.019,69 R\$	40,40%

Tabela 1 - Percentual de adimplência referente ao ressarcimento ao SUS

De acordo com dados coletados no sistema de informações da ANS, entre os meses de julho/2016 e outubro/2017, o percentual de adimplência mensal não ultrapassou os 41% dos valores cobrados pelo SUS. O índice efetivo de pagamento relativo ao débito do processo de ressarcimento ao SUS é parte integrante de uma variável de gestão de processos e regulação (IDGR), que qualifica as operadoras do plano de saúde suplementar.

Conforme levantamento de dados junto à empresa, por meio de entrevistas abertas com atores que possuem envolvimento direto com ressarcimento ao SUS, pode-se constatar alguns aspectos específicos em relação aos procedimentos.

Um dos entrevistados relata que se o ressarcimento ao SUS for analisado de uma superficial e de maneira imediata, poderia ser definido como um fator de impacto financeiro negativo, se considerar o período que antecede a implantação da RN 358, uma vez que não existiria a obrigatoriedade de pagamento por parte das operadoras em comparação com os valores atualmente ressarcidos. O mesmo entrevistado faz uma referência comparativa entre os valores a serem ressarcidos ao SUS, que utiliza de tabela própria e diferenciada, com os valores que as operadoras teriam que repassar aos seus credenciados, obtendo assim uma análise financeira positiva, uma vez que a Lei 9.656, de 1998, determina que os valores a serem cobrados pelo ressarcimento ao SUS não podem ser inferiores aos praticados pelo SUS, nem superiores aos praticados pelas operadoras de saúde, sendo esses valores previstos em tabela de procedimentos aprovados pela ANS (tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP) (ANS; 2018).

Outro ponto abordado por outro entrevistado, aponta que a RN 358 é uma importante ferramenta que pode auxiliar na verificação de deficiência no sistema de atendimento ofertado, uma vez, que é realizado um cruzamento de dados em que possibilita um filtro definindo as especialidades e procedimentos mais utilizados pela população que possui planos privados de saúde, sendo assim, as operadoras poderiam melhorar a qualidade na oferta de serviços a fidelizando seus beneficiários.

A RN 358 divide opiniões, uns defendem o fato de que os usuários que possuem plano de saúde privado ao utilizarem o atendimento ao SUS, estão ocupando vagas de pessoas com mais vulnerabilidade que realmente necessitam de atendimento, portanto analisam essa normativa como uma forma de penalizar as operadoras para que supram a necessidade de demanda dos seus beneficiários.

O Ministério da Saúde define o ressarcimento ao SUS como um instrumento regulatório de controle setorial e de proteção dos consumidores de planos de saúde, com a finalidade de inibir a prática abusiva por parte das operadoras (BRASIL, 2018).

4.3 PERCEPÇÃO DO GESTOR SOBRE A ANS E A RN 358

O gestor da operadora de plano de saúde pesquisada analisa o mercado de saúde suplementar como um ramo de atividade desafiadora, devido à forte regulamentação que sofre por parte da agência reguladora, destacando a cobertura de novos procedimentos a cada dois anos, sem previsão de riscos como um dos fatores que contribuem para determinantes nessa atividade. Relata que não tem como mensurar o impacto que a ANS causa nas operadoras,

pois não há limitação no grau de interferência sendo que a mesma estabelece regulamentação para todas as áreas dos planos de saúde.

A visão da gestão sobre a RN 358 é definida como um ponto ainda em discussão e de muita polêmica entre os envolvidos, uma vez que a Constituição Federal define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, contudo é dever da operadora prestar atendimento ao seu beneficiário ativo e regular. Um ponto negativo é o prazo concedido para impugnação que é muito curto, não sendo ideal para efetuar o levantamento de documentação comprobatória, onde a operadora não teria obrigatoriedade de cobertura, cita como exemplo os casos de beneficiários que encontram-se em período de carência.

4.4 PRÁTICAS E MÉTODOS APLICADOS PELA GESTÃO OPERADORA

A atual gestão está realizando um planejamento estratégico para o período de 2017 – 2020 com análise SWOT, agrupando forças e oportunidades, cruzando as informações com as fraquezas e ameaças gerando vários projetos para cada demanda levantada, sendo uma ferramenta no processo decisório. Simioni *et al* (2010) ressalta a importância do planejamento estratégico para as organizações pretendem gerenciar o futuro, conhecendo suas capacidades e seus potenciais e Drucker (1998), complementa definindo como sendo o planejamento a primeira operação básica para o administrador fixar objetivos.

Segundo o gestor, por se tratar de um plano de autogestão, as decisões do plano têm a participação dos próprios beneficiários, representados pelo conselho de administração eleito em processo democrático, todos os atores possuem um papel fundamental em toda a negociação e ajustes do plano, garantindo assim a sustentabilidade e o equilíbrio financeiro. O controle das atividades que, conforme Moreira (1998) define ser essencial para que o planejamento seja cumprido, na organização estudada se dá através de um sistema verticalizado, organizado e integrado entre a diretoria e demais departamentos.

O entrevistado ressalta que o controle sobre uso de serviços prestados é vedado por lei, não tendo um limite financeiro na utilização, o setor de auditoria médica trabalha para garantir ao beneficiário um bom atendimento sem perder a linha de utilização racional, enquanto o controle da atividade se dá através de análise de dados, indicadores e estatísticas, conforme relata Faria (1995) não existe empresa ou instituição que exista sem um sistema de controle, que se torna imprescindível controlar e acompanhar a execução do projeto.

O gestor explica que no processo de organizar, que Maximiano (2000) define como uma função da administração que agrupa recursos produtivos coerentes com o planejamento, a empresa tem buscado se profissionalizar com a capacitação dos colaboradores e adequação dos recursos disponíveis, estando atenta às mudanças que vêm ocorrendo no mercado de saúde no Brasil, buscando compreender essas mudanças já postas em todos os setores que atuam nesse segmento, reafirmando a necessidade de uma gestão proativa e inovadora para a qual Reis (2004) afirma ser necessário buscar conhecimentos técnicos e capacidade de liderança em organizações que se encontram em um cenário instável.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho identificou as ações que são tomadas pela operadora frente a regulamentação da ANS – RN 358. Apresentou as principais ações tomadas pela gestão de uma empresa de autogestão no mercado de saúde suplementar, apresentando práticas e métodos utilizados para se manter em equilíbrio no mercado, reafirmando a importância da utilização de cada função da administração desde o planejamento, organização, direção e controle, bem como a percepção do gestor sobre a ANS e a normativa 358.

Por meio de um questionário respondido pelo gestor da operadora foi apresentada a forma de planejamento utilizada que aplica a análise SWOT, auxiliando na definição dos objetivos a serem atingidos, porém as decisões de impacto imediato têm a participação dos próprios beneficiários considerando se tratar de um plano de autogestão. O controle da atividade se dá através de análise de dados, indicadores e estatísticas. Para o processo de organização e direção a empresa tem buscado se profissionalizar com capacitação dos colaboradores e adequação dos recursos disponíveis para manter o equilíbrio.

A agência reguladora de plano de assistência à saúde através de normativas padronizam diversas áreas no segmento da saúde suplementar, sendo um dos fatores que interferem diretamente na manutenção e permanência dessas empresas nesse nicho de mercado, tornando esse ramo de atividade altamente seletivo.

Estudos sobre a área de saúde suplementar envolvem diversas áreas do conhecimento, todas interligadas como direito, saúde, administração dentre outras, no entanto existe pouca divulgação sobre as garantias de serviços amparados pela a ANS e sobre determinadas regulamentações. Verificou-se que a ANS possui interferência direta na gestão dos planos de saúde, constando ser um desafio manter o equilíbrio nesse ramo de atividade, onde se faz necessária a atualização constante frente as regulamentações e a necessidade de uma gestão proativa.

O presente estudo ficou limitado pela falta dos demonstrativos de resultados de exercício da operadora em estudo, para realização de uma análise financeira do impacto causado pelo ressarcimento ao SUS. Como contribuição acadêmica foi apresentada a divulgação de uma regulamentação normativa da ANS pouco conhecida, porém salienta-se que se trata de um campo vasto para futuras pesquisas acadêmicas. Como sugestão poderia ser desenvolvida uma pesquisa sobre os principais fatores que influenciam na tomada de decisão quando uma pessoa com contrato ativo, com plano de saúde, opta pela utilização do SUS.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). Apresenta tabelas de usuários de plano de saúde, <http://www.ans.gov.br> (07 de Março de 2017).

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). Apresenta tabelas de perfil do setor, <http://www.ans.gov.br> (07 de Março de 2017).

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). Integração e Ressarcimento ao SUS, <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/integracao-e-ressarcimento-ao-sus> (05 de Novembro de 2017).

ALVES, T. E. P.; & CALVO, E. A. (2016). A autogestão e a heterogestão: abordagem de duas formas de gestão na contemporaneidade. *ETIC-Encontro de Iniciação Científica-issn 21-76-8498*, v. 12, n. 12 .

ALVES, D. C.; UGÁ, M. A. D.; & PORTELA, M. C. (2016). Health promotion, disease prevention, and health service use: evaluation of the actions of a Brazilian private health plan operator. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 153-161.

ALBUQUERQUE, C. et al (2007). A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. Rio de Janeiro, p.1423-1424, 2007.

BAHIA, L.; & VIANA, A. L.. Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar, v. 1 (BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar), p. 9-18, Rio de Janeiro.

BRASIL, Ministério da Saúde, www.portalms.saude.gov.br/noticia/agencia-saude42226 (06 de Janeiro de 2018).

- BECK, C. V. . (2016). Do dever do estado à saúde pública ao repasse de sua responsabilidade à saúde suplementar, Trabalho de conclusão de curso. Universidade de Ijuí, Ijuí, RS, Brasil.
- CORÁ, C. E.. (2004). Desenvolvimento de um sistema para gestão de custos indiretos em empresas de serviços de saúde suplementar: o caso de uma operadora de planos de saúde. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- CORRÊA, H. L.; & CAON, M.. (2009). Gestão de Serviços. 1.ed. São Paulo: Atlas.
- COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; & KARSCH, U. S.. (2006). A saúde como direito e como serviço. 4. Ed. São Paulo: Cortez.
- DAROS, R. F. et al. (2016). A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 525-547.
- DRUCKER, P. F. (1998). Profissão de administrador. Cengage Learning Editores.
- DUSSAULT, G. (1992). A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, v. 26, n. 2, p. 8-19.
- FERNANDES, R. B. T.. (2015). O Sistema de Gestão do Ressarcimento ao SUS: análise de seu desempenho no período 2011-2014. Dissertação de mestrado, Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- FARIA; J. H.. (2003). Economia Política do Poder: Os fundamentos da Teoria Crítica nos Estudos Organizacionais. *Revista UniBrasil*, <http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosnegocios/index.php/negocios/article/view/1/1> (09 de Fevereiro de 2018).
- GIL, A. C.. (2002). Como classificar as pesquisas: Como elaborar projetos de pesquisa, v. 4, p. 44-45.
- GODOY, A. S.. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de empresas*, v. 35, n. 3, p. 20-29.
- REIS, V. P.. (2004). Gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 22, n. 1, p. 7-17.
- Resolução normativa 358. Acesso em 08 Agosto 2017. Disponível em http://www.lex.com.br/legis_26235256.
- Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Lei da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Acesso em 08 de Agosto de 2017. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.
- Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Acesso em 25 de Junho de 2017. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- LIMA, M. A. M.; & MENDES, J.P. F.. (2003). Inovação na gestão organizacional e tecnológica: conceitos, evolução histórica e implicações para as micros, pequenas e médias empresas no Brasil. *Revista Produção Online*, v. 3, n. 2.
- MACERA, A. P.; & SAINTIVE, M. B.. (2004). O mercado de saúde suplementar no Brasil. Documento de trabalho, n. 31.
- MALTA, D. C.; & JORGE, A. O.. (2008). Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5.
- MAXIMIANO, A. C. A.. (2000). Introdução à Administração. São Paulo. Editora Atlas.
- MOREIRA, D. A.. (1998). Produção e Operações. São Paulo: Pioneira.
- MOTTA, P. R.. (1980). Autogestão: a experiência empresarial iugoslava. *Revista de Administração Pública*, v. 14, n. 1, p. 7.

OUVERNEY, A. M.; & NORONHA, J. C.. (2013). Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. Fundação Oswaldo Cruz, p. 143-182. Rio de Janeiro.

PIOLA, S. F.; & VIANNA, S. M.. (1995). Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde, <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3036> (08 de Fevereiro de 2018).

PÓ, M. V.. (2004). A accountability no modelo regulatório brasileiro: gênese e indefinições (os casos da ANATEL e ANS). Tese de doutorado, Fundação Getúlio Vargas, cidade, estado, Brasil.

QUEIROZ; T. F.. (2015). Ressarcimento ao sus: análise do repasse das operadoras de planos de saúde no período de 2001 a 2012. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

ROSA, T. C.; & FILHO, J. R. Farias. (2014). Gestão Dos Planos De Saúde Na Modalidade De Autogestão. Trabalho apresentado no X congresso nacional de excelência em gestão, http://www.inovarse.org/sites/default/files/T14_0234_14.pdf (08 de Fevereiro De 2018).

SANCOVSCHI, M. et al. (2014). Análise das intervenções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através dos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). *Contabilidade, Gestão e Governança*, v. 17, n. 2.

SATO, F. R. L.. (2007). A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 41, n. 1, p. 49-62.

SIMIONI, F. J.; SIQUEIRA, E. S.; & BINOTTO, E.. (2010). Planejamento estratégico e a saúde pública: um estudo do programa saúde da família. XXX encontro de engenharia de produção, São Paulo.

VERARDO, L.. (2003). Economia solidária e autogestão. *Revista proposta*, ano v. 30, p. 56-61, <http://base.socioeco.org/docs/luigiverardo98.pdf> (08 de Fevereiro de 2018).

TANAKA, O. Y.; & TAMAKI, E. M.. (2012). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 821-828.

VIEIRA, F. S. (2009). Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. Supl.1, p. 1565-1577.