

UNIVERSIDADE PAULISTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**INFLUÊNCIA DOS ATORES NA DEFINIÇÃO DAS LÓGICAS
INSTITUCIONAIS: A CONFIGURAÇÃO DAS DESPESAS
NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP, para obtenção do título de Mestre em Administração.

LIA DA GRAÇA

São Paulo
2018

UNIVERSIDADE PAULISTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

INFLUÊNCIA DOS ATORES NA DEFINIÇÃO DAS LÓGICAS
INSTITUCIONAIS: A CONFIGURAÇÃO DAS DESPESAS
NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP, para obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Redes Organizacionais.

Linha de Pesquisa: Abordagens Sociais nas Redes.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum.

LIA DA GRAÇA

São Paulo

2018

Graça, Lia da.

Influência dos atores na definição das lógicas institucionais: a configuração das despesas na saúde suplementar brasileira / Lia da Graça. - 2018.

127 f. : il. color + CD-ROM.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista, São Paulo, 2018.

Área de concentração: Redes Organizacionais.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum.

1. Lógica institucional. 2. Institucionalismo. 3. Saúde suplementar.
4. Despesas em saúde. I. Ryngelblum, Arnaldo Luiz (orientador).
- II. Título.

LIA DA GRAÇA

**INFLUÊNCIA DOS ATORES NA DEFINIÇÃO DAS LÓGICAS
INSTITUCIONAIS: A CONFIGURAÇÃO DAS DESPESAS
NA SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP, para obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

____/____/____
Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum
Universidade Paulista – UNIP

____/____/____
Prof. Dr. Ernesto Michelangelo Giglio
Universidade Paulista – UNIP

____/____/____
Prof.^a Dr.^a Mayla Cristina Costa
Universidade Federal do Paraná – UFPR

DEDICATÓRIA

Dedicado a meu filho, David.

Dedicado a meus pais, Paulo (*in memoriam*) e Rosa, beneméritos da psiquiatria infantil de crianças débeis mentais irrecuperáveis, sem locomoção e sem condições financeiras da Casa da Criança Betinho da Vila Formosa, São Paulo.

Dedicado a todos que necessitam de assistência à saúde física e mental.

AGRADECIMENTOS

Agradeço pela oportunidade concedida, primeiramente, ao Eterno, cuja Destra sustentou-me durante todo o caminho percorrido nessa dissertação.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Arnaldo L. Ryngelblum, por aceitar, de boa vontade, uma pesquisa tão complexa. Seus direcionamentos tornaram a trajetória proveitosa e segura, e sua generosidade permitiu-me participar de suas pesquisas na FAPESP, de modo que eu pudesse concluir este meu trabalho.

Minha gratidão também aos mestres das bancas, Prof. Dr. Ernesto M. Giglio, Prof^a. Dra. Kadigia Faccin e Prof^a Dra. Mayla Costa, responsáveis pelo enriquecimento e direcionamento proveitoso do trabalho. Agradeço ao Prof. Dr. Flávio Macau, que, junto ao meu orientador, auxiliou-me da maneira mais cavalheiresca possível. Estendo minha gratidão aos mestres Pedro, Contador, Telles, Silvia, Márcio e Bazzanini, pelo espírito científico, cortesia e honestidade intelectual. Às mestras do programa Cristina Espinheira e Marcia Scarpin, muito obrigada por me transmitirem conceitos metodológicos importantes, de maneira tão precisa e acessível.

Sou muito grata a todos os professores que já tive, em especial, aos meus mestres da FGV e ao meu instrutor de ciência política Luiz Philippe de Orléans e Bragança.

Agradeço a empatia dos funcionários da UNIP Aline Nascimento, Bruno da Hora, James Santos e Vera Maia, valorosos espíritos prestativos, os quais tornaram a carga burocrática e operacional bem mais leve.

Meu agradecimento de coração a todos os entrevistados da pesquisa, profissionais de larga experiência, que se ausentaram de suas elevadas posições, para contribuir com este estudo de forma tão atenciosa e interessada.

Agradeço àquelas pessoas especiais do meu caminho de vida, que suavizaram a aspereza do percurso: Audrey Markutis, Adriana Sá, André De Falco, Eduardo Blatt, Fernando Gonçalves, Nadav, Anacleto Rodrigues, Clê Bechelani, Mel Roschini, David Shalita, Shmuel, Elad, Sami e Dalton Kotvan; e ao quinteto: Marina

Martinho minha amiga de tenra infância, Tuani do Mozarteum, David Pinaffo, Mario Costa e Israel Silva.

Agradeço aos meus anjos da guarda, alguns aqui, outros, do outro lado: Aaron, Betinho, Jerônimo, Francisco, Dany, Ian Mecler, Noemi Santos, Jacque e Gilberto Venturas.

Agradeço a todos meus irmãos, Paulo, Rosa, Wagner (*in memoriam*), Fábio e Sheila, ao meu filho pela virtude do bom humor, às sobrinhas Marina e Isabel, que todos sigam tendo bom ânimo no estudo; e aos familiares que colaboraram comigo, em especial, meus pais.

Por fim, agradeço pelos empecilhos e entraves impostos ao trabalho, que impulsionaram a busca por soluções e respostas.

A todos, obrigadíssima.

“From all this we may learn that there are two races of men in this world, but only these two - the ‘race’ of the decent man and the ‘race’ of the indecent man. Both are found everywhere; they penetrate all groups of society. No group consists entirely of decent or indecent people”.

Viktor Frankl

RESUMO

As despesas das seguradoras e operadoras do setor de saúde privada do Brasil tiveram elevado crescimento, fenômeno para o qual seus participantes apresentam várias explicações, configurando diferentes pontos de vista. Sabendo-se que os recursos financeiros destinados aos tratamentos das doenças são finitos, coloca-se, como problema, conhecer as causas desse aumento com as despesas assistenciais. Por meio da abordagem institucional, este projeto pesquisou como os atores do campo da saúde suplementar influenciam na configuração das despesas assistenciais, quais variáveis interferem nela, e que modelo do institucionalismo melhor define suas participações dentro do campo. A pesquisa é do tipo descritivo-explicativa, focada nas discussões pertinentes ao campo. A coleta de dados foi feita por meio de pesquisa documental, banco de dados da agência de saúde suplementar e associações correlatas, revisão bibliográfica do campo de saúde, material de fóruns e seminários, bem como entrevistas com roteiro semi-estruturado. Os resultados mostraram que os participantes do campo desconhecem o detalhamento das despesas por tipos de procedimentos. Todos apresentaram críticas distintas sobre os excessos de exames e procedimentos provocados pelo modelo de remuneração vigente. Tendo examinado a estrutura do campo, analisado os resultados e comparado os modelos de resolução de competição de lógicas competitivas, entendemos que o campo define-se, principalmente, pela coexistência alternada. O modelo de constelações de lógicas explica os protagonismos pontuais dos atores, conforme seu raio de atuação dentro do campo. A contribuição teórica é de esclarecer até que ponto e por qual forma os participantes influem na determinação das despesas de saúde e apontar o modelo que melhor explica a dinâmica interna do campo dentro da ótica institucionalista. A enumeração dos principais fatores de aumento de despesas assistenciais, trazendo o diagnóstico do problema para uma potencial resolução, consiste na contribuição gerencial do estudo. Partindo dos resultados e das limitações verificadas, segue uma proposição de temas pertinentes e correlacionados a essa pesquisa.

Palavras-chave: Lógica institucional. Institucionalismo. Saúde suplementar. Despesas em saúde.

ABSTRACT

The expenses of private health insurers and operators in Brazil had high growth, a phenomenon for which its participants present various explanations, setting different points of view. Knowing that the financial resources destined to the treatments of the diseases are finite, it is posed, as a problem, to know the causes of this increase with the assistance expenses. Through the institutional approach, this project investigated how the actors in the supplementary health field influence the configuration of care expenses, which variables interfere with it, and which institutional model best defines their participation in the field. The research is descriptive-explanatory, focused on discussions pertinent to the field. Data collection was done through documentary research, database of the supplementary health agency and related associations, bibliographical review of the health field, material from forums and seminars, as well as interviews with semi-structured script. The results showed that the participants in the field are not aware of the detail of expenses by type of procedures. All of them presented different criticisms about the excesses of examinations and procedures provoked by the current remuneration model. Having examined the structure of the field, analyzed the results and compared the competitive resolution models of competitive logics, we understand that the field is mainly defined by alternate coexistence. The model of constellations of logics explains the actors' specific protagonism, according to their radius of action within the field. The theoretical contribution is to clarify to what extent and in what way the participants influence the determination of health expenses and point out the model that best explains the internal dynamics of the field within the institutionalist perspective. The enumeration of the main factors of increase of care expenses, bringing the diagnosis of the problem to a potential resolution, consists of the managerial contribution of the study. Based on the results and limitations found, it follows a proposition of pertinent themes and correlated to this research.

Keywords: Institutional logic. Institutionalism. Supplementary health care. Expenditure on health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Comparativo de reajustes ANS/VCMH/IPCA.....	20
Gráfico 2 – Receitas de contraprestações x despesas assistenciais	51
Gráfico 3 – Número de Beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar	52

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – Esquema de tratamento para rinossinusite crônica em adultos	17
Figura 2 – Campo de Saúde Suplementar	96
Tabela 1 – Variáveis do campo que afetam despesas, segundo a Fenasaúde (2018).....	46
Tabela 2 – Dados Consolidados do Setor	52
Tabela 3 – Margem de lucro operacional do setor de saúde suplementar	53
Tabela 4 – Representatividade da Amostra Pesquisada.....	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Questão de Pesquisa	19
1.2 Objetivo Geral	19
1.3 Objetivos Específicos	19
1.4 Justificativa de pesquisa.....	19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
2.1 Lógicas Institucionais	22
2.2 Multiplicidade de lógicas.....	24
2.3 Resolução de conflitos de lógicas	26
3 METODOLOGIA	36
3.1 Estratégia de pesquisa	36
3.2 Protocolo de Pesquisa	37
3.2.1 Recorte temporal na pesquisa	37
3.3 Seleção dos respondentes do campo	37
3.4 Coleta de Dados.....	38
3.5 Análise dos dados	38
4 RESULTADOS	42
4.1 Pesquisa nas bases de dados.....	42
4.2 Pesquisa documental	45
4.3 Entrevistas realizadas	54
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS.....	113
ANEXOS	126

1 INTRODUÇÃO

O crescimento das despesas com a saúde tornou-se uma preocupação para famílias, empresas e governo. No Brasil, na década de 2007 a 2016, as despesas assistenciais de saúde suplementar aumentaram, de R\$ 41 bilhões para R\$ 137 bilhões, em dados públicos (ANS, 2018), chegando a R\$149 bilhões em 2017, o que representa o mesmo valor do Produto Interno Bruto de um país como a Lituânia ou a Eslovênia (FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL, 2016). Dados levantados pela Federação Nacional de Saúde Suplementar apontam aumento de 80% no custo médio de internação entre 2011 e 2017 (VALOR ECONÔMICO, 2018).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) também reportou reclamações empresariais sobre o aumento das despesas com assistência (ANS, 2017). As operadoras queixam-se dos custos dos tratamentos (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2015). Adicionalmente, segundo o Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), as despesas assistenciais das operadoras têm sofrido o impacto da recessão econômica vivida pelo país desde 2014, o que fez muitos beneficiários perderem seus planos de saúde (IESS, 2018).

É preciso reconhecer que os recursos financeiros para a saúde pública ou suplementar são limitados. À parte disso, tratar com excelência um doente não significa, necessariamente, usar mais recursos financeiros e tecnológicos (REBELO et al., 2007).

Os participantes do setor de saúde suplementar apontam motivos distintos para o aumento de despesas, configurando diferentes pontos de vista. Os institutos de defesa do consumidor tornaram-se importantes na interlocução com a ANS. Em 2012, após os recordes de reclamações de beneficiários, passaram a coletar e a divulgar estatísticas sobre as operadoras de saúde (YAZBEK, 2014). Negativas de cobertura e falta de informações sobre detalhes contratuais também causaram reclamações por parte dos usuários (MELLO, 2018).

A multiplicidade de lógicas que permeia a sociedade constitui um campo interinstitucional (FRIEDLAND; ALFORD, 1991), no qual podem ocorrer contradições e conflitos. As lógicas institucionais são padrões históricos de práticas, pressupostos, valores, crenças e regras que orientam tanto o comportamento dos atores no desenvolvimento das atividades inseridas em um campo institucional, quanto o comportamento econômico socialmente aceitável (THORNTON et al.,

2012). Para Greenwood et al. (2011), as organizações convivem com múltiplas lógicas, que podem ser incompatíveis e entrar em conflito, gerando desafios e tensões para as organizações.

A multiplicidade de lógicas, também denominada complexidade institucional, surge em virtude das diferentes pressões e influências sofridas pelas organizações que incorporam elementos de diferentes lógicas institucionais, estando os atores dos campos sujeitos a várias lógicas (BATTILANA; DORADO, 2010). De acordo com Milman e Scott (2010), o campo organizacional consiste no espaço em que diferentes organizações envolvem-se em um esforço mútuo, para desenvolver entendimentos coletivos, ainda que os campos sejam diferenciados e constituídos por lógicas diversas.

Os estudos institucionais entendem de diferentes maneiras como a lógica de determinado ator prevalece sobre as outras, quando há conflitos e disputas entre elas (THORNTON, OCASIO, 2008). Os atores são orientados por múltiplas lógicas concorrentes, que influenciam o campo de saúde suplementar, seja buscando impor sua lógica aos demais participantes, seja exercendo pressão em relação à regulação do setor (FERREIRA, 2018).

A pesquisa procura identificar, no campo da saúde suplementar no Brasil, como as lógicas institucionais influenciam as despesas assistenciais em saúde suplementar, e que despesas se encontram associadas a eles. O estudo será feito a partir do fenômeno de aumento de despesas da saúde suplementar, em uma construção gradativa, observando-se as práticas, valores, regras, práticas e estruturas relacionadas às lógicas institucionais dos atores presentes no campo.

O trabalho baseia-se em pesquisa documental e entrevistas com atores diretamente envolvidos com as despesas de saúde do campo de pesquisa. Assim sendo, não há levantamento de pressupostos. A pesquisa considera a ótica do institucionalismo como ferramenta de análise dos atores que coexistem no campo da saúde suplementar no Brasil, destacando seus papéis na definição de despesas assistenciais de saúde suplementar.

A rede de saúde suplementar compreende a interligação de vários atores, do profissional liberal, aos agentes estatais responsáveis pela regulamentação nacional. A Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão regulador criado em 28/01/2000, pela Lei Federal nº 9.961/2000, assegura que a assistência suplementar siga normas e seja fiscalizada por um órgão estatal. Assim, a ANS fiscaliza e regula

o atendimento na saúde suplementar de 47,3 milhões de beneficiários dos planos de assistência médica (24,5% da população brasileira) oferecidos por 923 operadoras de planos de saúde ativas e com beneficiários (ANS, 2018).

A autarquia ANS considera como despesa assistencial a soma dos gastos referentes à prestação direta dos serviços de assistência à saúde informados pelas operadoras. A agência tem poder para determinar o rol de procedimentos assistenciais que as operadoras de saúde estão autorizadas a praticar; delimitar barreiras para a saída ou entrada de operadoras no mercado; ampliar ou reduzir as coberturas assistenciais contratuais; controlar os reajustes dos planos de saúde; induzir a práticas de promoção da saúde e qualificação do setor; controlar a possibilidade da portabilidade de carências; monitorar a qualidade da assistência prestada; autorizar renúncia fiscal e a existência de políticas de descontos e fiscalizar a adoção de mecanismos de regulação assistencial por parte das operadoras de planos de saúde (SALVATORI; VENTURA, 2012).

As despesas variam conforme os tratamentos e procedimentos indicados pelos médicos. Em uma enfermidade determinada, estão atrelados aos custos de vários provedores, medicamentos novos, inovações tecnológicas que o tratamento pode envolver, além de terapias, (REVISTA BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2006). Portanto, as despesas oscilam de uma forma que dificulta qualquer previsão, pois a medicina pode ser considerada parte integrante da prática de ciência aplicada (SAUNDERS, 2000); nem a evidência de ensaios controlados randomizados nem os métodos observáveis podem ditar qual será a ação (diagnóstico e condução do tratamento) em uma dada circunstância particular. Apesar de o médico ter autonomia na indicação, na saúde suplementar, há um rol de procedimentos e de restrições burocráticas impostas pelas operadoras a seus médicos e provedores. O rol de procedimentos é uma lista com enfermidades e procedimentos que as operadoras de planos de saúde são obrigadas a tratar, independentemente do tipo de plano contratado (IESS, 2018).

Os planos de saúde definem o custo médico-hospitalar pelas despesas *per capita* de um grupo de beneficiários de planos de saúde durante um determinado período. O cálculo é feito por uma instituição privada: o Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS). O índice de variação dos custos médicos e hospitalares (VCMH) do IESS, único índice do setor disponibilizado ao público, é calculado, há mais de dez anos, com base em uma amostra de aproximadamente 10% do total de

beneficiários de planos individuais e familiares de todas as regiões do país (IESS, 2018). No total de custos médico e hospitalares, somam-se todos valores de medicamentos, insumos, materiais, atuação do profissional, aluguel de sala hospitalar. As despesas assistenciais são os totais pagos pelas operadoras e seguradoras de planos de saúde aos prestadores de serviços, no tratamento dos beneficiários do sistema.

Diferentemente dos índices de variações de preços como IPCA, a variação do custo médico-hospitalar (VCMH) resulta de uma combinação entre a frequência de utilização, por parte dos beneficiários e a variação de preço, por parte dos prestadores (IESS, 2018). A metodologia usada é uma amostra de 10% do total de contraprestações, despesas com internações, consultas, terapias e exames feitos por beneficiários de planos individuais (antigos e novos), distribuídos em todas as regiões do país, entre dois períodos consecutivos de 12 meses.

O índice Variação do Custo Médico-hospitalar (VCMH) permite conhecer a variação do custo médico-hospitalar dos planos de saúde para um grupo de beneficiários entre dois períodos determinados e consecutivos. Portanto, não mostra o valor de um tratamento completo por tipos de enfermidades. O IESS é um instituto de estudos independentes, técnicos e direcionadores de políticas de saúde suplementar, patrocinado por operadoras e seguradoras do sistema, cujos nomes não são divulgados pela sua assessoria de imprensa.

Para exemplificar a complexidade da distribuição das despesas em saúde, tomemos um problema bastante comum e frequente no Brasil: a ocorrência de sinusite. De acordo com a Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia (2008), essa doença, caracterizada pela inflamação da mucosa do nariz e dos seios paranasais, constitui uma das afecções mais frequentes das vias aéreas superiores. Sua elevada incidência (5,51%) representa um custo financeiro para a sociedade (PILAN, 2014), com cerca de 500.000 indivíduos apenas na cidade de São Paulo (REVISTA BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, 2006). Um paciente com rinossinusite crônica pode representar um custo anual entre US\$ 200 e US\$ 6.000 (BRAZILIAN GUIDELINES ON RHINOSINUSITIS, 2008), além dos custos indiretos, como diminuição da produtividade no trabalho e absenteísmo (PILAN, 2014). O tratamento pode demandar um grande número de profissionais associados aos otorrinolaringologistas, médicos generalistas que trabalham na atenção primária,

como pediatras, pneumologistas e alergologistas. Na Europa, a incidência aumenta, chegando a 10,9% (BEULE, 2015), o que ressalta seu impacto econômico.

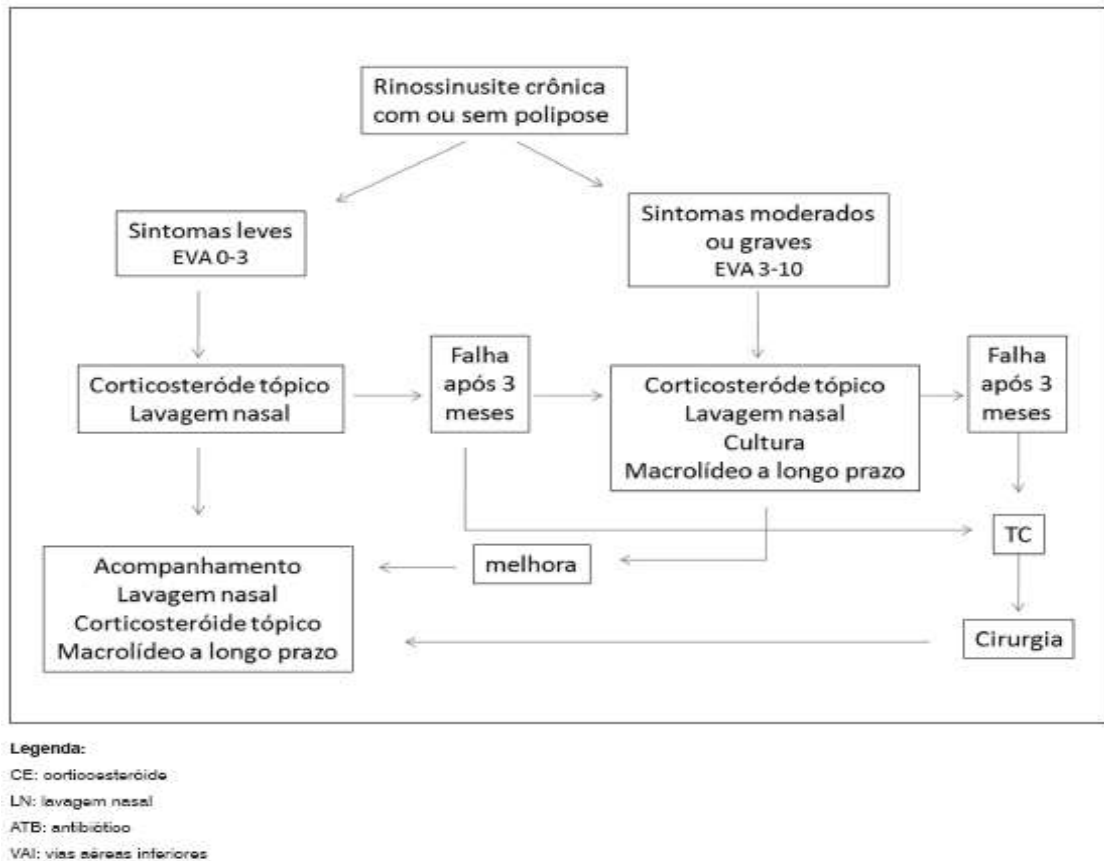
O relatório *Brazilian Guidelines on Rhinosinusitis* (2008), da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia, cita um estudo norte-americano de 2003, no qual foi determinado o impacto econômico direto e indireto da rinossinusite em trabalhadores. A análise dos sintomas, medicamentos e abstenções no trabalho levou à seguinte observação: “[...] *medical resource costs were 921 dollars per patient-year. CRS caused an average of 4.8 days of missed work per 12-month period. The overall yearly economic cost of CRS was 1,539 dollars per patient*” (BHATTACHARYYA, 2003, p. 1). Concluiu-se, ainda, que a cada ano, 32 milhões de trabalhadores norte-americanos são afetados, gerando despesas equivalentes a US\$ 47 bilhões, que provocam queda de rendimento na economia. A maioria dos dados disponíveis sobre esse tema retrata a realidade americana e europeia. Há, portanto, uma lacuna de pesquisas e informações mais detalhadas sobre o assunto na América Latina (BRAZILIAN GUIDELINES ON RHINOSINUSITIS, 2008).

Considerando as complicações e a queda na qualidade de vida, em médio e em longo prazo, as consequências da ocorrência de sinusite podem ser desastrosas para os pacientes (II CONSENSO BRASILEIRO SOBRE RINITES, 2006). Na tentativa de solucionar essas complicações, eles buscam tratamentos que dependem do primeiro diagnóstico de gravidade em seis graus: da sinusite aguda à complicada, além da crônica e da recorrente (BRAZILIAN GUIDELINES ON RHINOSINUSITIS, 2008). Os diagnósticos e tratamentos podem ser simples, como é o caso da assepsia, da rinoscopia; da endoscopia nasal e dos exames de imagem simples, como os raios-X. No entanto, podem também ser complexos, como as tomografias e ressonâncias; os testes específicos e os exames laboratoriais, importantes para o diagnóstico e para o acompanhamento da resposta aos tratamentos empregados ou até mesmo chegar a tratamentos cirúrgicos, sem padrão específico (II CONSENSO BRASILEIRO SOBRE RINITES, 2006). Em todos os casos, o tratamento clínico indica alternativas que incluem um rol de medicamentos.

Dependendo dos critérios e das indicações médicas, o pós-operatório pode envolver acompanhamento. O número de tratamentos possíveis é grande, devido às várias causas que desencadeiam muitos tipos de sinusites: desde a infecciosa até

as variações anatômicas estruturais (II CONSENSO BRASILEIRO SOBRE RINITES, 2006).

Figura 1 – Esquema de tratamento para rinossinusite crônica em adultos



Fonte: Revista Brasileira de Otorrinolaringologia (2006).

Para cada tipo de diagnósticos, há medicamentos distintos, além de dez tipos de cirurgias. Os cuidados pós-operatórios também fazem parte do tratamento. Os problemas de complexidade não aparecem apenas ao longo do tratamento, mas já na fase de diagnóstico.

O presidente da ANS, Leandro Fonseca, foi recentemente diagnosticado com sinusite. O médico responsável pelo atendimento solicitou um exame de tomografia computadorizada, a fim de checar a extensão da enfermidade, mas Fonseca recusou a prescrição e retrucou: “O senhor pode me passar um pedido de raios X? Esse é o protocolo, não?” (VALOR ECONÔMICO, 2018). O presidente da ANS estava ciente dos protocolos e das despesas resultantes de pedidos de exames, mas isso não acontece, de maneira geral, com os beneficiários ou prestadores de serviços da cadeia de saúde suplementar.

Uma doença relativamente comum, como a sinusite, exemplifica os problemas, procedimentos, recursos e materiais da área médica que podem compor as despesas em saúde, os quais são somados pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014) como de US\$ 1.318 por habitante, considerando os mais recentes dados de 2014 e uma população de 207,8 milhões de habitantes. Tendo em conta apenas as recomendações do Consenso Brasileiro sobre Rinites (2006), não há uma indicação de procedimento privilegiada, mas várias possibilidades.

Pode-se supor que existam divergências entre os próprios médicos sobre como proceder em cada caso. Evidentemente, cada escolha resulta em uma estrutura distinta de custos. As alternativas de tratamento podem variar desde o controle do ambiente (quarto de dormir ventilado e ensolarado, lavagem frequente de roupas e cobertores, abstenção de fumo), que não envolve despesa com tratamento médico até medidas farmacológicas. Nesse segundo estágio, há indicação de medicamentos anti-histamínicos e descongestionantes, o que envolve indicação médica, distribuição do produto por parte da indústria e aquisição do produto por parte do beneficiário.

A rinite emocional (*stress*, gravidez) pode envolver gastos pontuais ou em longo prazo, com terapia e consultas a psicólogos e psiquiatras, além de aquisição de medicamentos. Para além dos medicamentos e do profissional médico, o tratamento cirúrgico envolve internação e hospitais, acarretando maiores despesas, com envolvimento de vários atores para a prestação do serviço de internação, que pode incluir fornecimento de serviços e produtos por parte da indústria.

Além das indicações médicas, há as restrições burocráticas definidas no plano contratado pelo beneficiário, bem como as restrições feitas por parte da ANS, dos auditores das operadoras de planos de saúde e da indústria devido à disponibilidade de equipamentos e de medicamentos no mercado.

Essas posições dos atores no campo mostram que pode ocorrer divergência quanto aos procedimentos a serem adotados, com consequências para os valores agregados de despesas assistenciais, raciocínio que pode estender-se para o setor como um todo.

1.1 Questão de Pesquisa

Nesse contexto, apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: como as ações dos atores envolvidos no setor de saúde suplementar interferem no atual estado de configuração das despesas em saúde suplementar no Brasil?

1.2 Objetivo Geral

As múltiplas lógicas atuantes competem, para definir as várias características do no campo da saúde suplementar, dentre elas, as regras de atuação, as estruturas de autoridade, as identidades e as práticas. O objetivo geral é analisar a atuação dos atores do campo, por meio do exame de sua influência na configuração atual dos gastos nessa área.

1.3 Objetivos Específicos

Constitui-se em objetivos específicos deste trabalho:

- a) Apresentar, por meio da ótica institucionalista, a maneira pela qual os atores do campo de saúde suplementar no Brasil relacionam-se;
- b) Apresentar os fatores que aumentam as despesas assistenciais na saúde suplementar no Brasil;
- c) Prover um diagnóstico dos desafios e problemas enfrentados pelos atores deste campo, com o propósito de controlar e reduzir as despesas assistenciais no Brasil.

1.4 Justificativa de pesquisa

O estudo justifica-se pela vasta gama de problemas da saúde suplementar reportados pela mídia e pela imprensa especializada. Prescinde, portanto, de conhecimento e aprofundamento, de modo que a academia pode contribuir, apontando diagnósticos e caminhos para soluções.

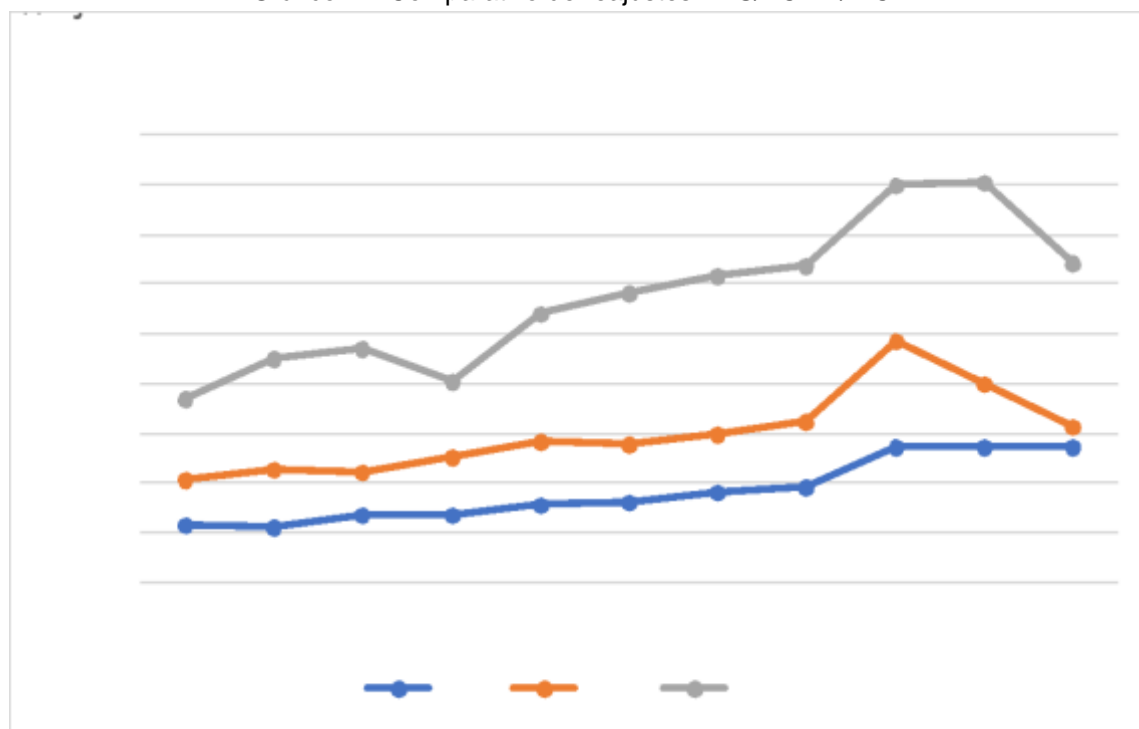
O diretor executivo da Fenasaúde e ex-ministro da Previdência Social na gestão Fernando Henrique Cardoso, José Cechin, deixou sua impressão sobre a saúde suplementar no Valor Econômico, durante um debate promovido na sede

desse jornal: “Eu achava que a Previdência era complexa, mas a saúde é mil vezes mais. Nós vimos aqui” (VALOR ECONÔMICO, 2018).

Nas bases de dados consultadas Scielo, CAPES Periódicos e Web of Science, a produção da saúde sob a abordagem institucionalista é muito pequena, especialmente no Brasil.

Com relação às despesas em saúde, há a questão já relatada da elevação contínua. Segundo o IESS, o Brasil tem uma das dez maiores VCMH do mundo (IESS, 2018). A Fundação Getúlio Vargas divulgou que, repetidamente, em relação a 2015, os reajustes de planos de saúde ficaram acima da inflação oficial calculada pelo IBGE (TOMAZELLI, 2016).

Gráfico 1 – Comparativo de reajustes ANS/VCMH/IPCA



Fonte: IESS (2018).

Adicionalmente, o IESS (2018) divulgou um aumento recorde do índice VCMH de 16,9% para o período de 12 meses, encerrado em março de 2018. A VCMH manteve-se superior à variação da inflação geral (IPCA), que foi de 2,7% para o mesmo período. Entre dezembro de 2017 e março de 2018, a VCMH/IESS apresentou tendência de crescimento, passando de 16,5% para 16,9%. Em março de 2017, o índice foi de 19,4%.

Chama a atenção a importância de monitorar a sustentabilidade do setor para a economia do país, uma vez que a área de saúde suplementar mantém 3,5 milhões de empregos diretos e indiretos, representa 8,1% da força de trabalho empregada no Brasil e gera 9,5% do PIB (IESS, 2018).

De acordo com a base de dados do IESS (2018), o setor possui 121 mil estabelecimentos ambulatoriais (e comparativamente 76 mil do SUS), 2.348 estabelecimentos para internação (contra 5.795 mil do SUS) e 2 mil locais de emergência médica (para 10 mil do SUS).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para Friedland e Alford (1991), as principais instituições da sociedade restringem os meios e os fins tanto do comportamento individual, quanto do comportamento das organizações e da sociedade. Embora limitem a ação, as instituições também podem ser moldadas pelos atores que atendem às prescrições institucionais, seja por coação, seja porque cumprem uma norma, seja, ainda, porque aceitam práticas arraigadas como símbolos.

O institucionalismo explica como as instituições surgem a partir do que os atores de um campo estabelecem como regra, prática, autoridade, estrutura e valor. Segundo Scott (2008), “as instituições abrangem elementos reguladores, normativos e culturais-cognitivos que, junto com atividades e recursos, provêm estabilidade e significado para a vida social”. Portanto, na definição institucional, esse significado é função da ação dos atores. Ao mesmo tempo, a instituição fundamentada delimita e prescreve suas ações.

A teoria institucional também analisa a mudança das organizações a partir de influências dos atores do campo institucional, motivada pela mudança ou legitimação de uma prática ou estrutura, bem como para atender as solicitações de um grupo ou da sociedade.

2.1 Lógicas Institucionais

O termo “lógicas institucionais” foi introduzido por Friedland e Alford (1985), para descrever as práticas e crenças inerentes às instituições das sociedades ocidentais modernas. Lógica são premissas sociais profundamente enraizadas e compartilhadas, que formam uma moldura para o raciocínio, fornecem critérios de legitimidade e ajudam a organizar o tempo e o espaço (FRIEDLAND; ALFORD, 1991; THORNTON; OCASIO, 2008). Segundo Thornton e Ocasio (1999), padrões históricos, premissas, valores, bem como crenças, práticas materiais, valores, crenças e regras constituem instrumentos pelos quais os indivíduos “produzem e reproduzem sua subsistência material, organizam tempo e espaço e fornecem significado à sua realidade social”. As lógicas institucionais proporcionam recursos culturais aos indivíduos, grupos e organizações, para transformar identidades individuais, organizações e sociedade.

Friedland e Alford (1991) vêem as instituições como padrões de atividade enraizados em práticas materiais e sistemas simbólicos, por meio dos quais

indivíduos e organizações produzem e reproduzem suas vidas materiais e tornam suas experiências significativas. Segundo eles, cada uma das ordens institucionais tem uma lógica central, que orienta seus princípios organizadores e fornece aos atores sociais vocabulários de motivação e de identidade. Essas práticas e símbolos encontram-se disponíveis para indivíduos, grupos e organizações, a fim de que sejam desenvolvidas, manipuladas e usadas em sua própria vantagem (FRIEDLAND; ALFORD, 1991).

Na conceitualização dos estudiosos, as lógicas originam-se de setores societários (profissões, corporações, mercado, estado, família e religiões), indivíduos e organizações que regularmente interagem com regras e crenças compartilhadas (SCOTT; MEYER, 1983; THORNTON, 2004). Assim, as profissões, como uma ordem superior de instituição social de "permanência relativa" e "distintamente social" são, muitas vezes, uma lógica institucional dominante que orienta a sociedade, organizando os atores e proporcionando-lhes vocabulários, identidades e fundamentos de ação (THORNTON, 2004).

Os proponentes das lógicas institucionais apresentam seu potencial (THORNTON; OCASIO, 2008), de explicar as inter-relações entre indivíduos, organizações, para um sistema composto por múltiplas instituições. Em outras palavras, considera que os atores estão incorporados "nas principais instituições da sociedade ocidental ou ordens sociais básicas de família, religião, estado, mercado, profissões e corporações, cada uma com sua própria lógica e racionalidades" (THORNTON; OCASIO; LOUNSBURY, 2012).

Scott (2001) define os pilares que sustentam o arranjo institucional na sociedade. O primeiro refere-se à regulação do ambiente institucional, no qual se constituem as leis, normas e regras instituídas de modo formal que direcionam os comportamentos. O segundo, ao componente cognitivo, que reflete a percepção e o entendimento das categorias sociais arraigadas. O terceiro pilar é o componente normativo, que indica as diferentes orientações informais desenvolvidas por diferentes ambientes sociais, que podem ser empresas e associações.

2.2 Multiplicidade de lógicas

O presente trabalho volta-se para a compreensão da resolução da existência de múltiplas lógicas, que podem, inclusive, opor-se (GREENWOOD et al., 2011). Assim, o constructo parte da abordagem institucional sobre a possibilidade de prevalência de determinadas lógicas institucionais sobre outras. A destinação de recursos envolve disputas e negociações entre as lógicas priorizadas pelos diferentes atores. O interesse da pesquisa é examinar como a intersecção das diferentes lógicas institucionais do campo reflete-se na configuração das despesas da saúde suplementar brasileira.

A multiplicidade de lógicas (GREENWOOD et al., 2011) pode gerar embates, uma vez que os participantes precisam decidir, a cada momento, qual delas privilegiar, ou seja, decidir que práticas, regras, valores devem seguir, já que a multiplicidade pode gerar conflitos sobre eventos do contexto.

A publicação de Greenwood et al. (2011) traz exemplos de complexidade de lógicas. Elas ocorrem sempre que os atores enfrentam prescrições incompatíveis de múltiplas lógicas institucionais. O número de lógicas existentes em disputa, entretanto, é apenas um aspecto da complexidade institucional. Esses estudos retratam como as lógicas múltiplas lutam pela supremacia, até que uma vença e torne-se a nova lógica institucional dominante por um período de tempo (HENSMANS, 2003). O foco está em um período potencialmente longo de lógicas concorrentes, nas quais os diferentes atores mantêm diferentes lógicas, sem que haja um vencedor.

Outra explicação sobre a relação entre múltiplas lógicas institucionais é a da competição entre lógicas concorrentes por um período longo de transição, quando se faz necessária uma resolução. Nesses estudos, as lógicas múltiplas são retratadas como que lutando pela supremacia até que uma vença e torne-se a nova lógica institucional dominante por um período de tempo (HOFFMAN, 1999). A diferença entre essa conceituação e a anterior está em focar um período potencialmente longo de lógicas concorrentes, durante o qual os atores continuam mantendo diferentes lógicas, já que, em algumas situações, elas são complementares, e deverá haver algum tipo de resolução entre lógicas subjacentes contraditórias (SUDDABY; GREENWOOD, 2005).

As acadêmicas Dunn e Jones (2010), que se concentraram no estudo da substituição das lógicas ao longo do tempo, dão como exemplo de lógica dominante que ocupa o lugar da anterior a substituição da lógica artesanal pela lógica industrial. Para as autoras, ambientes institucionais apresentam além das exigências conflitantes, mais fragmentação, na qual há variáveis como conflito, o que impossibilita o consenso e promove múltiplas lógicas. Ao invés da simples substituição de práticas e valores, o grupo luta para afimar seus interesses e mudar as regras que governam o campo organizacional (KOROSEC; BERMAN, 2006). Schneiberg e Clemens (2006) argumentaram que "uma heterogeneidade e a relativa incoerência dos campos é crucial para explorações empíricas da mudança institucional". Embasando essa ideia, Kraatz e Block (2008, p. 243) observam como as profissões, muitas vezes, encontram-se sujeitas a lógicas múltiplas, pois operam dentro de múltiplas esferas institucionais, estando, portanto, sujeitas a múltiplos regimes reguladores, incorporados em múltiplas ordens normativas e constituídos por mais de uma lógica cultural.

Friedland e Alford (1991), na mesma linha de Haveman e Rao (2006), Thornton e Ocasio (2012), estabeleceram um elo entre a forma institucional (e sua lógica de funcionamento) e a importância do empreendedorismo e do voluntarismo dos autores individuais, ainda que limitados pela forma de expressão de uma rede social. Indubitavelmente, o fator cultural e o funcionamento de mercado preponderaram nessa remodelação. Mais usuários, mais diferenciação, fragmentação, como contraposição ao movimento de tendência ao isomorfismo das instituições na década de 80. Não se sabe até que ponto os atores individuais de um campo podem influenciar a diferenciação no funcionamento das redes. Entretanto, listam e esclarecem os mecanismos de mudança institucional: 1) Empreendedores institucionais: têm influência estrutural institucional, pois detêm recursos para fazer as mudanças. Não há necessidade de recurso de capital nesse tipo de inovação; 2) Sobreposição estrutural: ocorre em um ambiente no qual estruturas diferenciadas foram, por obrigação contratual, obrigadas a trabalharem juntas.

No caso de uma fusão de empresas, se houver dois departamentos de recursos humanos com filosofias diferentes, um deles será absorvido, eliminado parcial ou totalmente. Em alguns casos, segundo Greenwood e Suddaby (2002), por meio da teoria MDP (prática multidisciplinar), o contato entre "empresas de elite" (que compram os competidores) e empresas de culturas periféricas diferentes, pode

ser positivo, uma vez que promove contato entre experiências e culturas diferentes, o que ajuda no processo de integração; 3) Sequência de eventos: em uma fusão, a eliminação ou integração de áreas pode influenciar eventos consequentes em cascata, de difícil previsibilidade na sua forma de influenciar a estrutura institucional. Um evento influencia outro e, em seguida, a organização, interna e posteriormente, e sua relação com instituições associadas. Não se sabe até que ponto as equipes técnicas das redes sociais que foram adquiridas por redes maiores foram integradas ou eliminadas. Mais uma questão para pesquisa empírica e 4) Competição entre lógicas institucionais, que consiste em pressões seletivas do ambiente, contestação política, movimentos sociais.

2.3 Resolução de conflitos de lógicas

Conforme Dimaggio e Powell (1983), os atores interagem em um campo organizacional, que constitui uma área reconhecida da vida institucional. No campo de saúde suplementar, eles possuem relações continuadas, definidas por leis, normas negociadas e práticas assimiladas, o que acarreta a existência de laços inter-relacionais como fonte de retornos não lineares para o ator (indivíduo), relações definidas por Granovetter (1973) em seu trabalho seminal sobre redes. A abordagem social de redes desenvolvida pelo autor significa um corolário que analisa a dinâmica social e suas movimentações por meio da observação das relações entre indivíduos e estrutura social. A definição de rede social ressalta o estabelecimento de uma conexão entre os níveis macro (estrutura) e micro (indivíduos).

As análises da abordagem social de redes são complementares à presente pesquisa, para fim de investigação em três níveis de análise correlacionados: 1) o nível da administração de pessoas, portanto, de qualquer negócios que inclua política pública e industrial de saúde suplementar; 2) o nível de rede, buscando mapear e analisar sua estrutura e; 3) o nível de cadeia, no caso, cadeia de saúde suplementar, no exame de algumas variáveis, especificamente, a análise da definição de despesas. Isso é feito no nível da relação de pares ao longo da cadeia, descrevendo-se as relações, e identificando os desequilíbrios e conflitos entre as partes. As questões condutoras da análise social de rede buscam e explicam evidências significativas da influência das características determinantes de redes sobre o comportamento e desempenho das relações e das cadeias, bem como de

evidências que expliquem se há influência significativa das características de cadeia sobre o comportamento das relações.

Um dos atributos do campo de saúde suplementar, aqui considerado como rede, é a frequência da troca de relações que dizem respeito aos serviços de saúde. Conforme seu desenvolvimento, crescimento orgânico e maturidade, ela não pode prescindir de regras, práticas e mecanismos mais sofisticados, para fins de controle e de incentivos, regendo as relações sociais em uma rede de negócio estabelecida de maneira formal ou informal. A governança relacional é uma ferramenta para a coordenação de partes autônomas (JONES et al., 1997), por meio de processos e estruturas sociais que sustentam a integração das ligações, inseridas em ambientes incertos ou de alta competitividade. Existem várias abordagens sobre a governança dentro da linha social. Na mesma década, Zaheer (1995) conceituou-a como uma forma específica de relação interorganizacional, levando em conta as estruturas das relações entre governança e processos e discutindo as implicações de seus vínculos dinâmicos entre os atores. Mais atual, a definição de Grandori (2006) defende que a rede necessita de ajustes nos mecanismos de funcionamento de um grupo, uma vez que um contrato formal não pode prever todas as situações dos ambientes internos e externos, sejam eles fatores humanos ou de mercado. Para a pesquisadora, a governança encontra-se no centro da organização e do desenvolvimento das redes sociais.

A abordagem social de redes defende que elas necessitam de governança relacional, já que os contratos formais não conseguem abranger nem prever todas as possibilidades de desdobramentos das relações e dos processos. Esses desdobramentos dos contratos formais podem ser considerados pelo institucionalismo conflitos ou assimetrias de informação presentes nos custos de transação na economia (WILLIAMSON, 1979). Para esse cientista, *“governance is viewed as the means by which to infuse order, thereby to mitigate conflict and realize mutual gains”* (grifo do autor).

Um ator do campo busca definir qual lógica determinará as práticas do campo. No caso específico deste trabalho, defender seu ideal quanto à configuração das práticas que determinarão os gastos de saúde suplementar. Os médicos, por exemplo, geralmente priorizam a lógica profissional do bom atendimento na cura do paciente. Já os consumidores, a lógica do atendimento irrestrito. Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012) mostraram que a interação entre lógicas competitivas causa

mudanças nas práticas das organizações. Segundo eles, é possível uma lógica acomodar-se ou adaptar-se a outras. Entretanto, podem ocorrer divergências e atritos.

A partir deste quadro de lógicas concorrentes, serão repassadas as formas pelas quais o institucionalismo trata a resolução de conflitos: hibridismo, dominação, coexistência, alternância e combinação de lógicas, a partir da coexistência dos atores num mesmo campo.

Coexistência

As organizações têm conformidade com lógicas, para que possam ser endossadas por importantes públicos-referência e para atuar com confiança nele, já que as lógicas provêm um meio de compreender o mundo. (GREENWOOD et al., 2011).

Uma ou mais lógicas distintas daquelas que estão fora da conformidade de uma organização podem coexistir, quando uma delas domina e as demais seguem restritas a subgrupos do campo analisado (RUEFF; SCOTT, 1998). Há, ainda, casos em que múltiplas lógicas entram em conflito por um período de tempo, até que finalmente uma delas predomine no campo. Na academia, poucas pesquisas admitem a competição entre lógicas que não se resolvem (GOODRICK; REAY, 2011).

Lógicas diferentes foram analisadas por autores que examinaram se as múltiplas lógicas podem coexistir, mesmo que nenhuma predomine (REAY; HININGS, 2005). Diferentes lógicas podem estar associadas a diferentes atores, comunidades geográficas ou tipos de organizações. Reay e Hinings (2009), sobre o campo de saúde de Alberta, mostram que diferentes lógicas coexistiram por um longo período depois de o governo provincial canadense introduzir uma lógica de negócios para cuidados de saúde que prevalecia sobre a lógica médico-profissional. Foram identificados esforços de colaboração por parte dos participantes do campo, que enfrentaram a situação de forma pragmática.

Greenwood, Raynard, Kodeih, Micelotta e Lounsbury (2011, p. 323) discutem os diferentes tipos de trabalhos em múltiplas lógicas que são capazes de coexistir em um campo, tanto aqueles em que a coexistência ocorre por longos períodos de tempo, quanto à “incoerência relativa de lógicas duradouras e concorrentes”.

A análise de Goodrick e Reay (2011) sugere que os relacionamentos cooperativos também explicam a influência simultânea de lógicas múltiplas. Os autores estudaram um caso de relações caracterizadas por competição (denominado por eles de segmentação) entre a lógica profissional e corporativa, que permitem que múltiplas lógicas institucionais coexistam durante um longo período de tempo.

Hibridismo

O Hibridismo combina duas lógicas, resultando em uma terceira via que será predominante no campo, enquanto as lógicas anteriores desaparecem (REAY; HININGS, 2009). Outros estudos (LOUNSBURY, 2007; MARS; LOUNSBURY, 2009) destacam que, em um processo de transição, as lógicas anteriores tornam-se remanescentes e continuam a definir o comportamento dos atores de maneira marginal.

As autoras Battilana e Dorado (2010) exploraram o caso de uma fusão entre duas organizações de microfinanças da Bolívia. Seu estudo comparativo mostrou que, para ser sustentável, um novo tipo de organização híbrida precisa criar uma identidade organizacional comum, que estabeleça um equilíbrio entre as lógicas combinadas pela organização e impeça a formação de identidades de subgrupo dentro dela, pois, se essas identidades emergirem, podem exacerbar as tensões entre as lógicas, tornando sua combinação insustentável. Segundo o estudo, combinação de lógicas para formar uma nova identidade organizacional pode tanto garantir a sustentabilidade de combinações inéditas de lógicas, quanto derivar de sua capacidade de minimizar o risco de tensões e conflitos, ao contratar pessoas, podendo concentrar sua atenção na excelência operacional. Apesar de o estudo referir-se a um caso de lógicas híbridas derivadas de uma fusão entre empresas, as autoras definem a combinação de lógicas como um estágio anterior ao hibridismo.

Para Rao, Monin e Durand (2003), na perspectiva do hibridismo de lógicas, as decisões são tomadas para conciliar demandas novas, que advém do ambiente e da identidade tradicional da organização. Os autores descrevem a hibridização como o estabelecimento institucional por meio de processos *bottom-up*, no qual a identidade tradicional não é completamente substituída. Sob essa perspectiva, Glynn e Lounsbury (2005) concluem que, apesar da fusão de lógicas institucionais, em alguns casos, outras lógicas dimensões permanecem no campo sem alteração, funcionando em dimensões distintas da organização. Esse estudo assume que isso

acontece, pois nem todos os conflitos são resolvidos. Como em uma trégua negociada, o conflito organizacional seria permanente.

Pache e Santos (2013) exploraram como as organizações híbridas que apresentam lógicas institucionais concorrentes gerenciam internamente as lógicas que incorporam. Baseando-se em um estudo de caso comparativo indutivo de quatro empresas sociais integradas em lógicas sociais e comerciais concorrentes, mostraram que, em vez de adotar estratégias de dissociação ou comprometimento, essas organizações uniram seletivamente elementos intactos prescritos por cada uma. Essa estratégia permitiu projetar legitimidade sobre as partes interessadas externas, sem precisar envolver-se em negociações dispendiosas. Adicionalmente, os autores identificaram um padrão específico de hibridização, ao qual se referem como “cavalo de Tróia”. Segundo esse padrão, organizações que entraram no campo da integração do trabalho com baixa legitimidade, por sua inserção na lógica comercial, e incorporaram, por estratégia, elementos da lógica do bem-estar social, na tentativa de ganhar legitimidade e aceitação, tiveram mais resultados do que organizações comparáveis originárias da lógica do bem-estar social. Essa descoberta sugere que, na falta de legitimidade em um determinado campo, os híbridos podem manipular os modelos fornecidos pelas múltiplas lógicas em que estão inseridos, a fim de ganhar aceitação.

Lógicas institucionais de campo organizacional relacionam-se com as decisões de práticas nas organizações. Em contextos híbridos de lógica institucional, essa relação não é simples, pois múltiplas orientações permeiam a tomada de decisão organizacional, o que engendra atritos e tensões no processo em que as escolhas se realizam (TEIXEIRA, 2012).

Dominação

A lógica dominante do ator com poder de impor suas práticas ou objetivos influencia os atores que participam do campo de forma secundária (SCOTT; MEYER, 1994). Esse grau traduz a distribuição de poder entre eles, apontando o ator central e os satélites. É essa dominância que definirá as principais práticas no campo. Portanto, há maior conflito de expectativas em um campo descentralizado, uma vez que as várias demandas podem causar disputas entre as organizações, chegando ao grau de incompatibilidade irreconciliável.

Alguns autores enfatizam a dominância de uma lógica no ambiente institucional, reforçando, assim, as noções de estabilidade típicas do institucionalismo organizacional (LOUNSBURY, 2007). Exemplo dessa abordagem é o trabalho de sequenciamento histórico presente em Thornton (2002), que, por meio de estudo quantitativo na indústria editorial de educação superior, argumentou que pressões institucionais consideradas moderadas pelos autores, fizeram as empresas redefinirem suas prioridades. Previamente, no mesmo mercado editorial, Thornton e Ocasio (1999) haviam observado disputas entre a lógica editorial e a lógica de mercado, tendo a primeira sido substituída pela segunda. No campo das artes culinárias, a *nouvelle cuisine* substituiu a *haute cuisine* (RAO; MONIN; DURAND, 2003).

Para Greenwood, Suddaby e Hinings (2002), a dominação acontece quando um ator determina o comportamento dos demais participantes do campo. Já para Reay e Hinings (2009):

Quando uma nova lógica é introduzida em um campo estabelecido, a rivalidade entre os atores-chave é provável pela coexistência de lógicas conflitantes durante os tempos de transição até que um lado ou outro vença e haja reformas de campo em torno da lógica dominante vencedora (REAY; HININGS, 2009, p. 631).

A pesquisa de Fligstein (2001) estudou a dominação, num caso de transição da racionalidade corporativa para de mercado sobre a concepção de valor para o acionista e a natureza das práticas de controle. Esse estudo embasou estudos posteriores pela ênfase que atribuiu: 1) pelo utilitarismo das ações no curso dos processos de institucionalização; 2) pelo foco no elemento moderador da mudança de lógicas dominantes e 3) pela atenção que remeteu à interação de diferentes setores institucionais (profissões, estado, empresas).

Os atores de poder em um campo institucional têm a possibilidade de interferir na situação de dominância, dependendo dos arranjos das lógicas institucionais locais, de seu senso de conduta em direção a sua legitimação em dominar os demais atores, conforme explicam Thornton, Jones e Kury (2005). O poder em forma de lei, nos processos de dominância institucional, é uma perspectiva trabalhada por Edelman e Suchman (2007). Para ele, a lei é componente e força central do ambiente institucional e costuma ser vista como elemento que encoraja

mais a conformidade organizacional do que a resistência. Sendo assim, pode sobrepor-se aos atores do campo institucional em uma dominância normativa.

Alternância

Na coexistência, pode haver revezamento de lógicas, consistindo na alternância de lógicas. A mais recente contribuição de Goodrick e Reay (2011), das Universidades da Florida e Alberta, respectivamente, foi uma teoria sobre como o trabalho profissional pode refletir múltiplas lógicas institucionais, analisando as mudanças na atuação dos farmacêuticos ao longo do tempo.

A partir de um estudo de caso de farmacêuticos dos EUA de 1852 até 2011, os autores propõem uma constelação de lógicas derivadas de uma sociedade mais ampla, mostrando que as relações competitivas (segmentadoras) e cooperativas (aditivas) entre as lógicas coexistentes permitem a influência simultânea de lógicas múltiplas tanto no profissional, quanto em seu trabalho. Os autores sugerem que os resultados no campo estudado podem advir de múltiplas lógicas, não necessariamente conflitantes e até mesmo facilitadoras.

Uma interpretação recente de Ryngeblum, Vianna e Onusic (2016) indica a coexistência de lógicas alternativas no campo. Esse estudo ilustra a maneira como a literatura institucionalista destaca esse exemplo de coexistência de lógicas com colaboração. Conforme observaram os pesquisadores, a maioria dos estudos não traz a possibilidade de alternância de lógicas. Em alguns deles, foi encontrada uma persistência incoerente de lógicas concorrentes. Portanto, a perspectiva de que uma lógica de entrada desloca a anterior dominante (MARQUIS; LOUNSBURY, 2007; THORNTON; OCASIO, 1999) não é o caso estudado, já que nele as lógicas estavam em vigor há décadas. Tampouco consideram ser o caso de lógicas subordinadas, porque os atores envolvidos tratam de reivindicações com práticas diferentes. O que se vê, nesse campo, são diferentes práticas e estruturas que configuram as diferentes lógicas para endereçamento de interesses dos atores envolvidos (nesta pesquisa específica, as reclamações dos consumidores). Elas estão disponíveis como alternativas para tratar reclamações e cada uma tem vantagens em relação às outras, bem como procedimentos diferentes.

Combinação

Na combinação, as lógicas predominantes somam elementos das outras lógicas presentes no campo analisado. Selznick (1949) foi o primeiro a sugerir que organizações capazes de refrear as pressões institucionais externas, forjam identidades que apoiam novas combinações lógicas, as quais podem, subsequentemente, contribuir para a criação de um novo arquétipo organizacional, atuando efetivamente como empreendedores institucionais (BATTILANA; LECA; BOXEMBAUM, 2009; DORADO, 2005).

Eventualmente, as organizações no campo podem colaborar em alguns momentos. Isso sugere que, embora não exista a necessidade de subsistir intermediação, há uma grande demanda por ela. Nas outras atividades, as organizações agem de forma complementar e não faria sentido dispensar esse apoio (REAY; HININGS, 2009; RUEF; SCOTT, 1998).

Para Haveman e Rao (1997), as tensões entre múltiplas lógicas representam um gatilho para a instabilidade. Tratando de situações diferentes dessa, os autores estudaram os casos de conflitos entre as indústrias de empréstimos e de aplicações financeiras, em que os competidores foram induzidos a encontrar formas combinadas de sustentarem os negócios no setor financeiro.

Alguns outros estudos mostraram situações em que a combinação de lógicas concorrentes possibilitou a criação de novas práticas organizacionais. A pesquisa de Tracey, Philips e Jarvis (2010) mostrou como foi criada uma organização que combinou as lógicas de caridade e varejo, para poder abordar a questão da falta de moradia.

Na intersecção entre institucionalismo e campo da saúde, encontramos alguns autores que contribuíram recentemente com pesquisas (RYNGELBLUM; VIANNA; ONUSIC, 2016), analisando as condições que permitem lógicas alternativas conviverem de longa data, quando nenhuma lógica predomina no campo da saúde suplementar no Brasil.

Este artigo traz a análise da coexistência, ao longo de décadas, das seguintes lógicas competitivas - profissional, pública, mercadológica, regulatória e proteção social, em nível de ordem institucional, enquanto grupos médicos, seguradoras e cooperativas estabeleceram alternativas lógicas de provisão de saúde em nível de mercado.

Os professores Currie e Guah (2007), da Universidade de Warwick, no Reino Unido, fazem uma análise empírica de seis organizações do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, identificando a fragmentação crescente no campo organizacional da saúde. O National Health Service (NHS), do Reino Unido, é um sistema altamente institucionalizado e complexo, que existe e opera tanto como ambiente de recursos materiais, quanto como conjunto de crenças, regras e ideias (CONSTANTINIDES; BARRETT, 2006).

Embora essas duas facetas ambientais sejam conceitualmente distintas, os ambientes de recursos materiais são influenciados pelo contexto institucional. A pesquisa mostra que novos entrantes no campo, na forma de empresas privadas e consumidores de saúde, exercem sua influência, apenas aumentando o conflito e a confusão, pois não será possível chegar a um consenso entre as partes interessadas.

Pode-se estender a problemática para o sistema de saúde suplementar brasileiro em relação a 1) programas prioritários em saúde: como os diferentes atores comportam-se com relação a prioridades de custos e despesas; 2) conflitos de novos entrantes no campo em forma de empresas privadas e consumidores.

Mark (2007), da Universidade de Middlesex, no Reino Unido, utiliza a óptica institucional, para responder aos resultados da pesquisa empírica mencionada anteriormente e realizada por Currie e Guah (2007). O papel dos atores na transformação das instituições existentes é importante nesta pesquisa, pois a atuação deles impacta a evolução das organizações de cuidados com a saúde (GREENWOOD et al., 2002). O estudo conclui que a aglutinação da base de dados do sistema de saúde no Reino Unido foi projetada para servir a interesses contrários ao paciente, o que está sendo reforçado pela construção do NPfIT (The National Program for Information and Technology). O estudo pode contribuir para a análise do sistema suplementar brasileiro, uma vez que alguns hospitais e o governo já mencionaram a importância de implantar o prontuário eletrônico do paciente (na rede suplementar e SUS) na base de dados do governo, o que poderia ser uma ferramenta para monitorar os custos das despesas de tratamento por consumidor (beneficiário).

Um artigo de Zehavi (2012), da Universidade de Tel Aviv, investiga a reforma do sistema de saúde dos Estados Unidos, seja avaliando se a privatização é limitada por obstáculos institucionais, seja observando a dinâmica política versus resultados.

O tamanho do domínio dos atores desempenha um papel: a posição política marginal dos pequenos grupos do programa de reforma implica em limitação de sua influência frente à intenção dos atores decisivos em reforma. A relação do artigo com essa pesquisa encontra-se na análise de até onde os atores e suas respectivas influências determinam as despesas de saúde no Brasil, observando sua atuação.

3 METODOLOGIA

A pesquisa objetiva entender a participação dos atores na determinação e inserção de tecnologias em relação a tratamentos, medicamentos, procedimentos médicos e terapêuticos, bem como em relação a exames. Assim, é possível identificar como cada ator comporta-se na atual configuração das despesas das operadoras de saúde complementar (cujas base de dados está na ANS), e como essas múltiplas lógicas disputam participação nessas despesas.

3.1 Estratégia de pesquisa

A metodologia adotada na pesquisa é de natureza qualitativa descritivo-explicativa. Busca-se entender como os atores participam das definições das tecnologias de diagnósticos, tratamentos e exames; e por qual forma as lógicas de cada ator do campo determinam as despesas constituintes do campo de saúde suplementar no Brasil. A abordagem elegida objetiva mostrar o conhecimento acerca das características de um fenômeno sobre o qual ainda restam dúvidas (RICHARDSON, 1999), presente em uma situação real da qual serão analisadas as experiências e interações de indivíduos ou grupos (FLICK, 2009); nesse caso, a população de atores que participam do campo da saúde suplementar. A partir dessas definições, é possível dizer que o fenômeno trata dos fatores determinantes das despesas da saúde suplementar do Brasil; e de como os atores do campo impõem sua lógica institucional em detrimento de outras, a fim de determinar as características dessas despesas.

Dos vários tipos de pesquisas qualitativas (CRESWELL, 2010), será utilizado o tipo instrumento documental: levantamento de reportagens, artigos, teses, dissertações, mídia *on-line*, mídia impressa, fóruns, *workshops*, material áudio documental, estatísticas, bibliografia e entrevistas. A pesquisa também apresentará a distribuição de valores de despesas assistenciais, discutindo índices e indicadores, com objetivo de levantar os valores de despesas na saúde suplementar.

A metodologia influi nos resultados e possíveis vieses, sendo altamente recomendável (TICHY; TUSCHMAN; FOMBRUN, 1979) trabalhar uma triangulação dos dados dos gastos com fontes distintas e checagem de discursos. É necessária também uma descrição do negócio e de como ele influencia as variáveis sociais. O

caráter qualitativo também se aplica à explicação que será dada aos indicadores encontrados na parte documental. Os valores quantitativos (despesas) são dados, mas não como objeto de levantamento nesta pesquisa.

3.2 Protocolo de Pesquisa

A pesquisa desempenha uma análise por meio de bibliografia, com consulta de livros, publicações dos órgãos governamentais, artigos acadêmicos, dissertações e teses. Adicionalmente, traz reportagens e relatos publicados, disponíveis em mídia brasileira e internacional. Os periódicos consultados são as versões eletrônicas dos principais jornais e revistas brasileiras. A parte documental consultada contém a Carta Constitucional do Brasil, de 1988, leis, decretos, medidas provisórias do governo, resoluções normativas da Agência Nacional de Saúde (ANS), decisões judiciais, ações tomadas pelos órgãos de defesa do consumidor e seminários documentados em mídia com especialistas, entre eles, especificamente, os IV e V Seminários Folha: Saúde no Brasil e (2017, 2018) e o II Workshop de análise de impacto regulatório CNSEG: O Controle dos Reajustes (2018).

3.2.1 Recorte temporal na pesquisa

Quanto ao recorte temporal proposto, em particular, para os estudos de redes pelos acadêmicos Halinem e Törnroos (2005), adota-se, para essa pesquisa, a coleta de dados no aspecto temporal, seguindo a classificação de Richardson (1999), que consiste no foco de um período de tempo (2006-2018). A razão dessa adoção é que a base de dados de saúde suplementar no Brasil fornece dados somente a partir de 2006, segundo sua publicação Base de Dados Consolidados do Setor (ANS, 2018). A base de dados da ANS está atualizada até meados de 2018.

3.3 Seleção dos respondentes do campo

Devido à complexidade das variáveis sociométricas (TICHY; TUSHMAN; FOMBRUN, 1979) aqui encontradas como gastos em saúde suplementar no Brasil, indicadores dessas despesas e lógicas institucionais, é importante ressaltar que os objetos de estudo não são estáticos. É preciso delimitar a população de pesquisa de

que trata o estudo, no caso, os representantes das operadoras de saúde privadas; das autarquias e das agências governamentais; dos prestadores de serviço, como hospitais e laboratórios; de associações do setor; de órgãos de proteção ao consumidor e de organizações que representam a prática médica e que foram descritas e selecionadas a partir de sua representatividade no campo de saúde suplementar, em seu segmento de atuação.

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados tem por finalidade obter os dados e informações, de forma a habilitar o pesquisador a responder e validar a pergunta de pesquisa. Para tal, serão utilizadas fontes de dados primárias e secundárias. Os primeiros serão obtidos por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado e elaborado com base no referencial teórico, visando apontar quais lógicas presentes no campo determinam as despesas no mesmo campo e como elas exercem essas influências. O entrevistado pode, por exemplo, sair do roteiro de tópicos, mas dar contribuições interessantes sobre o assunto. Pode-se, então, aprofundar o assunto, sem se ater estritamente ao roteiro de tópicos. O roteiro sugerido pressupõe questões que podem ser adaptadas ao contexto da entrevista.

Espera-se contribuir para a teoria institucional por meio do estudo da dinâmica entre lógicas de distintos atores no setor suplementar no Brasil e por meio das variáveis despesas, lógica institucional como determinantes das despesas e dos mecanismos por meio dos quais essas lógicas se impõem, a fim de obter o diagnóstico de desafios das despesas em saúde suplementar no Brasil e possíveis assimetrias de informação.

3.5 Análise dos dados

A análise está baseada em diferentes autores, partindo do trabalho sobre alternância de lógicas (RYNGELBLUM; VIANA; ONUSIC, 2016), passando pelos cinco princípios subjacentes, de autoria de Thornton e Ocasio (2008), identificação de lógicas em domínios diferentes (RAYNARD, 2016; GOODRICK; REAY, 2011) e Ruef e Scott (1998), além de informações sobre as especificidades em saúde suplementar no Brasil.

Na pergunta teórica, analisaremos quais as práticas utilizadas para fazer uma lógica dominar ou combinar-se com as outras, além das possibilidades de se detectar hibridização ou alternância de lógicas. Serão ilustrados os tipos de lógicas e práticas utilizadas por elas, e como os diferentes autores abordam essas práticas. Na parte de resultados, traremos exemplos de práticas usados na saúde suplementar do Brasil, em relação às lógicas presentes no campo.

Lógica institucional é um “*set of logics in a recognizable pattern*”, em termos de atributos comuns, que facilita comparações (GOODRICK; REAY, 2011) e é apresentado pelas mesmas autoras em quatro tipos: lógica profissional, lógica pública, lógica de mercado e lógica de proteção ao consumidor, nesse último caso, lógica do beneficiário de plano de saúde. Nesta pesquisa, tais padrões serão reconhecidos conforme definição dessa autora.

Lógica médica: os profissionais médicos dão prioridade ao atendimento adequado e utilizam a mais avançada tecnologia possível. Nesse tipo ideal, os profissionais contam com seus conhecimentos técnicos para realizar sua prática, sozinhos ou em parceria com seus pares, permitindo o controle profissional sobre o conteúdo e a organização do trabalho (GOODRICK; REAY, 2011). Os médicos poderiam praticar medicina sozinhos ou em associação com outros médicos; eles não seriam funcionários (lógica médica própria e não de uma organização). Programas de credenciamento e educação seriam controlados pela profissão, assim como a determinação de serviços e produtos de qualidade, além dos preços.

Espera-se que o profissional médico privilegie o tratamento da enfermidade, do que a venda de produtos e serviços médicos. A profissão de médico no Brasil é tem representantes que defendem suas práticas e o exercício da assistência de qualidade (AMB, 2018).

Lógica de mercado: nesse tipo ideal, o trabalho é codificado nas rotinas da firma (THORNTON, 2004). Os profissionais são funcionários da empresa e os gerentes (não médicos) determinam o conteúdo e a organização do trabalho, bem como as credenciais e a educação necessária. De maneira simplista, a lógica de mercado deve abordar práticas competitivas e buscar resultados econômico-financeiros para os proprietários do negócio ou acionistas corporativos (GOODRICK; REAY, 2011).

As comercializadoras de plano de saúde (operadoras e seguradoras) têm como objetivo final o lucro, que tributado pelo Estado, permite a circulação da

riqueza gerada pela empresa em favor da sociedade (FRIEDMAN, 1967). Neste grupo incluem-se também as administradoras de planos de saúde (corretoras). As operadoras de planos de saúde agem, no campo da saúde suplementar, em defesa de seus interesses, interagindo intensamente e pressionando os prestadores de serviço, os distribuidores de produtos médicos e farmacêuticos, os consumidores (beneficiários), o governo federal e a ANS (VILARINHO, 2010).

Lógica pública: nessa lógica, o governo assume responsabilidade direta pelo equilíbrio do setor. Isso significa que ele regula e fiscaliza os grupos da sociedade, a fim de obter um funcionamento aceitável dos vários atores dentro do campo. Na prática, trata-se do bom atendimento médico, cidadãos não prejudicados em seus direitos contratuais, empresas em situação de sustentabilidade, médicos trabalhando em condições razoáveis e adequadas; harmonizando os interesses públicos, do trabalho profissional médico, dos prestadores de serviços e das operadoras de planos de saúde. A regulação governamental determina os padrões de qualidade apropriados, bem como o preço dos serviços e dos produtos. A divisão das tarefas médicas entre os vários funcionários do Estado seria determinada pelos gestores do governo, que também teriam a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados médicos. A lógica pública deve indicar preocupação com o equilíbrio do setor e atendimento aos cidadãos (GOODRICK; REAY, 2011).

Lógica do beneficiário ou lógica da família: os beneficiários visam ao atendimento irrestrito e despesas razoáveis em contratação de serviço de saúde suplementar. Pela Constituição, o cidadão tem direito à saúde e, ao mesmo tempo, é um beneficiário do sistema de saúde suplementar, pois está pagando por um serviço de saúde. Na lógica do mercado ideal (consumidor), existe uma competição livre e desregulamentada com as preferências do consumidor e a escolha determinante do sucesso (FREIDSON, 2001). A lógica de proteção ao consumidor preocupa-se em corrigir imperfeições que causam prejuízos aos beneficiários e, em alguns casos, foca no caso particular de interesse do paciente. Algumas vezes, essa lógica aproxima-se da lógica de família, pois o tratamento pode envolver decisões de um núcleo familiar, como a contratação de planos familiares, decisão familiar de judicialização, acompanhamento do beneficiário do tratamento, bem-estar da família, sobrevivência do beneficiário.

No Brasil, a lógica do beneficiário tem representantes que buscam preservar os interesses dos consumidores, mantendo-se independentes e não aceitando recursos de empresas, partidos ou governos (IDEC, 2018).

As perguntas desta pesquisa seguem roteiro semiestruturado em tópicos, com objetivo de manter o interlocutor nas questões pertinentes ao estudo. Pretende-se verificar como os atores entendem, participam e influenciam a definição de tratamentos e tecnologias determinantes das indicações de exames e procedimentos que vão gerar despesas de saúde suplementar, diretamente, ou por meio da pressão exercida no campo, em conformidade com Scott (2001).

A análise do conteúdo será elaborada em cima dos dados documentais levantados e das análises das entrevistas, buscando-se entender qual a lógica que define as despesas. Será feito um contraste entre os depoimentos, identificando a possibilidade de existir uma lógica que sobressai às demais. Eventualmente, pode haver concordância dos diferentes atores sobre qual a lógica prepondera em determinado tópico. Serão apontadas indicações dessas concordâncias, discordâncias ou conflitos nos discursos. O resultado será analisado segundo esse contraste de lógicas nas transcrições das respostas aos tópicos questionados nas entrevistas.

4 RESULTADOS

4.1 Pesquisa nas bases de dados

Foram feitas pesquisas nas bases Web of Science, CAPES Periódicos e Scielo, valorizando as discussões sobre o campo da saúde suplementar e as despesas na saúde suplementar, uma vez que a pesquisa foi descritivo-analítica. Ficam, portanto, em segundo plano, as discussões teóricas do institucionalismo. Investigou-se a tendência dos trabalhos atuais sobre os gastos em saúde, destacando as tendências dos trabalhos. Aqueles relacionados a assuntos técnicos médicos foram descartados.

Relacionados diretamente a essa pesquisa, encontramos seis trabalhos na base CAPES Periódicos. Para fins comparativos, foi utilizada também a base Scielo. Usando-se o filtro “*expenditure in private health*”, obtivemos 8 resultados, quando restringimos a busca para “Brazil”. Um terceiro levantamento, feito na base de dados Web of Science, gerou 182 resultados para a busca “*supplementary health system*”. Para todas as pesquisas, o filtro de data aplicado foi de 2007 em diante. Os resultados mais importantes e relacionados a esta pesquisa serão comentados em seguida.

O artigo da equipe de Silva et al. (2013), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Escola Paulista de Medicina, relaciona-se a esta pesquisa, destacando a tensão que permeia o campo da saúde suplementar. O trabalho explica que as operadoras transferem responsabilidades para o sistema público de saúde, gerando um conflito com as famílias devido ao direito do usuário de receber serviços na modalidade que melhor responda a determinadas situações de saúde. Outro trabalho sobre o tema de relacionamento institucional no campo é o de Alves, Bahia e Barroso (2009), da FIOCRUZ e UFRJ. Os autores explicaram como as pressões de alguns atores podem interferir no campo, gerando mudanças. No caso específico, a frequência de reclamações dos consumidores de planos e seguros privados de saúde fez surgir a regulação desse mercado privado, que iniciou em 1998, por meio da Lei nº. 9.656.

Ainda sobre as pressões institucionais no campo, o artigo de Medeiros, Diniz e Schwartz (2013) discute a influência de alguns atores no sistema de saúde, para fazer prevalecer seus objetivos de influenciar fornecimento gratuito de

medicamentos específicos de alto custo (tratamento de mucopolissacarídeos) pelo Ministério da Saúde. O estudo aponta que a judicialização da saúde é dos principais objetos de litígio nas cortes brasileiras (CHIEFFI; BARATA, 2010).

Gamarra (2017) produziu um perfil da ANS a partir de dissertações e teses acadêmicas. Com relação a nossa pesquisa sobre a influência dos atores nas despesas de saúde suplementar, o artigo reconhece que a regulação da ANS é permeada por conflitos de interesses de diferentes tipos. A busca pela conciliação é mediada pela agência e, muitas vezes, demanda tempo até se obter soluções que contemplem a defesa do interesse público. O perfil produzido por esse trabalho, somados aos artigos sobre as relações institucionais encontrados acima, já mostram conflitos de interesse nas relações entre os atores que participam do campo de saúde suplementar. Mais especificamente, os artigos citaram os conflitos que acabaram em judicialização, conflitos mediados pela ANS, reclamações de consumidores, de usuários e de operadoras.

Complementam as fontes citadas três trabalhos sobre assimetria de informação (WILLIAMSON, 1981) e transparência no campo de saúde suplementar. O primeiro, de Garbin Neumann, Finkler e Caetano (2017), analisa os fatores de assimetria que levam a falhas na assistência no âmbito da saúde suplementar, revelando assimetrias de informação entre operadoras, beneficiários e prestadores de serviço. Uma insatisfação recorrente entre os atores da saúde suplementar na pesquisa documental é exatamente a necessidade de melhorar a transparência no setor.

O segundo artigo considera as relações entre satisfação, assimetria de informação e cuidado em saúde por meio das demandas de beneficiários Daros et al. (2016). Os autores questionam a estrutura do setor e as estratégias de redução de custos. A assimetria de informações entre as operadoras e os beneficiários, bem como os mecanismos de controle de acesso impostos pelas empresas são temas importantes para os estudos no campo de saúde suplementar. Malta e Jorge (2008) definem os controles de acesso como a situação em que os beneficiários nem sempre têm clareza das coberturas e limites contratuais. A linguagem técnica dificulta o entendimento do leigo e pode iludi-lo quanto ao verdadeiro alcance de seu plano.

Os três trabalhos somam-se aos indícios de conflitos no campo de saúde suplementar, enfatizando problemas de transparência e de governança. Também

pode ser tratado como assimetria de informação o desconhecimento da influência das indústrias e lobbies na autorização para a comercialização de uma nova droga pelo SUS ou pelo sistema de saúde privado (PAUMGARTTEN, 2016).

No que diz respeito especificamente sobre as despesas e a sustentabilidade econômico-financeira, há diferentes abordagens contributivas. Quanto ao custo, o estudo de Sá, Maciel e Reinaldo (2017) questiona a solvência e o peso do impacto dos gastos no campo de saúde suplementar e na sustentabilidade econômico-financeira do setor, fato recorrente na mídia nos últimos anos de crise do setor, desde 2014.

Sobre a aplicação dos recursos em saúde, Da Motta, Perobelli e Domingues (2017) estudaram a eficiência na aplicação dos recursos de saúde e a melhor alocação disponível, levando em consideração a efetividade das intervenções. Os autores Alvares et al. (2017) mostram que o setor privado, cuja capacidade de vocalização é maior, têm sido bem-sucedidos em manter sua posição no mercado e impor suas preferências na configuração do setor. Ao mesmo tempo, mostram que os medicamentos compõem o principal gasto em saúde das famílias brasileiras. Esse último trabalho relaciona-se diretamente com a presente pesquisa, por ressaltar o custeio com medicamentos.

Ainda sobre sustentabilidade, Silva (2003) assinala a necessidade de estudar a viabilidade de incorporar as tecnologias disponíveis nos sistemas público e privado, observando-se as bases de dados ANS e parâmetros de utilização das operadoras de saúde. O estudo apresenta a metodologia de análise Custo-Efetividade (ACE), relação sempre mencionada como parâmetro de avaliação pelo Co Saúde da ANS.

O artigo de Duarte et al. (2017) aborda a preocupação dos gestores de saúde pública e privada com relação ao crescimento dos custos da área da saúde relacionados ao envelhecimento da população, fator também mencionado por um dos atores entrevistados.

O artigo de Sá, Maciel Junior e Reinaldo (2017) estuda a preocupação do sistema suplementar de saúde e do SUS com o crescimento dos custos da área de saúde, que chegam a 80% das mensalidades dos planos (sinistralidade).

A partir do estudo de uma amostra de hospitais, Portela et al. (2010) concluíram que a metade deles referiu utilizar segunda opinião para procedimentos específicos, o que impede a comparação das despesas de tratamento de uma

mesma enfermidade. Gerdtham e Jönsson (2000) trazem uma pesquisa cujos resultados indicam que o uso de "gatekeepers" (médicos de família ou médico clínico geral) de cuidados primários reduz as despesas de saúde e que a maneira de remunerar os médicos no setor de cuidados ambulatoriais parece influenciar as despesas de saúde.

Chamam a atenção duas pesquisas relacionadas a essa questão:

- 1) A pesquisa de Da Silva e Costa (2011), cuja pergunta está diretamente ligada à nossa pesquisa: por que o Sistema de Informações de Produtos da ANS não oferece informações sobre a natureza e a estrutura dos serviços disponibilizados pelas operadoras, permitindo apenas analisar o quantitativo de produção? O artigo levanta aspectos cujo impacto recai diretamente sobre as despesas assistenciais das operadoras de saúde suplementar. De fato, na nossa verificação posterior em base de dados ANS (Dados Gerais do Setor e Sala de Situação), a impossibilidade de conciliar os valores de medicamentos, internações, órteses, próteses, cirurgias e procedimentos por valor agregado ou por enfermidade impede comparações de custos em escolhas de tratamentos.
- 2) Vieira Machado et al. (2014) tratam dos custos de assistência da epidemia de dengue, considerando SUS e sistema privado (PH). Seu estudo conclui que, sem o acesso ao valor de tratamento de dengue no sistema privado publicado na ANS, não é possível conhecer as despesas reais para o tratamento dessa enfermidade no setor de saúde suplementar nem saber como ele está sendo sobrecarregado em termos de despesa.

4.2 Pesquisa documental

Os trabalhos específicos sobre custos, despesas e equilíbrio econômico-financeiro contribuem com algumas indicações de variáveis que precisam ser aprofundadas no estudo da configuração das despesas do setor de saúde suplementar. Algumas delas aparecem, com frequência, nas mídias: envelhecimento da população, sinistralidade, viabilidade econômico-financeira de incorporação de tecnologias, eficiência de tratamentos.

O superintendente da Fenasaúde, Sandro Leal (II WORKSHOP ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO CNSEG, 2018), deixou registrada a ótica da organização sobre alguns pontos de complexidade que influenciam as despesas na cadeia produtiva de saúde suplementar, explicando um esquema gráfico de certas despesas nessa área.

Sobre o aumento de demanda pelos serviços, há o envelhecimento populacional, fenômeno mundial que aumenta o custo, pela frequência com que aparecem as doenças na velhice. Também associada ao envelhecimento está a transição epidemiológica, entendida como o conjunto de mudanças ocorridas ao longo do tempo, nos padrões de morte, morbidade e invalidez, que caracterizam uma população específica e ocorrem concomitantemente a outras transformações demográficas, sociais e econômicas (SCHRAMM et al., 2004).

Tabela 1 – Variáveis do campo que afetam despesas, segundo a Fenasaúde (2018)

Do lado da demanda	Do lado da oferta
Envelhecimento Populacional	Indução de Demanda
Transição Epidemiológica	Modelo de Remuneração
Seleção Adversa	Controle de Preços
Judicialização	Fraudes e Desperdícios
Cobertura do Rol	

Fonte: Elaboração a partir de Leal (2017) e do II WORKSHOP ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO CNSEG: O Controle dos Reajustes (2018).

O problema microeconômico de seleção adversa (ROTHSCHILD; STIGLITZ, 1976) foi avaliado pelo superintendente como importante em relação à indução de demanda. A seleção adversa diz respeito à impossibilidade de escolher um produto ou serviço mais adequado devido à indisponibilidade de informações. Nesse caso, a impossibilidade de escolher o serviço de uma operadora não só pelo preço, mas pelo custo-efetividade dos serviços ofertados pela rede de prestadores no contrato adquirido. Não há disponibilidade desse indicador em todo o setor de saúde por parte dos prestadores de serviço, nem maiores informações para orientação de

escolha do consumidor sobre adequação de seu perfil de usuário à contratação do plano.

Mencionaram-se também, como fator de aumento de despesa, os aumentos de cobertura do rol da ANS. Nas estimativas de custo e impacto de tecnologias na despesa assistencial da Fenasaúde (2017), o resultado mostrou que, caso incluído, o custo adicional poderá ser de R\$ 5,4 bilhões, valor equivalente a aproximadamente 4% do total das despesas assistenciais em 2016. O estudo analisa 16 das 26 novas tecnologias (medicamentos, terapias e exames) propostas para incorporação, que podem somar-se aos 3.287 procedimentos já cobertos no rol da ANS para oferta obrigatória pelos planos de saúde a partir de 2018.

Em seguida, foi mencionada a judicialização, que muitas vezes interessa mais ao advogado do que ao paciente. O impacto da judicialização da saúde é tema no CNJ (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2018), que produziu relatório sobre o tema em conjunto com a FGV, destacando o aumento no número de processos relacionados à saúde e os gastos de governos com planos de saúde. De acordo com o levantamento, ao menos 1.346.931 processos com o tema saúde tramitaram no Judiciário, em 2016, mostrando que o atendimento das demandas por medicamentos, cujo aumento foi de 1.300% em sete anos, é um dos grandes desafios dessa equação.

A presidente do CNJ, ministra Carmen Lúcia, promoveu audiência sobre o tema, depois que associações de pacientes com doenças raras pediram para ser ouvidas no processo de elaboração de uma plataforma digital que pretende oferecer fundamentos científicos, para auxiliar magistrados nas decisões na área da saúde. Na abertura da audiência, a presidente do CNJ afirmou que o número considerável de ações nessa área coloca em campos opostos o cidadão que pede acesso a um medicamento ou tratamento, por exemplo, e o poder público, responsável pelo atendimento dessas demandas, uma clara referência à existência de lógicas conflitantes no sistema de saúde suplementar.

Para muitos beneficiários, apelar em corte por meio da judicialização é o último recurso para a resolução de seus problemas em saúde. De acordo com Carlini (2010): “o princípio da dignidade da pessoa humana aliado aos dispositivos constitucionais específicos para a saúde, tem sustentado as decisões que obrigam o poder público executivo ao imediato atendimento ao cidadão”.

Como era de se esperar, após a análise da pesquisa documental, há controvérsias adicionais sobre a judicialização no campo. Segundo um dos profissionais mais seniores no Brasil em saúde, Claudio Lottemberg, a cada judicialização, ocorre um estímulo a algo não pactuado contratualmente, fenômeno que pode prejudicar a atividade da agência reguladora que trabalha na mediação das relações entre prestadores e operadoras de serviços de saúde. Na visão dele, isso prejudica a sobrevivência do mercado, pois os beneficiários precisam da assistência à saúde provida pelo sistema suplementar, “a um consumidor que, muitas vezes, precisa de uma certa proteção, no sentido de tentar ter alguém que possa mediar algo sobre o qual ele não detém grande conhecimento” (V FÓRUM FOLHA SAÚDE, 2018).

Pelo lado da oferta da indústria de saúde suplementar, o superintendente Sandro Leal, da Fenasaúde, menciona o fator econômico de indução de demanda. Ele afirma ter encontrado, no mercado de plano de saúde, várias evidências de que isso acontece devido à assimetria de informação entre o prestador e a operadora. Em outras palavras, dado que o médico tem o poder de prescrição de tratamentos, pode haver estímulo pelo modelo de remuneração.

Atualmente, o modelo utilizado no Brasil é o *fee-for-service*, o pagamento por procedimento ou prestação serviço. O palestrante considerou-o um incentivo à superutilização de procedimentos no mercado de materiais e medicamento. Mencionou, ainda, o próprio relatório da CPI, que aponta possíveis soluções para esse problema, incluindo maior transparência e melhor concorrência no mercado de insumos. A entrada de tecnologias pode pressionar o lado da oferta por parte da indústria e da demanda, por pressões judiciais.

O superintendente da Fenasaúde comentou acerca do controle do preço do plano de saúde, por parte da ANS:

É do interesse da operadora, mais do que ninguém, manter esse preço ao nível o mais baixo possível, garantindo a sua técnica, garantindo a sua solvência. O que seguraria a alta dos preços dos planos seria a limitação da renda das famílias e o controle das empresas em não prover contratação de planos de saúde acima das restrições orçamentárias corporativas (II WORKSHOP ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO CNSEG, 2018).

Segundo Oliveira et al. (2017), as intervenções da ANS tanto punitivas como em controles de preços, acabam onerando demasiadamente o setor de saúde suplementar, pois os critérios estabelecidos de regulamentação do setor estão

sujeitos à arbitrariedade da interpretação dos fiscais de saúde e da própria agência, o que acaba gerando uma jurisprudência sendo pouco transparente o que leva a uma insegurança jurídica para as operadoras. Mais adiante, veremos nos resultados de pesquisa de campo, que a direção da AMB (Associação Médica Brasileira), considera que os funcionários da ANS são “engessados”. A intervenção também se dá na modelagem dos produtos oferecidos, e foi comentada pelos atores 3 e 8, quando eles explicaram que as operadoras não podem oferecer planos de saúde que excluam tratamentos indicados no rol.

Por último, foram citadas as fraudes e desperdícios, que já causaram investigação no Congresso Nacional, com abertura de Comissão Parlamentar de Inquérito. A Associação Brasileira de Planos de Saúde, “ABRAMGE”, cita pesquisas publicados em revistas científicas internacionais, segundo as quais entre 20% e 30% do gasto em saúde é desperdício (ABRAMGE, 2018).

Por desperdício, entendem-se recursos pagos e que poderiam ser eliminados, sem prejudicar o beneficiário ou reduzir a qualidade do atendimento. Com o aprofundamento dessas pesquisas, identificaram-se as principais fontes de desperdício no mercado de saúde dos Estados Unidos (BERWICK; HACKBARTH, 2012). São elas: o excesso de burocracia, representando 27,2% do valor total perdido; os excessos de indicação para atendimentos, exames, medicamentos e cirurgias desnecessárias, que corresponde a 21,1% do total; as fraudes e abusos, com cobrança de procedimentos não realizados ou fraude cometida pelo beneficiário, ao omitir doença preexistente, o que corresponde a 19,4% do total das perdas; o sobre-preço, ou seja, as ações coordenadas da indústria ou de prestadores de serviços, para inflar preços, o que representa 14,4% do total; as falhas no atendimento, que podem ser devido à ausência de tratamento preventivo e de ações que aprimorem a segurança do paciente, com 14,1% do total; e por último, a falta de coordenação do atendimento, principalmente por conta da ausência ou falha na comunicação entre prestadores de serviços, respondendo por 3,8% das perdas.

Outro fator preponderante é o modelo fragmentado de assistência o qual prioriza o atendimento com especialistas. Dessa forma, não existe coordenação entre os prestadores de serviços de saúde e a hierarquização da rede ou até mesmo a figura do “*gatekeeper*” – o que faria com que o beneficiário fosse guiado para um uso mais eficiente da rede de assistência. A área médica tem como restrita a

informação ao fluxo entre os médicos e fornecedores para o conhecimento dos produtos, o que causa assimetria de informação entre o grupo de estabelecimentos de serviços de saúde (hospitais, laboratórios) mais fornecedores e o restante da indústria. Conforme apresentado no texto para discussão número 49, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS (2018), diversas ações poderiam mitigar o desperdício no mercado de saúde suplementar brasileiro: o aprimoramento de protocolos assistenciais e o desenvolvimento de penalização, caso esse protocolo não seja seguido; a utilização de tecnologia de informação pelos prestadores de serviços; a integração dos diversos níveis de assistência; o estímulo à concorrência e à transparência de preços; a punição pelas fraudes e abusos.

As despesas também sofrem influência de correções de inflação médica. Nesse ponto, há uma distinção. A definição clássica de inflação é a medida de “evolução de preços no período compreendido entre os dias 11 do mês anterior e 10 do mês de referência” (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2018), ou outros períodos de dias determinados pelas instituições responsáveis pelos cálculos desses índices. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018):

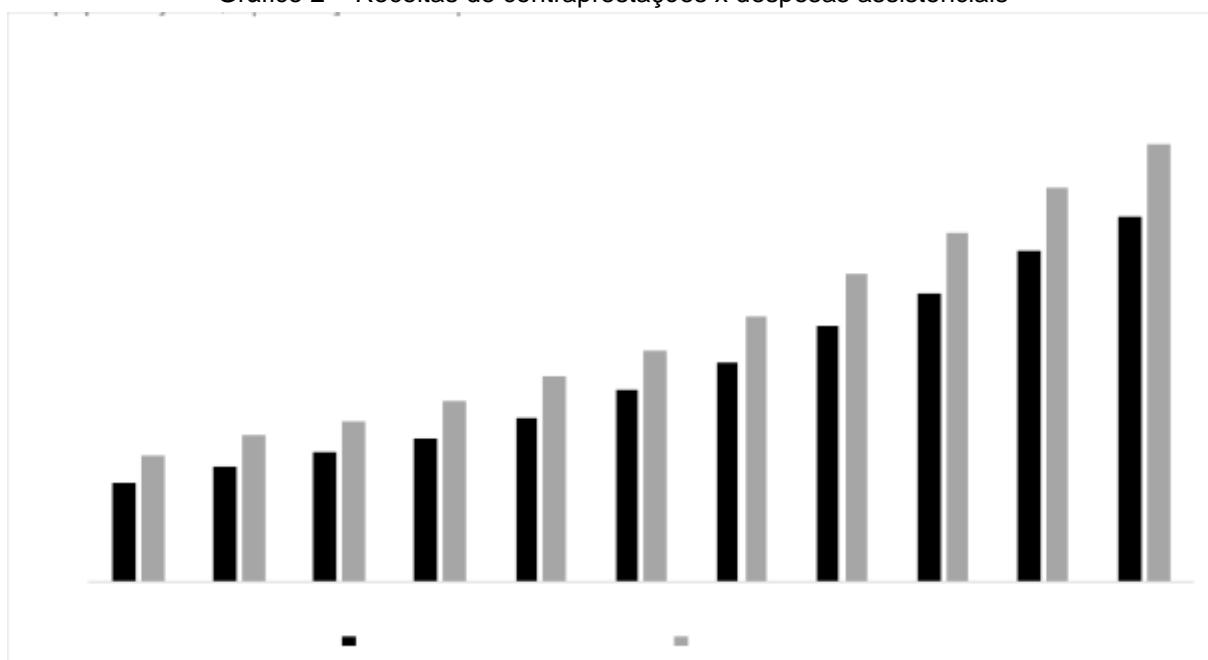
Esse índice de preços (IPCA), tem como unidades de coleta estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, concessionária de serviços públicos e internet e sua coleta estende-se, em geral, do dia 01 a 30 do mês de referência.

No entanto, o professor Luiz Roberto Cunha, da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO), aponta que essas inflações não são comparáveis, pois a inflação médica inclui frequência de uso e tecnologias (II WORKSHOP ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO CNSEG, 2018).

Sobre as despesas assistenciais específicas, cabe um comentário, já que podem sofrer variação conforme os tratamentos médicos indicados, portanto, segundo os custos desses tratamentos.

De acordo com os respondentes das pesquisas em campo, a ANS não disponibiliza publicamente esse custo médio de tratamento, nem os custos reais verificados por tratamento, somente os valores agregados de consultas, como próteses, medicamentos, procedimentos e assim por diante, o que impossibilita conhecer o custo médio de qualquer tratamento, para saber o que poderia ser barateado ou economizado.

Gráfico 2 – Receitas de contraprestações x despesas assistenciais



Fonte: Elaboração própria a partir das bases IESS Data (2018) e ANS (2018).

Em uma década, o valor de despesas assistenciais triplicou, enquanto o número de beneficiários aumentou de 37,3 milhões, para 47,3 milhões, de 2007 a 2017, conforme o gráfico abaixo. Em termos econômicos, significa que a despesa per capita aumentou de R\$ 1.095,5 per capita, para R\$ 3.149,5 per capita, também quase triplicando.

A evolução das receitas de contraprestação no gráfico 2, que são os montantes de mensalidades pagas pelos contratantes de planos de saúde às operadoras e outras receitas operacionais, mostra o crescimento do setor de saúde suplementar. Em uma década, o montante inicial de contraprestações mais que triplicou (de R\$ 51,85 bilhões para R\$ 161,57 bilhões).

Em nenhum ano a receita diminuiu, embora as despesas tenham mais do que triplicado. Assim, o lucro operacional das operadoras tem sido na última década, positivo, com diminuição de margens desde 2013, devido à crise econômica.

Gráfico 3 – Número de Beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar



Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados ANS (2018).

Dessa forma, a reclamação das operadoras quanto à saúde financeira do setor poderia ser motivada por despesas de outra natureza, como a comercial ou a administrativa, e com outras despesas operacionais que poderiam levar a um desbalanceamento.

Tabela 2 – Dados Consolidados do Setor

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Contraprestações	51,85	60,43	65,73	74,26	84,37	95,22	109,03	126,56	143,32	161,57
Evolução anual %		16,55%	8,77%	12,98%	13,61%	12,86%	14,50%	16,08%	13,24%	12,73%
Desp. Assistenciais	41,43	48,18	54,11	59,71	68,85	80,07	90,91	106,5	120,12	137,12
Evolução anual %		16,29%	12,31%	10,35%	15,31%	16,30%	13,54%	17,15%	12,79%	14,15%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados ANS (2018).

Muitos fatores mencionados na pesquisa documental, tais como as despesas extraordinárias em decorrência de glosas, judicializações, fraudes e outras ineficiências, afetaram o resultado econômico-financeiro final das operadoras. Entretanto, como a lucratividade operacional foi preservada, as reclamações podem ser parcialmente justificáveis.

Tabela 3 – Margem de lucro operacional do setor de saúde suplementar

R\$	Lucro	% Cresc. Lucro	Resultado	% Cresc. Lucro
Bilhões	Operacional	Operacional	Assistencial	Assistencial
2007	7,83	n/d	10,42	n/d
2008	3,3	-57,85	12,25	17,56
2009	3,66	10,82	11,62	-5,12
2010	5,7	55,9	14,54	25,13
2011	5,43	-4,73	15,52	6,68
2012	4,83	-11,15	15,14	-2,41
2013	1,06	-78,07	18,13	19,71
2014	-0,21	-119,85	20,07	10,7
2015	0,75	-457,48	23,2	15,6
2016	0,15	-80,00	24,44	5,37

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados ANS (2018).

O acesso aos dados agregados do campo, e seu devido tratamento analítico, são necessários, de modo a se chegar ao valor de despesas agregada, e poder saber se há distribuição de gasto fora do esperado pelos participantes do campo de saúde suplementar.¹ Este problema de acesso aos dados ANS para estudo analítico foi detectado na pesquisa bibliográfica, através do artigo de Portela et al. (2010).

Nas várias comunicações por telefone, a ANS instruía que as informações disponíveis encontravam-se na Sala de Situação e Dados Gerais do site. No entanto, nem os dados, nem os balanços publicados permitem reconciliar os dados de forma que se possa verificar o que é gasto em consultas, tratamentos, terapias, medicamentos, procedimentos, internações, cirurgias, próteses e órteses.

A respeito do tema sobre transparência e acesso a informações, veremos, adiante, que se trata de uma percepção generalizada de insatisfação entre os atores do setor. O sigilo de dados particulares na microesfera do beneficiário deve ser preservado, bem como a saúde financeira das empresas, devido à concorrência do mercado. Isso não significa que a ANS não possa colaborar para a eficiência do sistema, assinando tratados de confidencialidade no tratamento de dados, uma prática jurídica de mercado para preservar os dados das partes interessadas.

¹ Em contato com o IESS, em São Paulo, relatamos a necessidade de dados e fomos informados pelo assessor de imprensa L.S. que, há anos, o fornecimento de dados e a transparência junto à ANS são um desafio que o IESS também vem enfrentando, pois o instituto precisa segundo ele, aprofundar suas análises de dados. Adicionalmente, é oportuno frisar que as entrevistas agendadas no órgão de defesa ao consumidor PROCON somente foram realizadas após insistentes contatos telefônicos, solicitações e trocas de correios eletrônicos por meses.

Adiantando um depoimento, um dos atores do setor, membro do conselho da maior operadora de saúde da América Latina explicou o seguinte sobre a transparência:

Qual o receio das agências? [...] A SUSEP também não te dá todos os dados, mas tem. Sabe [...] quem está bem, quem está com problema, sabe tudo. Não se iluda, sabe tudo, como a Receita Federal, item a item. Não é só problema de transparência. Transparência é bom para as operadoras, nós não temos nada para esconder. O que existe receio é a transparência ser usada contra você, vou dar um exemplo. Eu sou empresa capital aberto, Bradesco é, SulAmerica também é. A informação por itens, além do que está publicado no mercado, a ANS tem. Então em tese a SulAmerica não pode ter informação privilegiada minha dentro da ANS, nem eu deles. Sabe-se lá para que você vai usar esse dado. Vai entregar ao concorrente. Tem isso também. Um concorrente não pode saber do outro. Não pode mesmo, por causa do mercado.

Da pesquisa documental, podem-se enumerar os principais fatores e variáveis encontrados, que influenciam nas despesas de saúde suplementar:

Protocolos assistenciais, penalização para não conformidade a protocolo assistencial (*compliance*), uso de tecnologia de informação, integração dos diversos níveis de assistência, estímulo à concorrência e transparência de preços, punição para casos de fraudes e abusos, fraudes, judicializações, sigilo de dados, informação privilegiada, sobrepreço, falhas no atendimento, envelhecimento, cobertura do rol, modelo de remuneração, transição epidemiológica, seleção adversa, falta de coordenação entre prestadores de serviços, controle de preços, sigilo de dados.

4.3 Entrevistas realizadas

Foram realizadas 8 entrevistas entre abril e novembro de 2018, com atores do campo da saúde suplementar. Os entrevistados representam as seguintes instituições: Fenasaúde, associação de operadoras; Bradesco Saúde, seguradora; Hospital Sírio-Libanês e Hospital Albert Einstein, provedores de serviços; CREMESP, conselho profissional de médicos; AMB, associação profissional de médicos; PROCON (dois atores de áreas distintas), defesa do consumidor. A maior dificuldade de entrevista foi com a ANS, autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde e criada em 2000, com a finalidade de regular o setor de planos privados de assistência à saúde. É responsável por normatizar, controlar e fiscalizar as

atividades das empresas do segmento. Apesar das abordagens formais por requerimentos em sedex registrado e visitas presenciais, a agência não indicou nenhuma pessoa para entrevista ou enviou dados para análise, conforme solicitações. Um segundo ator que atua em defesa do consumidor também foi abordado (ReclameAqui), e não se obteve resposta. O IESS foi solicitado a participar do estudo, e informou que seus pesquisadores ou diretoria não participam deste tipo de pesquisa pessoalmente, nem via teleconferência. Foram enviados os tópicos de perguntas conforme orientação da assessoria de imprensa. Porém, as respostas não foram enviadas.

Levando em consideração cargo, instituição e formação dos representantes dos atores entrevistados, elaborou-se a Tabela 4, na qual se verifica a representatividade das entrevistas. Os atores estão listados por ordem cronológica. Quanto à representatividade da amostra, a Fenasaúde é a entidade de representação das operadoras de planos de saúde suplementar, que reúne 17 grupos e 31 empresas dentro de um universo de 1.258 operadoras, com beneficiários em todo o país. As operadoras Fenasaúde representam 40% do mercado em número de beneficiários. O entrevistado da Fenasaúde é Superintendente de Regulação da Federação Nacional de Saúde Suplementar, economista e pós-graduado em Health Economics pela University of York.

O Hospital Sírio Libanês, um dos mais importantes complexos médicos da América Latina, integra o grupo de cinco hospitais reconhecidos como de excelência pelo Governo Federal. O ator entrevistado é doutor em medicina, presidente do Hospital Sírio Libanês, presidente do Conselho de Ensino e Pesquisa do mesmo hospital e visiting professor na Universidade de Pittsburgh. É atual membro do conselho de administração da ANAHP (Associação Nacional dos Hospitais Privados).

O CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) é uma autarquia federal, sem fins lucrativos, fundada em 30 de setembro de 1957. Supervisiona a ética profissional médica por meio de ações regulamentadoras de cerca de 135 mil profissionais ativos (um terço dos profissionais atuantes em todo o país). O ator entrevistado é diretor-tesoureiro do CREMESP, ex-secretário de saúde de Sorocaba, médico anesthesiologista, vice-diretor clínico e coordenador de Anestesiologia do Hospital Oftalmológico de Sorocaba e da Santa Casa de Misericórdia de Votorantim.

Tabela 4 – Representatividade da Amostra Pesquisada

Instituição	Ator	Cargo	Data da Entrevista	Profissão
FenaSaúde Associação setorial	1	Superintendente de Regulamentação	08/05	Economista
Hospital Sírio-Libanês Prestador de serviço	2	Presidente	08/06	Médico-Cirurgião Pediatria, e Transplantes
CREMESP Associação Setorial	3	Diretor de Tesouraria	08/06	Médico Anestesista
Bradesco Saúde e Laboratórios Fleury Operadora-Seguradora e Prestador de Serviços Laboratoriais	4	Membro do Conselho	19/06	Administrador e Advogado
PROCON Fundação	5	Assessora técnica DAOC	29/06	Advogada
PROCON Fundação	6	Supervisora de Diretoria de Programas Especiais	29/06	Assistente social
AMB Associação setorial	7	Diretor de Defesa Técnica	07/08	Médico Ortopedista
Hospital Israelita Albert Einstein Prestador de serviços	8	Vice-Presidente de Inovação e Tecnologia	09/11	Médico Cirurgião Vascular

Fonte: Elaboração própria.

A Bradesco Saúde é uma operadora em seguros, líder do mercado de planos e seguros privados de saúde, especializada em planos coletivos. Atende a 3,6 milhões de beneficiários (7,6% do total de beneficiários em saúde privada no país), com rede médica referenciada composta de 46 mil prestadores médico-hospitalares, 1,7 mil hospitais e 10,5 mil serviços de diagnósticos e análises laboratoriais. O ator entrevistado é advogado e administrador, membro do Conselho de Administração da Bradesco Saúde, membro do conselho de administração do Laboratório Fleury e membro do Conselho da Swiss RE.

A fundação PROCON foi criada pela Lei nº 9.192, de 23 de Novembro de 1995 e Decreto nº 41.170, de 23 de setembro de 1996, sendo vinculada à Secretaria

da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo. Tem personalidade jurídica de direito público, com autonomia técnica, administrativa e financeira e seu objetivo é harmonizar as relações entre consumidores e fornecedores, elaborando e executando a política de proteção e defesa dos consumidores do Estado de São Paulo (PROCON, 2018). O Ator 5 (Assessora técnica PROCON) é advogada e assessora técnica da Diretoria de Atendimento e Orientação ao Consumidor da Fundação PROCON. O Ator 6 (Supervisora PROCON) é assistente social, por formação, e supervisora de programas especiais do PROCON há 20 anos. Devido à disponibilidade de duas profissionais para se converterem em atores entrevistados para esta pesquisa, utilizou-se desta oferta, para verificar se há homogeneidade de lógica dentro da mesma instituição (PROCON) e para identificar opiniões diferentes sobre os mesmos tópicos de perguntas.

A Associação Médica Brasileira (AMB) é uma sociedade sem fins lucrativos, cuja missão é defender o profissional médico e a assistência de qualidade à saúde da população brasileira. O Ator 7 (AMB) é médico ortopedista e diretor de defesa técnica da Associação Médica Brasileira. O Hospital Israelita Albert Einstein tornou-se, em 1999, a primeira instituição de saúde fora dos Estados Unidos a ser reconhecida pela Joint Commision International, a certificadora de serviços de saúde mais reconhecida no mundo.

O Ator 8 (Einstein) concluiu sua residência médica em cirurgia geral, na Faculdade de Medicina da USP, especializou-se em cirurgia endovascular, pelo Union Memorial de Baltimore e em videocirurgia, pela SOCESP. Fez doutoramento em 1998 e livre-docência em 2000, na USP, onde é professor associado de Cirurgia Vascular e Endovascular desde 2005. Em 2007, tornou-se vice-presidente do Hospital Israelita Albert Einstein, com mais de 300 artigos científicos publicados.

Os tópicos de perguntas foram levantados de maneira a identificar a influência dos atores na determinação das despesas, a dinâmica entre eles e até que ponto a inclusão de tecnologias contribui para aumentar as despesas da saúde suplementar. Para cada evasão do tema da pergunta por parte do entrevistado, o questionamento foi repetido e reiterado. Outrossim, foram levadas em considerações as pontuações, comentários e considerações do entrevistado em relação às perguntas. São doze tópicos em forma de questões, analisando desde o impacto da inflação médica causada por novas tecnologias, até o modelo de remuneração, passando pelo

relacionamento entre os atores e a maneira pela qual cada um influencia, conforme sua esfera de atuação, a configuração das despesas da saúde suplementar.

Seguem respostas conforme tópico de questionamento; transcritas conforme as datas cronológica de entrevista. As entrevistas variaram entre 35 minutos e uma hora e quarenta.

O tópico 1 trata do conhecimento dos atores sobre a distribuição das despesas de saúde complementar por itens, em um tratamento completo.

Sobre esse primeiro questionamento, o Ator 1 (Fenasaúde) deixou registrado que há preocupação com a solicitação de exames por parte dos médicos: “os médicos usam a informação privilegiada que têm e sua renda alvo para gerar procedimentos e exames, principalmente se houver um terceiro agente pagando por esses exames, isto gera uma indução de demanda; há uma renda-alvo”. Este comentário revela preocupação com o resultado financeiro do excesso de exames, o que denota uma valorização da sustentabilidade econômico-financeira das operadoras do mercado.

O Ator 2 (Sírio-Libanês) afirmou que a resposta depende de qual elo da cadeia se observa e que, nos hospitais privados ao qual pertence, pode-se consultar o Observatório ANAHP, cuja publicação anual reúne os principais indicadores do Sistema de Indicadores Hospitalares da Anahp, além de indicadores de mercado, análises setoriais, pesquisas inéditas e o perfil institucional dos hospitais membros. Sobre as operadoras, deve-se buscar nos órgãos setoriais das próprias. É oportuno notar que este ator observa seus próprios números publicados, sem observar o agregado, que seria o publicado pela ANS. Como exemplo de rubricas, citou despesa assistencial e taxa de sinistralidade, que podem ser encontradas ano a ano sobre as operadoras e apontar dados sobre a situação econômico-financeira do setor.

O Ator 3 (CREMESP) entende que maior impacto nos custos são as internações com cirurgias e exames complementares, mas considera essas despesas comuns: “desde que haja gerenciamento adequado, essas despesas são obrigatórias. Não tem como fugir disso. Você tem que ter lavanderia, limpeza, enfim.” Portanto, a lógica envolvida no discurso é a lógica médica.

O Ator 4 (Bradesco Saúde) afirmou ter ideia da composição, mas quem a conhece profundamente é seu pessoal da área atuarial. Considera que

medicamentos têm peso muito significativo e que a conjugação dos fatores de custo, a longevidade, traz uma situação curiosa: “[...] o homem está vivendo cada vez mais. O bebê nascendo hoje, a previsão é de que ele viva 120 anos. O mercado vai ter que se preparar para isso. Tem que haver uma compreensão de que custa para a saúde suplementar, mas custa também para o governo”. A preocupação é quanto ao custo da saúde suplementar, mas fala também da sustentabilidade do sistema.

O Ator 5 (Assessora técnica PROCON), envolvido em defesa do beneficiário, pensa que o risco do negócio é problema da operadora, sem considerar a sustentabilidade do sistema, uma clara inferência à defesa da lógica do beneficiário: “Então, por isso que a gente não tem que ter essa preocupação, [...] é assim que funciona o mercado. Eles chamam a questão do mutualismo. O consumidor paga e não utiliza, o outro paga e utiliza. Então, esse balanceamento faz parte do negócio”. Para ele, não há empresas operadoras com prejuízo, apesar de não saber ao certo, devido à falta de transparência por parte do sistema: “são uma caixa fechada, apesar de falarem em custos, mas isso não é transparente para ninguém. Se for, é para o segmento entre eles. O consumidor não tem essas informações”. Quando fala sobre transparência, há preocupação também com a lógica pública.

O Ator 6 (Supervisora PROCON), também funcionária do PROCON-SP, diz ter conhecimento de que há uma cadeia de despesa, mas não é essa sua preocupação: “não tenho que ver o custo, pois a nossa preocupação é defender o direito do consumidor. Esse papel de análise de custo tem que ser feito pelas operadoras, o operador é que tem que analisar quanto custa, pois ela põe no mercado o produto para ser comercializado, ela já emite as notas técnicas para a ANS de quanto custa. A nossa preocupação é em relação à assistência que é dada para o consumidor, ele tem que ter assistência do que ele contratou e do que está no rol, da preservação da saúde dele”. O discurso é explicitamente de defesa do beneficiário.

O Ator 7 (AMB) explicou que “as informações da ANS teriam toda a oportunidade do mundo de serem verdadeiras, se as informações que são prestadas à ANS fossem verdadeiras. O problema todo é que a gente não tem certeza de que realmente são verdadeiras. Com a franquia você vai para o hospitalzinho dele, onde a despesa é baixa”.

O Ator 8 (Einstein) explicou que para a instituição faz sentido saber o que na ANS aparece como agregado de despesas, mas como médico não se preocupa.

Não mede recursos, para que a melhor tecnologia seja utilizada no tratamento do paciente, sem restrições e sem preocupação com o agregado de despesas da ANS, o qual desconhece: “A única coisa que me interessa aqui no meu consultório é o paciente e mais nada. É simples assim. A instituição Einstein, ela pensa no que é melhor para o doente e o que dá menos custo, e com boa qualidade, obviamente”. Sobre a questão do conhecimento dos atores sobre os itens de despesa em saúde econômico-financeira do setor, afirma: “qual o problema hoje no sistema? Tem algumas que estão muito bem, tem algumas que estão muito mal. [...] e na ANS você tem isso, pois você me perguntou do consolidado por operadora, lá você tem e eles publicam balanço”.

As opiniões bastante contrastantes eram esperadas pela natureza da ocupação dos atores entrevistados. As exceções são o Ator 2 (Sírio-Libanês) que, como gestor além de médico, citou a sinistralidade do setor como algo a ser monitorado, acrescentando uma questão pública a seu discurso. Também o Ator 4 (Bradesco Saúde), segundo o qual deve haver uma preocupação generalizada no sistema, além do controle dos custos por parte de seus auditores. O Ator 5 (assessora técnica PROCON), apesar de defender primeiramente o beneficiário, mencionou a falta de transparência do sistema, citando o termo “caixa-preta” em relação às despesas, o que revela preocupação com a falta de informação. O Ator 8 (Einstein) mencionou que o hospital também trabalha sob a ótica de mercado, devido aos custos (as despesas para as operadoras de planos de saúde). Sinteticamente, nas respostas sobre o tópico 1, os atores mencionaram como pontos críticos do sistema: sinistralidade, indiferença quanto aos dados ANS (Ator 2 Sírio-Libanês e ator 8 Einstein), peso da internações, cirurgias e medicamentos, problema da longevidade, mutualismo, sustentabilidade, preocupação com beneficiários e falta de transparência nos dados ANS.

O tópico de pesquisa 2 averiguou sobre a preocupação com custos e despesas de tratamento nas indicações de tratamentos médicos-hospitalares.

O Ator 1 (Fenasaúde) explicou que a questão é complexa, pois há uma rede de hierarquia, na qual ele, o médico, ganha conforme o volume de serviços prestados. Portanto, o profissional médico vai pretender prestar mais serviços. Explicou também que há um incentivo para colocar o material mais caro e não o

mais barato, porque, dessa maneira, a remuneração do médico é maior: “se ele pode fazer um tratamento custar mais sem ter que custear, ele faz, pois sente que não está onerando o beneficiário. a preocupação é chegar à renda que ele quer”.

O Ator 2 (Sírio-Libanês) não respondeu diretamente, apenas mostrou saber que “os prestadores mais saudáveis do mercado são os verticalizados”. A afirmação mostra preocupação com a saúde financeira dos prestadores.

O Ator 3 (CREMESP) explica que, institucionalmente, o CREMESP não faz esse tipo de impacto no custo, pois seu papel não é ter jurisdição sobre o médico: “se o médico tiver alguma suspeição sobre ética, ele responde perante o conselho, [...] isso é denunciado aqui e nós nos aprofundamos no tema específico”.

O Ator 4 (Bradesco Saúde) explica que os custos não são bem compreendidos pela população, pela imprensa nem mesmo pela própria Justiça e pondera sobre a chamada inflação médica. “ela é alta em todos os lugares do mundo, e mais alta do que a inflação normal em todos os lugares do mundo”.

Sobre esse segundo tópico, o Ator 5 (assessora técnica PROCON) manifestou a opinião de que o custo individual de um atendimento recomendado é uma discussão entre operadora e prestador e não problema do consumidor.

O Ator 6 (Supervisora PROCON) julga que as despesas fazem parte do mutualismo e que faz parte da cadeia fato de uns utilizarem o serviço enquanto outros, não. Não acha que a agência deveria preocupar-se em equilibrar a questão econômico-financeira, julgando mais importante o equilíbrio da relação consumidor-fornecedor: “e quem pensa no equilíbrio econômico do consumidor? A agência foi criada para o equilíbrio do mercado e não só das operadoras. Na cadeia, sempre o consumidor é mais prejudicado, enquanto os gigantes estão brigando”. Em uníssono com sua colega de PROCON, mostrou uniformidade de valores institucionais, expondo a falta de prevenção em saúde e o impacto disso no valor das despesas, que poderiam ser equilibradas: “se ele tiver que pagar além da mensalidade, ele não vai fazer. Só se vai no médico quando se está doente. O custo social é muito grande, quando não existe a prevenção”.

Para o Ator 7 (AMB), a grande massa dos médicos, mais de 90%, pensa no paciente e não nas despesas. Ele acha que a saúde é única e não devia ser

separada, pois, sendo única, é atendida por dois entes: o público e o suplementar. Para ele, 2% são os interessados em lucro e o possível desequilíbrio das despesas pode estar relacionado à denúncia da máfia das próteses: “na questão das despesas exageradas com próteses, um médico em congresso nos cobrou denúncia sobre esses profissionais antiéticos. Ora, é ele que sabe quem são os bandidos, ele que tem que nos avisar. Primeiro, nem temos poder de polícia, e o Conselho Federal de Medicina apenas fiscaliza, ele não é polícia. Eu falei: quem tem conhecimento do bandido é você, e você não o denuncia. Se denunciar, o Conselho vai punir”.

O Ator 8 (Einstein) respondeu que não há limite de utilização de recursos nem por parte dele nem por parte da organização para a qual trabalha: “veja, você está me entrevistando no Einstein. O Einstein não limita nossa tecnologia, eu faço o que agrega valor para o tratamento do paciente. Isso não quer dizer que vou usar a tecnologia mais cara. Somente se ocorrer algo para prejudicar o paciente [...], o médico é posto para fora”.

As opiniões sobre o tópico 2 foram contrastantes. Enquanto alguns atores falam em excessos (Ator 1 Fenasaúde e Ator 7 AMB), outros reconhecem excessos, mas defendem os pedidos de procedimentos como inerentes à prática médica (Ator 3 CREMESP e Ator 8 Einstein). O Ator 4 (Bradesco Saúde) explica a complexidade da inflação médica, que inclui tecnologia, e o Ator 2 (Sírio-Libanês) reconhece que os prestadores verticalizados são quem menos desperdiça, mostrando novamente preocupação com a gestão e a sustentabilidade do sistema. Sobre esse último aspecto, os atores 5 e 6, do PROCON, revelam que os custos são inerentes ao negócio, portanto, não devem ser de preocupação pública ou do beneficiário. Os Atores 4 (Bradesco Saúde) e 7 (AMB), apesar de representarem de organizações que traduzem as lógicas mercadológica e médica, mencionaram preocupação com a coisa pública, comentando sobre a sustentabilidade do setor, levando em consideração a inflação médica e a insatisfação com uma política una, ou seja, que considera a saúde pública e a saúde suplementar.

O Ator 8 (Einstein) também revelou sua preocupação com o doente, além de atuar na sua esfera com independência, para utilizar-se de valores e práticas presentes na prática médica. O Ator 7 (AMB) mencionou que o CREMESP está ciente da máfia das próteses e que casos assim devem ser denunciados ao Conselho, para que sejam investigados.

Os comentários e pontos críticos levantados nas respostas sobre o tópico 2 incluíram as seguintes variáveis: verticalização, denúncias no CREMESP, inflação médica, reajustes, equilíbrio econômico financeiro do beneficiário, falta de política de saúde, fraudes, uso ilimitado de tecnologias, máfia das próteses.

O tópico 3 foi utilizado para perguntar aos atores se o peso de cada item na distribuição das despesas seria, em sua percepção, o esperado.

O Ator 1 (Fenasaúde) explicou que o incentivo está montado para que as pessoas internem-se mais do que o necessário, pois há um terceiro pagando por isso, ou seja, o plano de saúde: “quanto mais caro o material, maior será o ganho do hospital fazendo essa revenda, vamos chamar assim. Ele vai contar com o apoio do médico que vai indicar pacientes daquele uso”.

O Ator 2 (Sírio-Libanês) não comentou a distribuição específica, dizendo ter em mãos apenas o *ticket* médio das internações dos hospitais da ANAHP e não de todo o sistema: “por CID talvez você não vá achar, mas a gente está declarando por CID, sim”. Portanto, pelo menos os hospitais da rede ANAHP sabem as despesas médias de internação por procedimento, mas não se envolvem em valores agregados do sistema

O Ator 3 (CREMESP) revelou não conseguir fornecer tal resposta, pois reconhece a complexidade envolvida devido às inúmeras especialidades médicas e à amplitude de tratamentos: “não consigo apontar. Para cada paciente, para cada médico e para cada especialidade tem uma visão de urgência. Então não consigo fazer tal apontamento”.

A análise do Ator 4 (Bradesco Saúde) revela que o Bradesco Saúde tem essa informação planilhada em pesos percentuais e que medicamento pesa muito, porque traz o forte impacto da importação, do dólar, bem como dos equipamentos importados: “Um aparelho de tomografia computadorizada, que cada vez se usa mais, ele tem um peso significativo. O medicamento é pior na minha visão, por causa da distribuição do laboratório até chegar no consumidor final”. Em suma, não considera a distribuição de itens de despesa adequada, mas esperada, pois medicamento pesa muito, tendo em conta a cadeia de intervenientes.

O Ator 5 (Assessora técnica PROCON) computa o aparente desequilíbrio sobre o excesso de exames e procedimentos à falta de uma política de prevenção, o

que poderia causar problemas de diagnóstico. Foi trazido o caso da cesariana, que seria excesso de internações e cirurgias: “quantos anos e agora se fala em excesso, isso é um dado público. O que foi feito com isso de lá para cá? O que foi feito em política pública? Pouco se fez e então você negativa na ponta? É uma construção a ser feita”. Para não haver exames em excesso, sugeriu a existência de uma política pública formal de prevenção, que passaria por profissionais de saúde, escolas, hospitais, laboratórios, operadoras, para além da conscientização do consumidor: “na merenda escolar, a gente viu darem salsicha, toddynho, bolacha, refrigerante, que tinham que ser abolidos. Tem que fazer uma grande parceria, para ter política de prevenção, para melhorar a saúde”.

O Ator 6 (Supervisora PROCON), comparativamente, afirmou que os outros países aparentemente não fazem tantos exames, o que considera um discurso perigoso, uma vez que o sistema tenta resolver, na ponta do consumidor, um problema que pode advir até da formação dos médicos ou de o modelo ter médico de família ou não: “Hoje o mercado está desequilibrado em relação ao consumidor. Ele paga e tem negativa de cobertura”. Citou a importância dos exames para a prevenção: “muitas vezes, o fato de não se fazer exames, não ir ao médico ou não se cuidar, faz com que você tenha problemas e o custo da saúde até tende a aumentar com isso. Tem que tomar cuidado com esse discurso que o excessivo diagnóstico aumenta o custo da saúde. Há uma questão de prevenção que a gente tem mais é que estimular”.

O Ator 7 (AMB) julga haver má distribuição generalizada de internações. Para ele não há necessidade de 437 mil leitos no país, apenas 210 mil leitos, e há perdas com essa conta, pois somente 20 leitos de 50 são ocupados. Paralelamente, diz que “Rede D’Or e São Luiz estão crescendo e ganhando dinheiro com hospitais de ponta, que determinam um padrão de preço e partem para a comercialização da medicina desorganizadamente, então, como não ganham dinheiro? Essa situação, nós precisamos dominar. Se isso custa 10, quantos mais vão precisar, um por cento da população? Então eu peço que a empresa distribua no Brasil. Vou pagar 10 e não 500 ou 50, e não o fulano que vendeu para o fulano que distribui para o fulano”. Ele diz ter consciência de que há excesso de exames e comentou que o Brasil faz o dobro da média mundial de tomografias por mil habitantes: “Olha, quanto dinheiro é jogado pelo ralo”.

O Ator 8 (Einstein) mencionou, com relação aos pedidos redundantes, a implantação feita pelo hospital de prontuário eletrônico: “Trabalhamos com isso antes de acontecer”, diz, referindo-se à redundância generalizada de exames. Esse ator concorda com as reclamações na mídia de que as pessoas exageram no uso de tecnologia: “Boa parte é verdade em superutilização, fraudes existem. As queixas são reais. Tudo na vida é assim, mas tem que ter regras pra isso”. Já foi visto na pesquisa bibliográfica, a recomendação de cuidados na hora de implementação de prontuário eletrônico por parte de Mark (2007), cuja pesquisa mostrou que a o prontuário eletrônico no Reino Unido foi projetado para servir a interesses contrários aos dos pacientes.

O Ator 1 (Fenasaúde) crítica a falta de preocupação do sistema com despesas de tratamento. Para ele, os prestadores de serviço utilizam-no forma mercantilista, deixando os pacientes internados por mais tempo que o necessário. O Ator 2 não mencionou desequilíbrios, pois tem como base de controle e gestão de tratamentos os números da ANAHP, cujos hospitais e prestadores têm algum nível de governança corporativa. O Ator 3 reconhece a complexidade do tema, já que cada tratamento envolve diferentes despesas. O Ator 4 explica que medicamentos pesam no valor agregado de despesas e atribui isso à carga tributária, que ele criticou. Os Atores 5 e 6, do PROCON, reconhecem excessos de exames, mas não mencionam grandezas numéricas. Criticam a falta de política preventiva, por causar mais enfermidades, consequentemente, mais despesas em saúde.

No tópico 3, alguns atores apresentaram preocupações não somente típicas da instituição que representam. Um exemplo é o Ator 7 (AMB) que, apesar de, na maior parte do tempo, expressar-se em defesa da profissão médica, também comenta as deficiências em política de saúde, mostrando preocupação com a coisa pública. Há um ponto de intersecção nas respostas dos atores 7 e 4. Quando indagou-se do primeiro se o problema da indústria seria também o problema da cadeia produtiva mencionada pelo Ator 4 (Bradesco Saúde), ele respondeu “exatamente”. Nesses termos, ambos concordam sobre o mesmo problema setorial. De acordo com o Ator 7 (AMB): “Isso se derruba, fazendo um projeto de saúde único, tenho que fazer regras como gestor”.

Vindo de encontro ao discurso do Ator 5 (PROCON), a diretora da ANS, Karla Coelho, chamou a atenção para o problema da falta de prevenção e cuidados com variáveis em saúde, que podem desencadear despesas maiores:

Nos beneficiários da saúde suplementar na última pesquisa, 53% já tinham sobrepeso e obesidade, e todas as complicações de obesidade e sobrepeso que nós temos para doenças crônicas com o envelhecimento populacional, como acidente vascular cerebral, diabetes, doenças cardíacas, e até questões de saúde mental, como depressão e suicídio (WORKSHOP DE ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO CNSEG, 2018).

De uma maneira geral, os atores estão cientes de que desconhecem a distribuição de itens de despesa. Ainda assim, sabem que há desequilíbrios evidentes, pela menção dos exemplos de excessos de cesariana (cirurgias), falta de política pública e excessos de distribuidores na cadeia industrial de saúde. O Ator 8 (Einstein) mencionou a fraude em superutilização de tecnologias.

A pesquisa pela distribuição de itens foi feita na parte documental na pesquisa, e a Fenasaúde apenas menciona os aumentos de internações, terapias e exames num certo período, não fornecendo essa evolução anual. O INSS e ABRAMGE tampouco forneceram estes dados.

Os pontos críticos mencionados pelos respondentes são: internações prolongadas, *ticket* médio de gastos, complexidade da distribuição de gastos, falta de prevenção, falta de médico de família, má utilização de recursos, implantação de prontuário eletrônico.

Nas entrevistas, o tópico 4 foi utilizado para perguntar se o ator tem conhecimento do controle ou da contabilidade dessas despesas por parte da ANS e sua divulgação.

O Ator 1 (Fenasaúde) respondeu que, no Brasil, não há sistema regulatório que dê transparência a esses dados. A cada três meses, a operadora deve enviar dados e publicar balanços, além de mandar, mensalmente, informação para a ANS, que, por sua vez, publica-as no site. Enquanto isso, hospitais, clínicas e laboratórios estão alheios a esse movimento, com exceção dos líderes do mercado hospitalar, a quem ele atribuiu um nível mais adequado de governança corporativa, portanto, maior transparência, pois seus dados precisam ser publicados a cada três meses.

O Ator 2 (Sírio-Libanês) foi o único a achar adequada a divulgação de dados pela ANS, apesar de ter, por referência, dados da ANAHP: “Acho que está adequado o tratamento de custos. Mas, o que a gente estudou aqui, no Observatório

ANAHP, foi o desempenho por tipo de operadora”. Sobre a transparência da ANS: “acho que está adequada, tem dados até por diagnóstico”.

O Ator 3 (CREMESP) revelou que os dados de despesas são discriminados, sendo possível levantá-los nas operadoras. Na ANS, não sabe dizer se é possível. “Qual seu objetivo, é dissecar e ver quanto que cada segmento impacta no custo? Eu penso que fazendo a dissecação das contas dos pacientes, isso as operadoras fazem, especialmente as Unimed e operadoras que são proprietárias de hospital, pois elas têm o impacto de serviço de apoio e de tratamento e de assistência”.

O Ator 4 (Bradesco Saúde) respondeu que praticamente todo o setor reclama sobre a transparência disso na ANS. No Bradesco, os dados de procedimentos são públicos e enviados todo mês para a ANS. Portanto, ela tem os dados, tem competência de saber e sabe a distribuição de custo por procedimento: “A ANS tem autoridade para saber quanto custa cada procedimento, ela tem competência para determinar qual deve ser o valor do reajuste. E os valores agregados ela tem, quanto custou cada cirurgia e procedimento. Peça a composição a eles por grupos de procedimentos, eu acho que ela vai te dar”.

O Ator 5 (assessora técnica PROCON) não pede a prestação de contas de cada operadora, por considerar isso papel da agência ANS e ignora se a agência tem essa distribuição: “não sei se agência tem, mas deveria ter. Eu sei que as operadoras têm obrigação de mandar os dados. Não sei o que compõe a documentação. Se é auditado ou não, não sabemos”.

O Ator 6 (Supervisora PROCON) revelou que sente falta de acesso às contas da ANS, pois nunca sabe por que o valor dos reajustes dos planos de saúde é, em sua avaliação, elevado e superior ao custo da inflação: “A gente não tem acesso a essas informações. Como a ANS faz o reajuste? Ela pega os coletivos e dá o reajuste. E quem decide os coletivos é a operadora. Como é isso? A gente não sabe se isso é auditado, se os dados são corretos. Por que o custo é tão elevado, como no exemplo de alguns materiais? Isso não seria uma coisa entre a agência e as operadoras, que deviam intervir no caso do preço da gaze, que pode ser dez vezes maior de um hospital para outro? Mas é muito mais fácil colocar o custo na sinistralidade e colocar a conta no consumidor, então, você, ao invés de resolver o problema lá na raiz, você joga na ponta do consumidor, aumentando o custo do reajuste”.

O Ator 7 (AMB) discorda dos dados da ANS sobre as despesas ou a lucratividade das operadoras. Citou uma reunião na qual respondeu o seguinte ao funcionário da Receita que informou ser de 2% a lucratividade das operadoras: “E como você compra um negócio que só dá 2% de lucro ao ano? O que o senhor me diz disso? Ele me respondeu que não dá para acreditar, mas tem que respeitar as informações que chegam (da ANS). Não podemos concordar, mas temos que trabalhar em cima do que está dado. Na verdade, é preciso que a ANS, como todas as agências nacionais, mude os seus rumos de trabalho, porque elas foram criadas em um viés que é único: o estado queria tomar conta do privado. Isso é o pensamento socialista que nós estamos suportando desde a década de 80”.

O Ator 8 (Einstein) desconhece a distribuição de despesas agregadas na ANS e sua divulgação, pois sua medida de gestão de despesas é a medida do hospital em que trabalha.

O tópico de discussão revelou desconhecimento generalizado das despesas agregadas por parte do setor. Os atores listaram várias motivações diferentes para tal: problema de transparência e divulgação (atores 1, 3 e 4); falta de divulgação dos dados (Ator 6 Supervisora PROCON); falta de auditoria dos dados (Ator 5 Assessora técnica PROCON). Os atores 2 e 8, por trabalharem em hospitais de tecnologia de ponta, têm como súmula de dados agregados, valores e indicadores próprios, gerados internamente no caso do Ator 8 (Einstein) e por meio de associação ANAHP, no caso do Ator 2 (Sírio-Libanês). Nenhum dos dois mencionou detalhes sobre a falta de acompanhamento dos dados ANS, mas dão indicativos de estarem trabalhando em hospitais de governança própria, praticamente separados da atuação da ANS.

Quase todos os atores criticam a falta de publicidade de dados por parte da ANS, com exceção do ator 2 (Sírio-Libanês), talvez por ser figura pública e influente na saúde suplementar. No entanto, ele utiliza infomação da ANAHP e não da ANS.

O Ator 8 alega não existirem esses dados, no Brasil, fora do complexo Einstein, a única instituição que tem controle sobre o resultado clínico (custo-efetividade dos tratamentos). O mesmo ainda explicou, ainda que, diferente do que pensa o Ator 4 (Bradesco Saúde), somente quem presta o serviço (prestadores e hospitais) tem todos os dados, porque controla a entrada do paciente e não é obrigado a prestar todas suas informações às operadoras que, por sua vez,

tampouco são obrigadas a passar todos os dados de seus tratamento e operações à ANS.

O tópico 5 das entrevistas abordou a visão dos atores sobre inclusão de procedimentos no rol da ANS.

O Ator 1 (Fenasaúde) deixou explícito que o sistema, da maneira como está montado, não produzirá o melhor resultado em saúde e, muito menos, resultado financeiro adequado: “no seu exemplo da sinusite, por exemplo, você não vai usar da técnica melhor para tratá-la, mas a mais cara, e isso vale para tudo”.

Para o Ator 2 (Sírio-Libanês), quando se inclui um procedimento, as operadoras alegam que o custo vai aumentar, “e elas têm razão”. Ele defende a necessidade de repactuar o valor do plano, para poder cobrir esses custos adicionais.

O Ator 3 (CREMESP) explicou que médico sempre sugere as tecnologias inovadoras, geralmente, mais caras, uma vez que começam sempre disponibilizadas com uma produção pequena: “a partir do momento que ela aumenta a produção e se democratiza, ela vai baratear, a margem fica menor, mas a indústria ganha mais na quantidade; a exceção é quando ela começa barata”. Segundo o Ator 3 (CREMESP), tradicionalmente, foi sempre a AMB quem propôs quais procedimentos deveriam fazer parte do rol criado pela associação em meados dos anos 80, a tabela AMB, negociando com os outros entes com competência sobre a matéria. A tabela é renovada anualmente, com a inclusão dos novos tratamentos. O problema é que muitas operadoras, ao invés de atualizar a tabela, começaram a usar a antiga tabela AMB, principalmente a de 1992, já caduca, na qual a remuneração dos médicos é menor e faltam alguns procedimentos. Nas palavras do Ator 3 (CREMESP): “então essa é uma das dificuldades que a classe médica tem para lidar com determinadas operadoras, pois elas usam como referência uma tabela AMB antiga. Não existem muitos procedimentos novos e os que, têm estão em um preço velho”.

O Ator 4 (Bradesco Saúde) responde pela instituição, que encara como necessidade permanente de renovação tecnológica.

O Ator 5 (assessora técnica PROCON) esclarece que várias pessoas, via entidades, participam da sugestão de inclusão no rol. Na visão do PROCON, deve ser por indicação médica, não por inclusão no rol. Assim, se houver negativa por

parte da operadora e o consumidor chegar com o pedido médico, o PROCON recebe a reclamação, pois um profissional habilitado entende que cabe aquele tratamento: “Não é o PROCON que vai dizer que não. Se a operadora negou o atendimento, nós vamos receber a reclamação. Para a gente basta alguém habilitado solicitar um tratamento. Eu não vou entrar no mérito individualmente, se cabe ou não aquele procedimento, se ele está no rol ou não”.

Para o Ator 5 (assessora técnica PROCON), a velocidade de inclusão de tecnologias é insuficiente, por parte da ANS, e deveria haver mais inclusão por critérios técnicos: “Uma coisa é você propiciar participação e outra coisa é você ter representação diversa. Você é acatado no que é recomendado? Se você tem toda essa participação, até uma concordância da ANS e depois, quando chega à instância colegiada de decisão da agência, isso não é acatado, então você tem participação, mas não tem efetividade nessa discussão”.

O Ator 6 (Supervisora PROCON) tem conhecimento de resolução, cujos critérios de inclusão devem ser analisados em sua relação de custo-benefício para a saúde e sabe que a discussão é pública, não tendo objeções quanto a esse aspecto. Entretanto, entende acata-se pouco, se comparado ao que deveria ser. Segundo o Ator 6 (Supervisora PROCON), o PROCON manda sua contribuição, mesmo sem presença física, em parceria com entidades médicas: “nós não temos conhecimento técnico de que aquele procedimento é melhor para a saúde do consumidor. Então adquirimos esse conhecimento com as entidades especializadas, falamos com IDEC, Proteste, e tem várias entidades de patologias de câncer ABRALE, AMB, todas elas. Só que, no último rol, a gente ficou sabendo que foram aprovados, no CoSaúde, alguns procedimentos e no momento de ditar a resolução, a diretoria colegiada da ANS tirou alguns procedimentos. Mesmo tendo tido parecer técnico do CoSaúde para incluir”.

Para o Ator 7 (AMB), o médico deve indicar os procedimentos que entende serem os melhores. Isso pode ser programado, pois há, por exemplo, excesso de leitos. Todavia, entende que o sistema como um todo, não somente o rol, compra muita coisa e oferece muita coisa, mas não utiliza as tecnologias do rol de maneira adequadas. afirma usar sempre adequada: “Isso tudo é feito sem política, tudo desorganizado”.

O Ator 8 (Einstein) diz sempre usar a tecnologia de ponta antes mesmo antes de ser apresentada à ANS e tem liberdade de escolha nas indicações, que independem totalmente do rol de procedimentos.

Destacaram-se algumas variáveis sobre inclusão de procedimentos: repactuação de orçamentos, visando inclusão de tecnologias; novas tecnologias, mais caras; indiferença em relação ao rol; importância das indicações médicas.

As respostas coletadas sobre o item de inclusão de tecnologias apresentaram um cânon da maioria dos atores, expressando uma combinação entre necessidade de tecnologia e preocupação com os custos advindos dessa necessidade, com exceção foi dos atores 5 e 6, que estão completamente apartados do tema sustentabilidade do sistema, a preocupação está centrada no usuário (beneficiário). Ademais, tais atores não têm, como base de tecnologia, o rol da ANS e, sim, a indicação médica. Nesse caso, um órgão público de defesa ao beneficiário está em contradição com outro órgão público que determina o uso da tecnologia a ser utilizada. Isto revela discordância de 2 entes componentes da esfera que cuida de interesses públicos, ambos participantes do campo pesquisado.

Os tópicos 6 e 7 trataram da participação dos atores nos comitês que cuidam de inclusão de procedimentos e da necessidade de inclusão, segundo a visão de cada ator.

O Ator 1 (Fenasaúde) entende e que a ANS tem a regra de convidar todo ator do mercado. Embora haja o Cosaúde como comitê técnico de avaliação, não existe ainda uma regulamentação clara sobre isso. Desta forma, não se sabe qual é a regra de priorização em inclusão: “eu vou priorizar a demanda dos portadores de sífilis ou eu vou priorizar os portadores de doença de Alzheimer? Qual o critério que eu vou utilizar para incorporar um ou o outro? Quando você não tem um sistema de critério desenhado, o que vale é a pressão”.

Na visão do Ator 2 (Sírio-Libanês), os comitês de inclusão funcionam. Todavia, deve-se levar em consideração a sustentabilidade do sistema: “se eliminarmos o desperdício, talvez consigamos incorporar o que é preciso e preservar a sustentabilidade do sistema”. Institucionalmente, o Ator 2 (Sírio-Libanês) considera que o médico deve determinar se a tecnologia tem valor e é pertinente. Isso significa zero ou um na fórmula de valor e que a tecnologia deve ser aplicada somente para

os pacientes que vão se beneficiar dela, senão, torna-se desperdício. Considera, ainda, que a regra vale para a operadora e para o prestador, pois, ao beneficiário, importa o serviço que está recebendo. Também salientou que, apesar de olharem o desperdício, não querem cortar custos justificados, pois se trata de uma evolução da fórmula clássica de resultado por menor custo possível, o que, para ele, seria um entendimento simplista: “não é qualquer custo que entra que piora o resultado, pois os justificados melhoram os resultados. O custo de vacinação, prevenção, da mamografia para as mulheres de risco de determinada idade, se justificam. Você vai cortar esse custo?” Quando indagado sobre como identificar e eliminar desperdícios, o Ator 2 (Sírio-Libanês) respondeu ser quase impossível quantificar. Todavia, sabe-se, no mercado de saúde, ser possível diminuir 30% em despesas se “você fizesse só a coisa certa”. No caso, a coisa certa seria observar os custos onde o sistema de saúde encontra-se mais integrado, ou seja, na Costa Oeste americana (mercado da operadora Kaiser Permanente), onde o custo é bem menor do que na Costa Leste, cujo sistema não é integrado, de acordo com pesquisas.

O Ator 3 (CREMESP) sente falta de um diálogo mais próximo com a agência ANS, de forma a poder discutir a incorporação ou não de novas tecnologias, por causarem pouca influência nas decisões técnicas da ANS sobre inclusões de tecnologia: “as câmaras convocadas pela ANS são apenas consultivas, não têm poder decisório. Muitas vezes as entidades enviam técnicos, para participar da discussão, mas não da decisão”. Lembra, ainda, que a ANS é responsável por analisar, quando entra uma nova tecnologia ou medicamento, e verificar, em primeiro lugar, se ela realmente é aplicável do ponto científico, se tem fundamento tecnológico, se a população vai realmente se beneficiar dela. “às vezes, a ANS aprova uma utilização de medicamento, órteses. Ela não libera para outro tipo. Por exemplo, [...] o polimetilmetacrilato, um silicone que [...] está aprovado para tratamento de sequelas de doenças crônicas graves, por exemplo, portadores de AIDS, eles têm uma síndrome e ficam com aparência cadavérica. Então é permitido que se use o preenchimento com esse produto, para auxiliar no formato mais digno no rosto. Mas não está autorizado para cirurgias estéticas que não sejam reparadoras [...], a substância migra e vem para o queixo, pescoço [...], sai do lugar. É considerado liberado, então, ele é comercializado no Brasil, mas é especificamente em casos específicos. A disseminação do uso se dá de uma maneira irregular, de modo que quando o paciente vem denunciar aqui no Conselho

sobre utilização inadequada disto, nós processamos o médico. Obviamente, as operadoras se negam a pagar, quando a indicação é como essa”.

O Ator 4 (Bradesco Saúde) defende a posição da ANS, com indicação sob a justificativa da possibilidade de haver um viés mercantilista por parte da agência: “a ANS sabe o custo de inclusão de tecnologias, então como sabe que a inflação é alta, não se pode incluir tudo. Então, por isso se diz que ela está do lado das operadoras. Mas não é isso, ela vê todos os números de todos, por isso ela solta um reajuste menor do que precisamos, pois, o nosso custo é alto e o do resto do Brasil é mais baixo”.

O Ator 5 (Assessora técnica PROCON) mostra insatisfação por não se chamar a população: “Não vemos conselhos de saúde com a comunidade. Quem está fazendo regulação, política pública e mudança legislativa deveria ouvir a população. Deveria se preocupar em divulgar bastante para a população, pois tem muito segmento organizado na área de saúde. Não tem facilitação de discussão, do que a população está precisando”. Considera, ainda, que a ANS presta um desserviço, ao divulgar contrainformação em inclusões, e dá, como exemplo, quando a agência fala sobre tecnologia e cobra participação econômica do beneficiário, divulgando como se fosse sempre verdadeiramente benéfico, barateando e facilitando acesso, aspecto com o qual ela não concorda: “Pela informação que está chegando, não há uma clareza; a verdade é que você vai pagar muito mais, vai pagar por cada procedimento. A informação não chega à população”.

O Ator 6 (Supervisora PROCON) tem a impressão de que não são escutados como gostariam.

Para atender à população, o Ator 7 (AMB) defende que o Co-Saúde deveria pensar em saídas viáveis, para dar suporte ao custeio de tecnologias. “Se decide pela inovação trazida para cá, e aí é inserida na CBHPM² e daí já começa a ser cobrado para se tornar elemento do rol. Aí quem decide é a ANS e que tem um viés escancarado das operadoras autorizando ou não”.

O Ator 8 (Einstein) não enxerga a participação direta do Hospital Abert Einstein nesses comitês, mas está envolvido diretamente na influência que a organização tem em apresentar novas tecnologias no país, pois são hospitais de ponta: “não tenho a menor ideia de como são os comitês da ANS, eles devem fazer estudos. Não temos influência nesses comitês e não somos consultados”. Ainda que

² CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.

o Hospital Albert Einstein seja de tecnologia de ponta reconhecido internacionalmente, não houve convite por parte da ANS ou iniciativa do hospital, para compartilhamento de contribuições técnicas.

Cabe uma observação aos recorrentes comentários do Ator 2 sobre a variável desperdício como fator impactante no aumento das despesas hospitalares. A importância que ele dá a isso se deve ao fato de, como médico e gestor hospitalar de renome, valorizar a eficiência da operação hospitalar. A pesquisa a que esse ator referiu-se, estima, em 30%, os gastos com desperdícios nos Estados Unidos, dos US\$ 2,6 trilhões anuais de gastos em saúde (GIBSON; SINGH, 2010). As perdas referem-se a procedimentos desnecessários e ineficiências do sistema e fraudes.

Como se observa, todos os atores trabalham completamente destacados da atuação da ANS em tecnologia. Em um raro uníssono, todos revelam não participar de nenhuma decisão do Co-Saúde, responsável pela inclusão de procedimentos no rol da ANS e que se reúne a cada dois anos. De fato, na entrevista do Ator 7 (AMB), em um evento paralelo à entrevista dada, foi comentada a insatisfação da AMB em que houvesse na mesa do Co-Saúde, médicos especialistas que fizessem pareceres, de forma que as indicações da AMB em tratamentos sejam levadas em consideração pela ANS, o que hoje não acontece. Esse ponto foi explorado pelos profissionais reunidos no evento sediado na AMB (Reunião de Defesa Profissional), na sede da AMB, em 07 de agosto de 2018.

Segue um trecho gravado nesta reunião, durante a exposição da Dra. M.G. da AMB, quando se referia à reunião do Co-Saúde no dia anterior (06/08/2018): “Ontem um doutor de Ribeirão falou que não iria participar do CoSaúde, pois se sentiria deslocado desta reunião. Outros membros do CoSaúde exigiram a presença de especialistas. Isso foi muito bom, inclusive houve um representante do Conselho Federal de Odontologia que perguntou aonde estaria o especialista de hematologia ou nefrologia também para discutirem a questão. Então, essa tem sido a tônica da ANS, porque a nova diretora não é médica, veio da fiscalização, é muito modelo cara-crachá”. O diretor da AMB (Ator 7) completou: “os funcionários da ANS são engessados por regimento e pelo estatuto [...], e estão trabalhando claramente contra o interesse do médico interferindo em alguma coisa. O interesse deles é atender um preceito que foi estabelecido sei lá como, e tentam engessar a situação. [...] Desde sua criação a ANS foi criada, para servir às operadoras. Isso só vai mudar quando nós intervirmos no Congresso Nacional”. Um terceiro participante da reunião

de defesa técnica da AMB citou a participação da doutora Raquel Lisboa em diretoria de colegiado da ANS, citando a atitude da médica: “Ela comprou uma briga com a Simone da ANS e disse que iria falar pelo CRM dela. E ela falou: vocês da diretoria (ANS) não têm competência para falar desse assunto. Esse assunto é médico”.

Percebe-se, ainda, um claro contraste. Enquanto os atores prestadores revelam que a tecnologia está sendo usada, mas com geração de despesas, o Ator 3 (CREMESP) diz haver inclusão com critérios médicos, os atores que representam o PROCON, que a inclusão está aquém, dada a falta de participação pública para saber o que a população precisa em relação à tecnologia.

O Ator 2 (Sírio-Libanês) explicou a contribuição que representa, para ele, a fórmula de custo-efetividade: “se não é utilizada, deveria, por parte de todos”. Essa fórmula considera os custos de tecnologia de tratamento, mas introduz a redução de desperdícios. Isso significa que a tecnologia é cara e deve ser aplicada somente nos casos específicos em que terá retorno, critério de aplicação que deve ser seguido por toda a cadeia de saúde: “a operadora tem que checar o prestador com base nisso, senão não ela está acrescentando valor para o beneficiário dela. Valor é para todos os elos da cadeia, não só para prestador, é para todo mundo”. Nesse caso, quando se fala em valor, a lógica é de custo-efetividade, ressaltando preocupações com sustentabilidade e entrega de valor.

O discurso do Ator 5 (Assessora técnica PROCON) ressalta a necessidade de a população ser consultada em suas necessidades em saúde. Essa prioridade pode ser uma preocupação com as famílias de beneficiários e com a população, de maneira geral. Todavia, parte de uma preocupação com o cidadão enquanto núcleo social familiar.

O tópico 8 trata da percepção dos atores sobre o impacto da inclusão de tecnologias nas despesas.

O Ator 1 (Fenasaúde) entende que o adicional vem em forma de mensalidade e não há outra forma de financiar essas incorporações: “quando não se tem um teto, cria-se a falsa impressão que as coisas vêm de graça, eles não vão influenciar a mensalidade que as pessoas pagam no ano seguinte [...] o problema é que, muitas vezes, isso não fica claro. O problema da falta de transparência é esse, o custo-

efetividade não está sendo avaliado [...] ficou tão evidente agora que se tem que considerar, não é economista querendo reduzir custo. [...] não é que as pessoas não precisem daquilo, as pessoas precisam muito, mas alguém estará pagando mais para financiar aquilo [...] você está jogando mais custo para essas pessoas e de uma forma não transparente, não clara. Você não está avisando as pessoas que, pelos estudos, isso vai ser melhor, você simplesmente empurra goela abaixo e depois cabe aos planos de saúde explicar por que os custos estão aumentando”.

Para o Ator 2 (Sírio-Libanês), ninguém no campo - nem as operadoras, tampouco os beneficiários, consegue mais pagar pela inclusão de tecnologias e atribuiu essa situação ao desequilíbrio do setor. Por outro lado, para ele, a parte onerosa emergente é o envelhecimento da população, tema mais estudado em artigos acadêmicos e apenas recentemente abordado pela imprensa: “esse é o maior fator de custo, pois quem tem mais idade, tem idade, tem mais doença, e vai precisar de mais internação, exame e cirurgia”. Também veio à tona a falta de cultura preventiva no Brasil, de maneira geral, principalmente na saúde suplementar: “a gente faz pouca prevenção, os planos fazem pouca prevenção em saúde”.

O Ator 3 (CREMESP) explica que o custo é nivelado entre os prestadores, que reportam os aumentos à ANS: “as operadoras são obrigadas a ofertar tudo o que a ANS tiver aprovado. A operadora não tem essa liberalidade de vender um produto que não seja completo”. Como diretor de tesouraria, faz uma sugestão para diminuir os custos: “Naturalmente há o custo das internações longas, que pode ser minimizado com as *homecares*”.

O Ator 4 (Bradesco Saúde) esclareceu que, no tema despesas e custos, a instituição analisa quanto se paga pela estadia média, estudando a cadeia de distribuição, os impostos, bem como o controle da entrada de pacientes. O hospital paga imposto baixo para equipamentos de alta tecnologia e novos medicamentos de ponta. Se for Fundação, o imposto é zero, como o caso da Fundação Albert Einstein: “Pelo poder econômico do Bradesco, o controle é feito impondo-se níveis de custo”.

A ótica do Ator 5 (assessora técnica PROCON) é bastante distinta. Para ele, como as novas tecnologias não vêm acompanhadas de políticas públicas de prevenção, o custo tende a crescer cada vez mais, pelo aumento de sinistralidade nos planos, com impactos de despesas crescentes por parte das operadoras.

Conforme o Ator 7 (AMB) explicou, o que encarece na medicina é a utilização enviesada, ou seja, o médico é convidado a conhecer o processo de produção de

um medicamento ou produto e vai utilizar o produto que conhece, ou seja, não o mais barato, mas aquele cuja empresa gastou maior verba de marketing em treinar o médico, o que esse ator considera “um viés pior do que participação em congressos. Para congresso não pode ir. Quando você vai para um congresso, você vai lá e vê quinhentos expositores. Quando você me paga para ir na sua empresa, estou vendo só o seu produto. É muito pior. Isso é o *compliance* americano, e estamos à mercê, pois ninguém para para pensar nisso. Às vezes, nem entra interesse financeiro, mas de conhecer um produto que é divulgado como de ponta [...] A partir do respeito pelo médico e sua rotina, pedir ao médico que, ao invés de usar a tecnologia mais cara disponível dentro ou fora do rol, por exemplo, numa prótese de ombro reversa, que tal um reparo do ligamento, vai dar uma sobrevida nesse ombro. A proposta é: vamos colocar a prótese não em todo mundo, mas apenas naqueles 10% que não têm outra solução. Quando eu faço isso, eu barateio o custo e não uso a tecnologia de ponta”. Sendo assim, ele está valorizando a profissão médica, embora saiba que o médico trabalhou, até hoje, pensando numa forma a proteger sua remuneração. Entretanto, conhece propostas de diminuição de despesas.

O Ator 8 (Einstein), enquanto médico, não se preocupa com as despesas de tratamentos ou novas tecnologias: “Eu penso no custo-efetividade do paciente”, privilegiando a ótica do beneficiário. No tocante às despesas, o Ator 8 (Einstein) é contra as inclusões generalizadas no rol: “Todo mundo tem direito a absolutamente tudo, sai uma fortuna...então não tem limite. Eu acho que tem que ter limite, sim. Uma seguradora faz um contrato com você no qual você tem direito a tudo. Agora, o que eles estão querendo é montar pacotes diferentes hoje em dia. Esse da franquia seria um pacote novo, sairia mais barato para todos. Veja, você escolhe a franquia, eu quero fazer uma franquia até 10 mil. Até a franquia quem paga sou, a partir daí cada centavo quem paga é a seguradora [...] A maior parte das famílias não usa um centavo, em um milhão de famílias, eles vão ter um lucro violento, certo? Já as outras que usam, vão pagar o que está no contrato. Aqui só tem um contrato, no qual o paciente tem direito a absolutamente tudo. Na Suíça, o cara está com 80 anos de idade e com câncer, eles não pagam o tratamento, você sabia disso? Se você quiser tratar, você paga. Foi uma decisão social”.

Com relação à prestação de contas à Justiça mencionada pelo ator 5 (PROCON), a pesquisa documental feita, que traz matérias da mídia eletrônica sobre uma auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU), que julgou que a

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não está atuando adequadamente na prática regulatória dos planos de saúde individuais e coletivos, o que favorece a prática de reajustes abusivos contra os consumidores. Em 28 de março de 2018, a Justiça deu um prazo de 180 dias, para a ANS apresentar um plano de providências. A auditoria focou nos reajustes anuais de planos coletivos e individuais. De acordo com a análise, a ANS não possui procedimentos nem mecanismos adequados e suficientes para a prevenção, identificação e correção de reajustes considerados abusivos em seguros coletivos pelo relator do processo.

Cabe à ANS apresentar maiores informações econômico-financeiras das empresas e as práticas abusivas contra os consumidores (CORREIO BRAZILIENSE, 2018). O Ator 6 (Supervisora PROCON) ilustrou a forma como o PROCON enxerga o problema, pensando não em despesas, mas em qualidade de vida, no quanto a inclusão vai beneficiar e no quanto é efetiva: “Na última inclusão de medicamento de câncer via oral, em 2014, foi muito discutido. Em que pese eles serem caros, você deixa o paciente em casa, você não tem o custo hospitalar do paciente, ele não fica exposto a infecção hospitalar. O tratamento é menos gravoso para ele do que no hospital, você dá maior qualidade de vida para ele”.

No quesito despesas, todos os atores defendem pontos de vista contrastantes. O único consenso é que o sistema está sobrecarregado de despesas, devido a várias determinantes, apesar de os participantes não saberem o valor agregado de despesas no sistema.

Como há consciência de que a situação não é sustentável, dada a abrangência de procedimentos contidos no rol, a maioria dos atores contribuiu com sugestões de como diminuir as despesas: publicizar responsabilidade no aumento de custos, repactuar gastos, estudar o peso dos impostos, analisar a participação do número de intermediários no custo final da cadeia, criar políticas de prevenção, preocupar-se com o marketing indutivo de demanda. Uma discussão emergente foi o impacto das despesas do rol sobre toda a sociedade, pela abrangência acumulada de procedimentos, sem se discutir as limitações ao seu uso ou a planos diferenciados em custos e abrangência de procedimentos que compensariam essas inclusões.

O Ator 1 tocou no problema de absorção de despesas por parte do beneficiário, manifestando, portanto preocupação com as despesas e com a capacidade do beneficiário de pagar. O Ator 2 revelou preocupação somente com a

difficuldade em gastar mais com procedimentos novos. Portanto, enquanto gestor de hospital (e não somente médico), defendeu a preocupação com custos e sustentabilidade. Já o Ator 3 defendeu as inclusões e respectivas despesas, privilegiando a lógica médica, mas também se preocupando em dar sugestões para o controle de custos, o que pode ser um viés de sua posição de diretor de tesouraria do CREMESP.

O Ator 4 defende o controle de custos nas inclusões de novas tecnologias, privilegiando, portanto, a lógica de mercado, sem restringir a tecnologia. Portanto, não se opõe às indicações médicas de novas técnicas, nem se contrapõe ao beneficiário em sua busca por tratamento. Todavia, deixa claro que a insituição (Bradesco Saúde) vai utilizar seu poder, para controlar seus custos. No caso dos Atores 5 e 6, há crítica de que todo o problema de inclusão recai sobre os ombros dos beneficiários, onerando as famílias, valorizando os beneficiários e suas famílias. Os Atores 7 e 8 privilegiaram o mercado por causa da crítica negativa às inclusões ilimitadas do rol devido a diversos aspectos. Todavia, a preocupação com a sustentabilidade econômica do sistema revela preocupação pública por detrás das sugestões de saneamento do sistema em relação a despesas.

Tanto o ator 1 e ator 8 ressaltaram que não existe limite de cobertura nos planos de saúde. Deriva-se daí, que não haveria, portanto, teto para as despesas, sinalizando a problemática dos níveis de assistência e quantificação de riscos por plano e paciente, mencionado pelo Dr. Claudio Lotemberg no V FÓRUM FOLHA SAÚDE (2018).

No tópico 9, conversou-se sobre qual lógica orienta a sugestão da adoção de procedimentos por parte do rol da ANS.

O Ator 1 (Fenasaúde) respondeu que, no caso das tecnologias, não há, no Brasil, um sistema de priorização, daí a incorporação de procedimentos feita no rol, a cada dois anos, pela ANS “é feita muito baseada no grupo de pressão que vai lá pressionar baseado em seus produtos. Então a lógica de incorporação, é pressão, pressão por incorporação [...] No final, quem pressionou muito acabou levando de alguma forma. Tem toda a indústria por trás do prestador que é remunerada por isto, então, tem incentivo, alguns não tão lícitos que estão ali. [...] Portanto, não é uma decisão que só leva em conta o que é melhor para o paciente”.

O Ator 2 (Sírio-Libanês) segue a linha institucional do prestador, ao perseguir uma fórmula de valor da organização: “a entrega de valor que a gente faz, a gente põe assim: primeiro a pertinência daquele procedimento, pois, às vezes, você pede um exame que não precisava pedir, faz cirurgia que não era necessária. Aí você pode por resultado sobre custo, que é o custo-efetividade. A gente decompôs isso. Resultado, ao longo de toda a linha de cuidado, mais qualidade de serviço: tratar o cara na hora, dar alta rápida, não mudar a qualidade, mas o resultado do serviço é melhor; sobre desperdício e não sobre custo, pois há custo que está justificado”.

O Ator 3 (CREMESP) mostrou-se ciente de casos em que o médico só quer vender algo mais caro, mas considera-os exceções: “a maioria está ansiosa por oferecer uma possibilidade melhor do que está oferecendo agora em termos de tratamento. Muitas vezes, esses bem-intencionados acabam prejudicados pela morosidade da agência em pesquisar, classificar, autorizar ou não incluir. E, por outro lado, como não há essa disciplina rapidamente, tanto os bem-intencionados que acabam usando sem que esteja autorizado, todo mundo usando sem regra, aí vem os oportunistas que também passam a usar de maneira inadequada e daí aparece de tudo”. Ilustrou o problema com o caso referente à célula-tronco, quando o Conselho recebeu denúncias de que médicos estavam vendendo célula-tronco liofilizada em pó: “como se fosse possível”. E ele acrescenta: “quando surge uma onda mundial de algo que pode ser utilizado como tecnologia nova, seria importante uma reação rápida da agência reguladora, para que isso ficasse claro e disciplinado rapidamente, evitando que os charlatães peguem carona nisso e que os bons possam utilizar isso nos pacientes de maneira regulamentada”.

Para o Ator 4 (Bradesco Saúde), essa discussão não está pacificada na saúde suplementar, pois o tema está sempre sendo discutido. Expressou o fato de haver tendência de modelo para adoção de procedimentos na base da relação entre consumidor e operadora: “Em tese, o governo não tem que se meter. Ele se meteu, porque o Brasil quer ser o modelo do livre mercado, mas com interferência do governo, sempre. Não vai funcionar nunca. Mercado tinha que se autorregular. Mas não, ele quer tutelar, no Brasil o governo quer tutelar tudo, ele tutela tudo. Por que nós temos a segunda maior carga tributária do planeta e não somos a segunda economia do mundo? Para quê? Para sustentar essa máquina toda, que fica tutelando todo mundo na educação também. Agora é até ilegal não vacinar”.

O Ator 5 (assessora técnica PROCON) refuta esse discurso e discorda da lógica atual que orienta a inclusão de procedimentos. Há, segundo ela, problemas graves em saúde e situações de saúde pública que se oneram o consumidor, localizado na ponta: “Temos que mudar essa lógica. Uma coisa é discutir em um seminário, mas o que está sendo colocado para a população é que o plano é caro por causa de inflação, tecnologia. Então temos que baixar o custo, por causa da frequência. Mas o consumidor não é vilão de usar”.

Segundo o Ator 6 (supervisora PROCON) revela, algumas decisões de inclusão de tecnologia são política e não tecnicamente fundamentadas. Exemplificou como isso ocorre com outra questão, relacionada a decisões contrárias às avaliações de técnicos de carreira da agência: “Se você for na consulta pública 60, você vai ver que [...] você contraria uma análise técnica. [...] Derruba numa só reunião os pareceres técnicos”.

Para o Ator 7 (AMB), na aprovação de inovações, há um processo ineficiente. Antes de autorizar a venda de um produto novo, é preciso, primeiro, que sua distribuição no Brasil seja autorizada pela fábrica no exterior. Depois, é necessário registrá-lo na ANVISA, ao custo de R\$ 25 mil reais por registro, bem como pagar pela inspeção da planta para cada produto solicitado: “Se eu sou o fabricante e produzo vários medicamentos, vem o distribuidor e pede para autorizar um determinado material, a ANVISA cobra e autoriza. Ano que vem, é a mesma planta, mas tem que pagar de novo a cada dois anos. E eles nunca vão te responder porque é assim. Vão empurrar para outro setor e outro setor e outro setor. As agências nacionais foram feitas para o Estado tomar conta do privado. Elas não foram feitas para gerir o mercado, essa é a realidade”. Sobre a montagem de hospitais, pensa da seguinte forma: “não se fez um planejamento ou projeto e grande parte são privados. Há perda na saúde privada, e as redes crescendo. Por quê? Para montar hospitais modernos onde eles ganham dinheiro”. A observação revela que, na sugestão de tratamentos modernos, visa-se o lucro. O Ator 8 (Einstein) disse ser livre para usar o melhor tratamento, mas tem seus próprios critérios médicos: “eu não faço uma coisa mais cara, porque é mais cara; eu faço o que é melhor para o doente e não tenho limite para tratar o doente”. Deu um exemplo de sua área de cirurgia vascular: “Eu uso técnica convencional, existem técnicas mais caras. Existe o laser, radiofrequência, eu não uso, porque é mais caro e o resultado é inferior. Eu fiz esse estudo, é escolha minha. Não vejo sentido em

usar uma técnica que seja mais cara por si só, eu uso o que é melhor para o doente. A gestão do hospital só interfere, quando pode gerar riscos para o paciente, daí ela interfere diretamente. Ela impede que se façam coisas bizarras”.

Primeiramente, o discurso do ator 3 correlaciona-se a um resultado específico da pesquisa bibliográfica, o artigo de Gamarra (2017), no qual foi explicado que a ANS se demora na apresentação de soluções que contemplem a defesa do interesse público.

Todos os atores, cada qual por seu motivo peculiar, formam coro de insatisfeitos com relação à lógica de inclusão dos procedimentos. Os discursos diferem bastante sob o prisma dos problemas que afetam o processo de inclusão de tecnologias.

Para o Ator 1 (Fenasaúde), deve-se deixar claro quanto custam as inclusões no rol para as mensalidades de beneficiários. A indicação é a de que a ANS decide pelas inclusões e as operadoras, sozinhas, justificam para o beneficiário as causas dos aumentos, sem a participação de outros atores na responsabilidade.

Os médicos da amostra (atores 2,3,7 e 8) justificam a inclusão de tecnologias com diferentes explicações: inclusão para evitar desperdício, de modo a compensar a conta maior; inclusão com opções de custo; inclusão enviesada pela influência da indústria na classe médica, sem maior critério e com interferência governamental; inclusão de tecnologia de ponta, levando-se em conta a ética médica.

Apesar de estar em posição antagônica, o Ator 4 (Bradesco Saúde) do mercado de seguradoras, engrossa o coro do Ator 7 (AMB) sobre a ingerência governamental no problema: “o governo quer tutelar tudo [...], atuar socialmente também [...] não vai funcionar nunca”.

O Ator 7 (AMB) diz o seguinte sobre o tema: “As agências nacionais foram feitas para o Estado tomar conta do privado”. Ainda que as lógicas sejam distintas - de mercado e médica, a insatisfação explícita e as expressões de preocupação de natureza pública remetem à governança setorial.

Os tópicos 10 e 12 foram usados como ferramenta, para conhecer os atritos ou problemas do setor.

Os atores preponderantemente defenderam a lógica da situação organizacional à qual pertencem. A exceção, mas com ligação forte com os valores de defesa médica, foi a manifestação dos Ator 7, dada sua preocupação com a ingerência setorial, ao mencionar a distância da agência em relação à proposta de coparticipação e às demandas dos profissionais médicos.

O resumo das respostas desses tópicos foi expresso pelo Ator 4 (Bradesco Saúde): “Está todo mundo insatisfeito, porque está vivendo um momento de transição”. Para o executivo, de modo geral, na saúde suplementar, os operadores de saúde têm reclamação recorrente sobre o tamanho da cadeia de distribuição: “Aqui entre nós, você precisa do corretor para fazer o seguro? Então, para que existe corretor? Mas você não consegue acabar com isso, porque tem uma lei dizendo que tem que usar o corretor. Isso tudo é legislação. No medicamento importado, é pior, pois você passa pelo distribuidor internacional e depois o nacional. Pelo que a gente conhece, eu diria que é no Brasil que a gente tem mais” (intermediários).

Com relação às justificativas pessoais para discordâncias e defasagens de comunicação, o Ator 1 (Fenasaúde) mostrou-se insatisfeito com o fato de o sistema de saúde suplementar não examinar o resultado assistencial, mas sim interesses isolados: “essa remuneração teria que incluir um acompanhamento longitudinal desses casos; você paga pela cirurgia, mas você paga também pelo estado de saúde do paciente ao longo do tempo, pela recuperação, isso tudo é passível de medição”.

Já o Ator 2 (Sírio-Libanês) ressaltou a responsabilidade de o sistema avaliar se o que está sendo feito entrega valor ao paciente: “se não tiver valor ao paciente, não deve fazer. Talvez nem todos tenham essa visão, mas tem que ter”.

O Ator 3 (CREMESP) discorda quanto ao custo da judicialização, principalmente na oncologia, em que há medicamentos muito caros e que, muitas vezes, não fazem parte da relação de medicamentos nacionais, mas são prescritos, porque os médicos vão a congressos internacionais: “há dúvidas quanto à eficácia, mas muitos médicos não deixam de prescrever, no caso de que seu paciente esteja com câncer. Nem SUS nem planos privados cobrem, mas os juízes mandam

entregar. Isto tem impacto grande”. Também discorda da ANS, mencionando que seu quadro diretivo é composto por pessoas egressas das operadoras. Segundo ele, há um óbvio viés de quem está na gestão de uma operadora e de um egresso de operadora, por ser gestor e ter preocupação conservadora com custos, sendo diferente do médico, que atende o paciente: “Obviamente que nem sempre o cunho científico prevalece”.

Para os Atores 5 e 6, o sistema onera a ponta, que não pode se defender. De acordo com o Ator 5: “A palavra é hipossuficiência do consumidor, ele não tem condição de discutir”. O Ator 5 (assessora técnica PROCON) também mencionou as negativas de cobertura, os descumprimento dos prazos de atendimento e as cobranças indevidas, como as mensalidades cobradas após o cancelamentos do plano: “A gente chegou em um patamar na saúde em que o consumidor não quer cancelar, mas cancela, pois não consegue nem pagar e, ainda assim, as empresas cobram. É muito sério o que está acontecendo”. O Ator 6 (supervisora PROCON) destacou, primeiramente, a falta de transparência, reforçando a lógica do Ator 5 (assessora técnica PROCON): “as operadoras nunca abrem as contas. A gente fala que é uma caixa preta, não se sabe o quanto a operadora paga em cada laboratório e a gente sabe que existe a diferença de cobrança em cada laboratório, por causa da sofisticação das máquinas. Se eu, consumidor, não tenho acesso, como eu vou fazer escolha de qual usar? Os preços mudam da periferia para o centro. E por que no Einstein a gaze custa dez vezes mais que em outro hospital? O problema não pode ser o consumidor. Pode ser problema de cartel de venda, mas o consumidor não sabe disso. Por que, na farmácia, o remédio custa R\$ 100,00 e no hospital custa R\$ 5.000,00, o mesmo remédio? Isso não é inflacionar o custo da saúde? [...] Se eu sou atendida pelo plano de saúde, eu não sei quanto foi gasto com cada item. O consumidor não sabe nada, nem quanto custou o soro. Isso é falta de transparência”.

O Ator 7 (AMB) discorda quando a Fenasaúde diz que os médicos não querem ser medidos por desempenho: “Isso é mentira. A Amil me falou em 1990 e repetiu isso há seis anos, no meio da transição do Edson (Bueno) para a Health (United Health-Amil). Perguntei por que eles não ofereciam uma progressão de pagamento pela resolutibilidade. Sabe a resposta? Ele disse que não interessa, pois o paciente não ia ser deles em dois anos, por causa do turn over – troca de planos de saúde nas empresas. A empresa, na hora ver o custo, ela junta o pacote que foi

gasto, vê o reajuste e troca de plano e assim (acontece) a cada dois anos. E aí somos nós que não queremos ser medidos? Lia, as as pessoas não sabem da missa, a metade”. O Ator 7 (AMB) defende a profissão médica e critica as operadoras e a ANS: “As piores discordâncias são entre as operadoras e médicos, mas a ANS nunca foi gestora disso. Ela sempre disse que tomaria conta da proteção do paciente, do consumidor, mas ela, na verdade, ela mostra olhos para o consumidor, atendendo aos apelos das operadoras. Os 18 anos de gestão da ANS (*sic*) foi sempre norteadas por ex-diretores de operadoras [...] deixa-me citar um exemplo: [...] com a franquia a operadora está tirando da responsabilidade dela o grosso das operações [...], ela recebe a franquia e gasta pouco. É como se a ANS estivesse dando o direito de contratar novamente o plano hospitalar [...], mas as operadoras não querem esse plano. O Bradesco tinha e não vende mais, porque ele dava o direito de você escolher o hospital para onde você quer ir e daí eu quero ir para Einstein”. O Ator 7 (AMB) defende que “a saúde precisa ser pensada no aspecto da gestão e somente escutei a importância de se discutir sobre isso duas vezes na vida nas esferas governamentais”.

O Ator 8 (Einstein) continua sua reflexão em relação aos limites da assistência ao beneficiário, interface com suas famílias e despesas envolvidas: “aqui você vê um doente que chega aqui no hospital, você não vê um familiar, mas acontece em qualquer lugar, no HC (Hospital das Clínicas). Chega um sujeito demenciado, com problema agudo, que você vai tratar, depois você nunca mais vê a família do indivíduo. Quem está pagando por isso? A sociedade inteira. Os limites do sistema suplementar da saúde são complexos, têm que ser mais bem discutidos. Não é minha especialidade. Eu sou médico e trato do doente. Se vier um sujeito demenciado eu diria: olha, se fosse meu pai eu não tratava. Se estourar, Deus chamou o cara. Eu vou falar isso. Agora, as famílias são diferentes. Às vezes, quatro filhos falam que querem que Deus leve o pai e vem o quinto, querendo que trate do pai. Eu vou lá e trato. Você entende que esse pacto ainda não foi bem estabelecido? Eu sigo a vontade da família”. Quando indagado se não utiliza toda a disponibilidade de tratamentos para salvar o paciente por motivo de ética médica, o profissional respondeu que não se trata de ética médica: “mas da humanidade, é a mesma. A gente tem essa educação em casa. Então a pessoa nem tem contato com o mundo. Há casos diferentes, você não pode tratar igual todo mundo. Isso já é outra conversa. Agora, aqui (no Einstein) a gente não tem limite de uso”.

Com relação às discordâncias, problemas (tópico 10) e defasagens em comunicação com outros atores (tópico 12), cada ator justifica sua posição, geralmente, antagônica à dos outros.

Os atores 2 (Sírio-Libanês) e 8 (Einstein) não fazem referências diretas nem críticas à ANS, pois mencionam sempre controles internos e governança própria. No entanto, ambos concordam com a necessidade de maior controle e regulações diferentes das que são feitas hoje. Portanto, privilegiam a eficiência do tratamento do enfermo para, em seguida, preocuparem-se com a sustentabilidade do sistema. Em certo momento, o Ator 8 (Einstein) mostra valorizar a lógica de família, quando o paciente está em situação vulnerável e crítica. Nesse caso, afirma não favorecer a salvação do paciente a qualquer custo, pois não haveria benefício para o paciente permanecer inerte ou em situação vegetativa. Ainda que indiretamente, o Ator 1 (Fenasaúde) menciona os prestadores de serviço, mas critica o modelo de remuneração, o que denota preocupação com a governança do setor. O Ator 3 (CREMESP) reconhece os problemas públicos de saúde, mas defende e justifica a lógica médica, enquanto médico anestesista e diretor de tesouraria. O ator ressalta que as intervenções do estado sobre as atividades exercidas pela instituição causam ineficiência. Os Atores 5 e 6 (PROCON) criticam repetidamente as operadoras e a ANS pela falta de transparência e ineficiência. O Ator 7 (AMB), além de defender sua prática médica, preocupa-se com a gestão pública.

Na fase de entrevistas desta pesquisa, as operadoras e a ANS fizeram tratativas, para resolver o desequilíbrio econômico financeiro do sistema pelo método da co-participação proposta pela ANS. Essa proposta foi refutada publicamente pelo PROCON na entrevista a essa pesquisa: “além de pagar mensalidade, agora querem que o consumidor pague 40% do procedimento, sendo que é problema de prevenção pública, como a vacinação, que diminuiu. Acho que isso vai se agravar, sinceramente”, respondeu o ator 5 (assessora técnica PROCON).

De fato, a impopularidade da coparticipação junto aos beneficiários, órgãos de defesa do consumidor e sociedade foi tal que, no dia anterior à entrevista, em 28 de julho de 2018, a presidente do STF suspendeu a resolução 433/2018 da ANS, que definia regras para duas modalidades de convênios médicos: a coparticipação (quando o cliente arca com uma parte dos custos do atendimento sempre que usa o plano de saúde) e a franquía (similar aos seguros de veículo). No protagonismo da

suspensão, a OAB declarou que “a referida resolução foi muito além e desfigurou o marco legal de proteção do consumidor no país, ‘tendo usurpado’, da competência do Poder Executivo (e também do Poder Legislativo) por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que arvorou-se a regulamentar matéria – mecanismos de regulação financeira (franquia e coparticipação) - sem a devida competência para tanto e, ainda, sem o devido processo legislativo” (VALOR ECONÔMICO, 2018).

No que diz respeito exclusivamente à percepção dos atores sobre o modelo de remuneração dos prestadores no sistema (tópico 11), o Ator 1 (Fenasaúde) esclareceu que o modelo *fee-for-service*, pelo qual o prestador é remunerado, potencializa o efeito do desperdício e que o incentivo é montado para aumentar essa demanda: “no modelo *fee-for-service* puro, o risco está todo do lado da operadora, pois o outro lado está livre para gerar procedimentos e não tem compartilhamento algum. Para se inverter isso, o contrato teria que ser por número de pessoas tratadas”. O Ator 1 (Fenasaúde) explicou, ainda, a dificuldade de os médicos aceitarem a avaliação por desempenho: “na classe médica ninguém quer ser medido, isso agride um pouco a pessoa, enfim. São questões até culturais para serem trabalhadas, pois isso vai da meritocracia, para a qual, no Brasil, as pessoas ainda têm certa resistência. A meritocracia é mais difícil de ser implementada na saúde por causa da relação com o paciente. Você tem, por exemplo, que desmistificar muita coisa [...] O médico pode até gastar mais, mas ele tem que entregar um resultado em saúde melhor”. No caso, um resultado melhor significa um paciente mais saudável, portanto, menos oneroso para as operadoras de saúde.

Seguindo a mesma linha de discurso, o Ator 2 (Sírio-Libanês) sugere uma mudança no modelo de pagamento, já que o atual não reflete a equação de valor como *fee-for-service*, segundo ele, porque, independente da importância de um procedimento para o paciente, a operadora paga. Qualquer que seja o resultado do tratamento; o nível de desperdício; o grau de pertinência do procedimento indicado; a qualidade do serviço oferecido, a operadora paga. O Ator 2 (Sírio-Libanês) julga ser preciso criar um modelo de pagamento que leve em conta essas variáveis até o desfecho do tratamento. Hoje, elas não são consideradas nas indicações de procedimentos, tratamentos e indicações. Percebe-se, nesse ator, enquanto gestor, preocupação com a sustentabilidade econômica do sistema, que precisa ser saneado: “Vai ser um saneador do sistema o pagamento por entrega de valor? Vai. Vai ser fácil de fazer? Não. Precisa fazer? Precisa”.

O Ator 3 (CREMESP) é o único a considerar o modelo de remuneração adequado, com ressalva importante, pois acredita ser preciso revisar a classificação das complexidades: “Se você pegar cirurgia de amígdala, considerada de média complexidade, pelo SUS, mas é mais ou menos uns R\$ 75,00. Veja que o médico vai ter que ver esse paciente antes, geralmente criança, vai ter que conversar com a família, explicar várias vezes, chega no dia, a chance de sangramento pós-operatório é grande e tal, e paga super pouco”. Para ele, a Lei 9.656³ de 1998 deixou o ponto em aberto, o que considera uma omissão. Pensa, também, que a Agência deveria atuar na regulação. “Isso cria também uma situação muito complicada do ponto de vista da ética médica, porque muitas vezes o código que é usado para determinados procedimentos que não estão na tabela antiga, ele é assemelhado. Então, quando eu faço uma cirurgia de varizes em você, e aí eu coloquei lá uma safenectomia, mas, na verdade, eu não tirei a sua safena, tirei varizes, entendeu? Eu posso fazer uma cirurgia só de perfurantes e não tirar safena. Mas isso não tem na tabela, então, eu sou obrigado a dizer que eu fiz outra coisa, para poder receber a minha remuneração daquilo. Isto cria dilema médico; na hora de fazer prontuário, o médico vai descrever o que fez, mas na hora de cobrar, vai colocar um código diferente, gerando o problema ético”.

O Ator 4 (Bradesco Saúde) considerou a iniciativa de negociar a remuneração por pacote (*bundle*), já que as operadoras e seguradoras têm número considerável de beneficiários. Funcionaria como uma tabela de número de cirurgias, por exemplo, por preço e frequência de utilização mensal. De acordo com a visão institucional dele, não se pode interferir na atividade médica. Como foi mencionada a remuneração de maneira prática, esse ator revelou priorizar o problema de mercado, em harmonia com a instituição para a qual trabalha.

O Ator 5 (assessora técnica PROCON) entende que os médicos, em geral, fazem consultas rápidas, por serem mal remunerados e sugere que deva ser essa uma das causas de pedidos de exames: “Numa consulta rápida, onde não se pode examinar clinicamente, o médico vai ter que pedir mais exames. Isto encarece a cadeia, porque o médico precisa dar algum diagnóstico, sem examinar direito, com tempo hábil”.

Para o Ator 6 (supervisora PROCON), o atual modelo de remuneração leva as operadoras a resolverem todos os problemas com aumento do custo do plano e

³ A Lei 9.656 de 1998 dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

repasse na mensalidade, o que considera uma saída fácil. Para esse ator, se as operadoras identificaram que o problema é remuneração, deveriam resolvê-lo: “escutei, em muitos seminários, que esse é o problema. Então, resolva o problema”. O ator ainda considera que o modelo obscuro, somado à falta de transparência, leva à judicialização que onera todo o sistema: “Nem pro juiz eles dão a prestação de contas da remuneração deles. Se você entrar e pesquisar, os juízes reverterem o aumento do plano coletivo, mandam aplicar o reajuste dos planos individuais quando a operadora não consegue demonstrar nos cálculos atuariais do plano. Então, elas não conseguem, não demonstram nem para o judiciário. Isto prejudica a questão do reajuste, pois o consumidor tem que pagar 16%-17% de aumento, enquanto ele antes recebeu 3%-4%, ele precisa entender”. Claramente, os Atores 5 e 6 (PROCON) defendem o uso da saúde suplementar pelas famílias e o beneficiário em si.

Na visão do Ator 7 (AMB), o desempenho do sistema não deveria pensar somente no, mas na carreira médica: “Em 1993, fui o primeiro presidente da Associação de Médicos Ortopédicos e eu já brigava pelos aumentos das consultas junto às operadoras. Eles ficaram oito anos sem aumentar as consultas, com tudo aumentando. Avisei a eles que, se o doutor não ganhar de uma forma, ele vai passar a ganhar de outra, ele vai pedir muito mais exames. Eles diziam que tinham como controlar. Nunca teve. Então, como controlar, o doutor começou a atender 10 (pacientes) por hora, o doutor começou a ganhar percentual de material e remédio. Sabe o que seria bom para o doutor? Bom para a classe médica, para 99% trabalhar com sorriso de canto a canto? Um plano de carreira, como há para juiz, para outras profissões, horários para trabalhar. O doutor tem que sair correndo para tudo, ele não é o mais caro da medicina, mas ele faz a medicina ficar cara”. Desta declaração, depreende-se um uso mercantilista da profissão médica pelos profissionais prestadores de serviço na saúde suplementar. O Ator 7 (AMB) reconhece que formas alternativas ao *fee-for-service* estão sendo experimentadas: “Nenhuma delas é mudança de remuneração, são mudança de gestão de pagamento”. Esse ator revelou preocupação com a sustentabilidade do setor, ao mencionar a gestão de pagamentos.

O Ator 8 (Einstein) considera importante substituir o sistema *fee-for-service*, e defende a coparticipação, devido à consciência de custo de utilização por parte dos beneficiários. Valorizou o sistema de *fee for value* (custo-efetividade ou resultado clínico-econômico) adotado na gestão do Hospital Israelita Albert Einstein. Quanto

aos sistemas de remuneração alternativos, considerou que: “é muito mais importante você trabalhar pelo resultado, *fee for value*. É o contrato com o prestador de serviço e você vai combinar um valor [...] você vai ganhar X, para tratar esse aneurisma”. Quando indagado se esse tipo de remuneração interfere na autonomia médica, disse que não: “Imagine que eu te pague 30 mil, para você operar aneurismas. Com isso, você tem que pagar a equipe, você mesmo, os materiais. O que você vai fazer? Você vai escolher os materiais mais adequados para o paciente. Vai ter que ser bem pago também, né? [...] Pode ser por volume, depende do acordo”. Quanto à negativa de coparticipação, considera que seria bom para todo o sistema: “A negativa foi uma bobagem. De novo, paternalismo do governo, né? Agora se cobrar dois reais por consulta, metade dos pacientes não iriam pois talvez nem precisassem. É disso que estamos falando. Sairia menos para todo mundo, se fariam menos exames, sou totalmente a favor. Cada um faz como quer”.

Quase todos os atores revelam falhas do modelo *fee-for-service*, com excessão do Ator 3 (CREMESP), para quem os médicos são bem remunerados. Esse único ponto de concordância sobre a eficiência do modelo *fee-for-service* pode indicar a condescendência do CREMESP em pedir exames, procedimentos ou tratamentos de sua indicação, para compensar a baixa remuneração das operadoras. Esse discurso prioriza a profissão médica, em detrimento da sustentabilidade do sistema. Ao mencionar a meritocracia e o custo-benefício do tratamento, o Ator 1 (Fenasaúde) ressaltou os aspectos de equilíbrio econômico-financeiro e gestão do sistema de saúde suplementar.

O Ator 4 (Bradesco Saúde) entende dessa forma o problema da remuneração: “é só você comparar o gap de preço que existe entre o que ele cobra em consulta particular, com o que ele recebe da operadora ou seguradora”. Ao mencionar preços, o ator focou nas práticas de mercado de seguros em saúde.

Os discursos, em geral, mostram ciência sobre a insustentabilidade do modelo e sobre a falta de estudos, observações, indicadores ou quaisquer análises acerca do resultado assistencial. Quando o Ator 7 (AMB) menciona ser um problema de gestão de pagamento e não de modelo de pagamento, revela preocupação com a sustentabilidade do setor, portanto, com a coisa pública, apesar de ser médico.

Um dos pontos mais importantes nas respostas a esse tópico deu-se na última entrevista, com o Ator 8 (Einstein), médico vascular e vice-presidente de Inovação e Pesquisa da instituição. Indagado por qual motivo a ANS não forneceria

dados de tratamentos de despesas para estudos, uma vez que, segundo o Ator 4 (Bradesco Saúde), seus auditores detêm e enviam todos esses dados à agência, o Ator 8 (Einstein) explicou que: a) não é possível que a seguradora e as operadoras tenham todos os dados de despesas com tratamentos, pois ele, como prestador, não passa todos os dados; b) somente possui esses dados quem controla a entrada do paciente (hospital, laboratório ou prestador), ou seja, trata-se de uma operação verticalizada; c) portanto, a ANS não recebe todos os dados relativos a despesas para fins de controle. Nas palavras do Ator 8 (Einstein): “recebe muita informação, mas não tudo. O controle só tem quem faz o resultado clínico do paciente. Só o Einstein tem isso no Brasil”.

O resultado clínico é o que alguns atores chamam de relação custo-efetividade de um tratamento (REBELO et al., 2016). A preocupação com o custo-efetividade revela que o ator valoriza o equilíbrio do setor, mas indica também que a instituição para a qual trabalha tem rígido controle dos custos de tratamento, bem como domínio de tecnologias e tratamentos, os quais não compartilha com outras instituições.

Dois meses e 16 dias após a realização da entrevista desta pesquisa com o presidente do hospital Sírio Libanês, o jornal Valor Econômico (2018) do dia 24 de setembro de 2018 publicou uma matéria sobre o acordo entre a operadora de planos de saúde Amil e o Hospital Sírio-Libanês, de São Paulo, que adotaram um novo modelo de remuneração para internações clínica e cirúrgica. Conforme o Ator 2 (Sírio-Libanês) havia sugerido anteriormente, a operadora paga, mensalmente, uma quantia fixa ao hospital, calculada de acordo com os preços praticados no acumulado do ano anterior. Dessa forma, o critério busca maior eficiência e evita que o paciente receba alta antes da hora, pois deve-se seguir 15 indicadores clínicos.

A operadora Amil manifestou a intenção de criar planos de saúde com uma rede credenciada, composta apenas por hospitais e prestadores de serviços que usam modelos de remuneração baseados em desempenho médico. Nem o Sírio Libanês, nem a Amil concluíram qual o melhor modelo de remuneração a seguir.

Sobre o sistema *fee-for-service*, tornou-se pública a crítica manifestada recentemente pelo renomado médico oftalmologista Claudio Lottemberg, presidente do Conselho da Sociedade Israelita Brasileira Albert Einstein e da United Health-Amil, cujas reflexões acrescentam importantes críticas àquelas já feitas pelos atores:

Nós sabemos que o sistema remuneratório, ele é absolutamente perverso. Ele não necessariamente, eu diria até mais, em grande parte das vezes ele mais remunera a incompetência, do que a própria competência, e portanto, nós temos aí, eu diria, dentro do sistema público, inclusive, uma oportunidade para poder aproveitar dentro da esfera pública e privada, para trabalhar com orçamentos fechados [...] E o Brasil optou por um sistema universal. E logicamente, dentro de sistemas, nós temos aí algumas dificuldades, para que ele possa ser sustentável. Aliás, como a nossa própria Constituição coloca, a constituição dos direitos, que não necessariamente chama atenção para os nossos deveres, e que assume a saúde como um dever do estado, um direito do cidadão. E não que eu seja contrário a isso, mas isso fez com que o cidadão, de certa forma se lateralizasse do seu próprio envolvimento e, portanto, não tivesse nenhum papel de gerenciamento, tanto do cuidado prévio, no sentido de evitar quanto da própria administração dos recursos que estão equivocados. Isso é muito ruim, na área prática, na área privada, isso fica facilmente demonstrado quando se discute a questão das franquias nos seguros privados. Mas na área pública, há uma falta de entendimento completo, imaginando que o SUS não é financiado por nós mesmos por meio da arrecadação tributária para a qual todos nós brasileiros estamos colaborando. Portanto, um pensamento para a gente talvez tentar analisar (V FÓRUM FOLHA SAÚDE, 2018).

De todas as entrevistas, segue o levantamento das variáveis discutidas pelos atores sobre os tópicos que influenciam no cômputo do valor agregado de despesas da saúde suplementar:

Cartel de vendas, tabela AMB, sinistralidade, longevidade, mutualismo, transparência de dados, incentivo do sistema para uso de tecnologias mais caras, verticalização, mercantilismo, fraudes, inflação médica, reajustes, equilíbrio econômico-financeiro do beneficiário, política pública para saúde, fraudes em indicação de próteses, falta de limites para indicação de tecnologias, internações prolongadas, *ticket* médio de gastos por tratamentos, cadeia de distribuição, política de prevenção, excesso de exames, médico de família, má utilização dos recursos, implantação de prontuário eletrônico, auditoria dos dados, divulgação de dados, custo-efetividade, repactuação setorial dos contratos, prescrições fora do rol, falta de critérios claros, falta de participação dos médicos nas decisões colegiadas, contra-informação da ANS, morosidade da ANS, marketing na indústria médico-farmacêutica, envelhecimento populacional, interferência governamental, tutela do governo, burocracia da Anvisa, indicadores de desempenho, variação de preços dos produtos conforme hospital, plano de carreira dos médicos, gestão de pagamento, metodologia do rol, sistema universal, coparticipação, solvência, paternalismo do governo, sistema universal, níveis de assistência, *gatekeeper*, política de vacinação.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pergunta de pesquisa é saber a forma pela qual os atores em saúde suplementar atuam, de modo a influenciar o atual estado das despesas em saúde suplementar. Com a finalidade de embasar a análise das lógicas institucionais dos atores do campo de saúde suplementar, serão utilizados os conceitos de Scott (2013), Greenwood et al. (2011), Thornton, Ocasio e Lounsbury (2012) e Goodrick and Reay (2011). No capítulo de fundamentação teórica, viu-se que os conflitos institucionais podem ser resolvidos por meio de dominação, hibridismo, alternância e combinação de lógicas. Sabendo que os atores participam, cada qual com sua influência, na definição das despesas, ela será apontada dentro dos modelos de resolução de conflitos de lógicas.

O interesse em constatar a causa do aumento de recursos dispendidos deve-se à singularidade da saúde suplementar no Brasil, que cresceu apesar da complexidade regulatória do país. O resultado consiste em conhecer o raio de influência dos atores na definição das despesas de saúde suplementar no Brasil, bem como suas impressões sobre o valor total de despesas assistenciais.

Sobre os dados coletados, todos os atores entrevistados estão envolvidos, de forma direta, em fatores que influenciam a determinação das despesas em saúde suplementar, seja por indicarem tratamentos que trazem despesas, seja por influenciarem a agência por tamanho ou pressão, seja, ainda, por prestarem serviços ou venderem planos de saúde. Sendo assim, foram aproveitados os vieses de opiniões, de forma que o contraste de lógicas institucionais pudesse ser enriquecido com exemplos, depoimentos e explicações.

O campo define os atores que se inter-relacionam no processo de fornecer atendimento à saúde dos beneficiários da saúde suplementar (IESS, 2018) e encontra-se composto da seguinte forma: (i) fornecedores de materiais médicos, equipamentos e medicamentos, que entregam seus produtos por meios próprios ou de distribuidores (ou apenas fornecedores); (ii) prestadores de serviços de saúde, representados pelos médicos, clínicas, hospitais, laboratórios e estabelecimentos de medicina diagnóstica, que recebem os insumos e serviços, criando a infraestrutura para atenção à saúde (ou apenas prestadores); (iii) operadoras e seguradoras de plano de saúde, (iv) pacientes com acesso ao sistema, ou seja, os beneficiários de planos de saúde, (v) Ministério da Saúde, agências governamentais e (vi) órgãos de proteção ao consumidor.

O campo de saúde suplementar, no Brasil, envolve uma cadeia de valor entre os fornecedores e os prestadores de serviço (hospitais, clínicas, laboratórios); os profissionais de saúde (médicos fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas); a indústria farmacêutica e de equipamentos da saúde; as operadoras de planos de saúde; as farmácias e as distribuidoras de medicamentos; as agências governamentais reguladoras ANVISA e ANS (DUARTE et al., 2017).

No Brasil, A ANS é o ator público que regula e fiscaliza o fluxo de serviços entre operadoras, beneficiários e prestadores. É também responsável pela regulação sanitária e econômica do mercado de compra e venda de insumos hospitalares. As operadoras comercializam dois tipos de planos de saúde: individuais e coletivos. Os planos individuais são contratados diretamente por uma pessoa física junto à operadora, com a possibilidade de contemplar os dependentes do beneficiário titular, tornando-se, nesse caso, um plano familiar. Os planos coletivos são contratados por adesão (por meio de vínculo do beneficiário a uma entidade de classe ou sindicato) ou por meio de empresas, pelo vínculo empregatício. Os planos de saúde podem oferecer serviços por rede credenciada ou própria. Esse último tipo é denominado, pela indústria de saúde, serviços verticalizados. O seguro saúde pode ser oferecido somente por seguradoras especializadas em saúde e fiscalizadas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP, 2018).

As operadoras cobram dos prestadores da área de saúde (médicos, laboratórios, clínicas, hospitais) serviços como consultas, exames, internações, cirurgias, tratamentos, entre outros. Para tanto, têm suas carteiras de clientes que, a partir de contratos, remuneram as operadoras de planos e seguros-saúde por meio de mensalidades, denominadas pela ANS como contraprestações.

Dentre esses atores, é possível, em uma primeira observação, distinguir lógicas próprias. Nos resultados, apareceram as complexidades de relacionamento e os conflitos de lógicas expressos nos discursos de cada ator. Tome-se a visão de uma única lógica, por exemplo, a das operadoras, cuja atuação como comercializadora de planos de saúde aponta, como objetivo final, o lucro, contribuindo para o bem-estar social por meio do pagamento de impostos, os quais, administrados pelo Estado, permitirão que a riqueza gerada pela empresa reverta adequadamente em favor da sociedade (FRIEDMAN, 1967). De acordo com Vilarinho (2010), as operadoras de planos de saúde agem, no campo da saúde suplementar, em defesa de seus interesses, interagindo intensamente e

pressionando os prestadores de serviço, os consumidores, o governo federal e a ANS. Esse é o exemplo de visão orientada por uma única lógica.

Espera-se da ANS que demonstre, por meio de suas práticas, preocupação com o bem-estar público (lógica pública), administrando e fiscalizando a sustentabilidade das empresas do setor, adequando as condições dos prestadores de serviços e zelando pelo bem-estar dos beneficiários e das famílias.

Os demais atores do campo também atuam segundo as lógicas que privilegiam e disputam a definição da lógica que orientará as práticas em determinado momento. Os médicos, por exemplo, priorizam a lógica profissional do bom atendimento. Também se espera de todos os prestadores de serviços (médicos, hospitais, clínicas, centros de saúde) que façam a provisão dos produtos e serviços de maneira ética, focando na saúde do enfermo, valorizando, assim, a lógica médica em sua atuação.

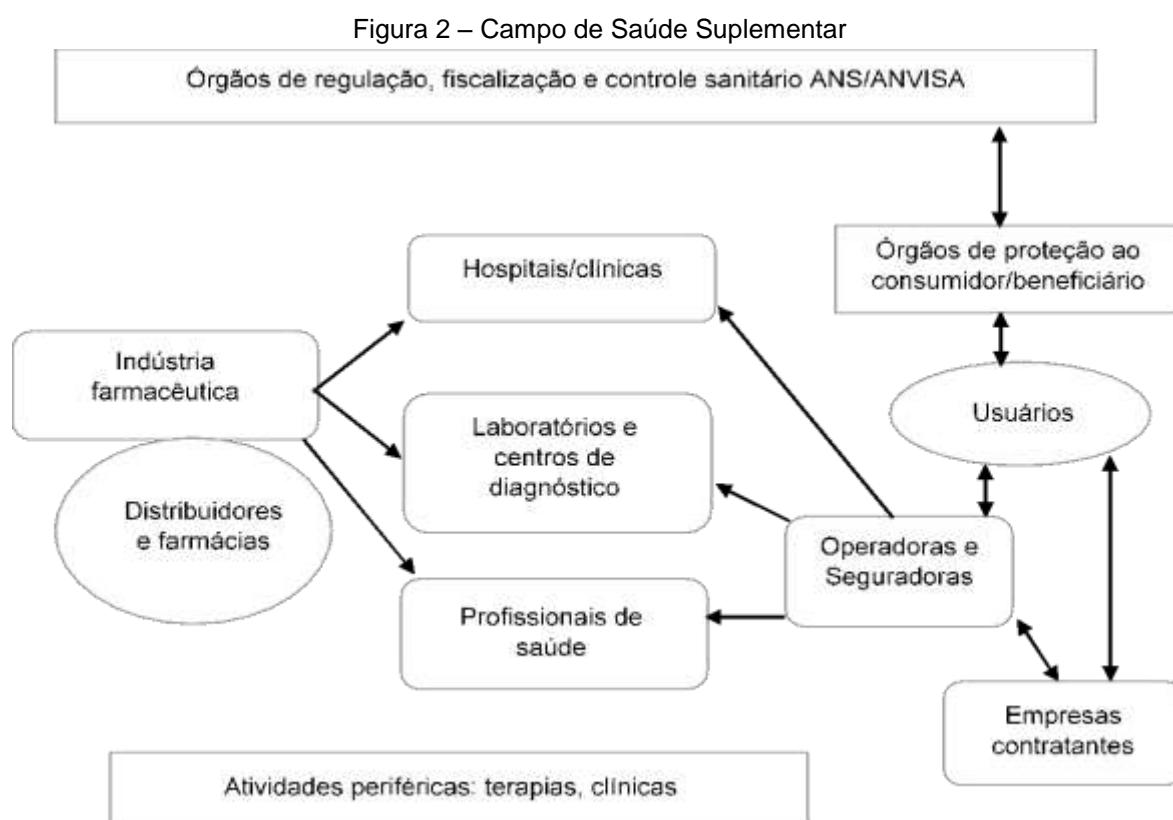
Quanto aos provedores de materiais, medicamentos, órteses e próteses, espera-se que forneçam os materiais necessários aos prestadores de serviços por meio de contratos que levem em consideração a preocupação médica. Nesses atores, a lógica médica dos clientes aos quais servem compete com a lógica mercantilista na qual baseiam suas atividades de negócio. Portanto, a lógica institucional da profissão pode tanto ir de encontro, quanto reforçar os princípios que orientam as práticas de uma lógica de mercado. Sendo a estratégia da instituição uma função organizacional, é preciso examinar o campo de estudo e conhecer a agência imersa, assim como a identidade social (BONFIM; ABIB; GONÇALVES, 2013).

Dos beneficiários do sistema de saúde, espera-se que busquem atendimento irrestrito e que as famílias influenciem as decisões e custeio do tratamento. Pode-se entender que agem por uma lógica antagônica à das operadoras, pois chama a atenção a quantidade de reclamações por negativas de atendimentos e por valores de reajustes (PROCON, 2017).

Conforme explicam Scott e Meyer (1994), as lógicas são compreendidas como integrantes de um campo organizacional. De acordo com os pesquisadores da Universidade do Paraná - Bonfim, Abib e Gonçalves (2013), os atores “compartilham de um sistema de significados comum, no qual os participantes interagem mais frequente e necessariamente entre si do que com atores de fora do campo”. Segundo Thornton e Ocasio (1999) e Thornton (2002), cada lógica institucional

opera sobre as outras dentro de um campo, podendo prevalecer em virtude do resultado do conflito das lógicas de mercado. Isso não quer dizer que as lógicas coexistentes sejam sempre conflitantes (GOODRICK; REAY, 2011; GREENWOOD et al., 2011).

Na saúde suplementar do Brasil, onde atuam lógicas distintas, as despesas em saúde suplementar são realizadas na forma de custos, despesas e desembolsos, recorrentes ou extemporários, discricionários ou não.



Fonte: Elaboração própria a partir do esquema de Duarte et al. (2017).

A despesa efetuada conforme uma lógica não atende outra lógica do campo, o que pode causar conflito. Respostas a uma incompatibilidade de diferentes prescrições ou demandas irão, inevitavelmente, priorizar alguns interesses às expensas de outros (GREENWOOD et al., 2011). Nesse contexto, então, retoma-se a pergunta: como são definidas as despesas na saúde suplementar? Há lógica preponderante? Há coexistência de lógicas ou conflitos? As respostas a essas indagações são importantes pelas suas implicações em relação à legitimidade do ator no campo (GREENWOOD et al., 2011) e, em consequência, ao acesso

organizacional a recursos críticos, no caso deste trabalho, aos recursos em saúde suplementar no Brasil.

Tendo sido realizada a pesquisa no campo da saúde suplementar e comparando-se os resultados das entrevistas, é possível apontar os principais resultados com relação à teoria que serviu de base para esse trabalho: o institucionalismo.

Em primeiro lugar, todos os respondentes das entrevistas concordam que os médicos utilizam mais exames do que a média mundial e do que seria o razoável. No Brasil, os profissionais médicos possuem autonomia e independência na determinação dos tratamentos e pedidos de exames para diagnósticos. Consequentemente, devido à má remuneração crônica, usam suas informações privilegiadas, de forma a compensar a baixa remuneração pelas consultas que lhe são repassadas pelas operadoras. Os atores explicaram que, no modelo de remuneração *fee-for-service*, em vigência no Brasil, há espaço para que isso aconteça, por causa do desequilíbrio causado pela má remuneração e compensado pelo excesso de exames.

O *fee-for-service*, remuneração tradicional no Brasil, define-se por ser uma conta aberta baseada no pagamento por serviço aonde cada item utilizado no tratamento do paciente é detalhado na conta, após um processo de faturamento (ANS, 2018). Conclui-se, portanto, que os médicos valem-se de compensação remuneratória. Continuam tendo cuidado com os tratamentos médicos, tendo autonomia e preponderância na indicação de tratamentos, mas utilizam exames em demasia, o que demonstra uma preocupação com a lógica de mercado. Portanto, vemos a lógica médica valorizando os ganhos gerados pelo pagamento de exames em excesso, o que representa uma prática da lógica de mercado.

Espera-se que a lógica médica seja a mais valorizada entre os prestadores de serviços da área de saúde. No entanto, a lógica de mercado, ou seja, a remuneração por volume de exames, procedimentos e tratamentos serve como meio para que a lógica médica continue atuando, trazendo uma remuneração que lhe pareça adequada no campo. Tal situação acontece pela independência médica na recomendação de tratamentos. O Ator 5 (assessora técnica PROCON) ilustrou esse problema: “Quando você entra em um pronto socorro, você não é dono de você, o médico que determina [...] É dito em todas as reuniões que os médicos pedem

exames desnecessários, que os médicos se remuneraram pelos procedimentos. A sociedade não sabe disso. A informação é para o setor apenas”.

Ao outorgar ao médico a prescrição de tratamentos, a sociedade brasileira dá legitimidade à profissão. Essa autoridade permite que o tipo de prática compensatória de remuneração prevaleça no sistema de saúde suplementar. Segundo alguns respondentes da pesquisa, os médicos consideram os pagamentos que recebem baixos e insuficientes, o que, de fato, verifica-se, pela defasagem entre os preços das consultas particulares e os valores pagos pelas operadoras, o que foi expressado por todos os respondentes. O raciocínio pode ser estendido para os procedimentos e internações. Portanto, os valores pagos pelas operadoras aos prestadores são inferiores aos cobrados em atendimentos particulares. Ainda assim, o médico não faz as práticas de excessos de exames e busca deliberadamente remuneração mais alta. Ele sofre as restrições impostas pelos contratos com os beneficiários e com as operadoras, além de retaliações públicas por parte das operadoras e da ANS. Essa última comunicou que os médicos brasileiros pedem mais exames do que os profissionais que trabalham em países desenvolvidos (GAZETA ON LINE, 2017).

As assimetrias de informação entre as partes contratuais (WILLIAMSON, 1981) abrem espaço para o médico remunerar-se como entende ser mais adequado e com os meios de que dispõe, no caso, pelas indicações que prescreve e geram exames em demasia e tecnologias em excesso; desnecessárias ou de custo-efetividade não corroborado pelas operadoras ou pela ANS. Os conflitos entre as partes contratuais e regulatória permanecem subjacentes ao sistema de saúde e o modelo fee-for-service continua aumentando as despesas de saúde suplementar. Novamente, é preciso lembrar as palavras do diretor de defesa técnica da Associação Médica Brasileira, o Ator 7 (AMB): “O doutor tem que sair correndo para tudo, ele não é o mais caro da medicina, mas ele faz a medicina ficar cara”.

Sabe-se que as lógicas são definidas por meio da observação de seus valores e práticas (THORNTON; OCASIO; LOUNSBURY, 2012). Há consenso, no campo, de que os médicos pedem mais exames do que os demais atores esperam, o que mostra a forma pela qual privilegiam sua sustentação remuneratória. Apesar de direcionada à lógica de mercado, ela difere da lógica de mercado das operadoras que, muitas vezes, negam exames, a fim de controlar custos de tratamentos, representando, por assim dizer, a lógica de mercado tipicamente mercantilista.

No caso específico da remuneração, não se trata de coexistência nem de hibridismo de lógicas, já que não existem outros modelos de remuneração no país. Ademais, há alta rejeição em experiências de transição de modelos já testados nos Estados Unidos. De acordo com o Ator 2 (Sírio-Libanês), naquele país, 70% da remuneração ainda é por *fee-for-service* (VALOR ECONÔMICO, 2018). As autoras Goodrick e Reay (2011) mostraram que a literatura admite uma lógica dominante com outra subordinada a ela. Essa lógica pode ser uma interpretação do que ocorre, no campo aqui trabalhado, com a da lógica médica que valoriza a lógica de mercado em virtude de sua intenção de contrapeso remuneratório. As autoras também mencionam a luta de várias lógicas coexistentes que nem sempre se resolvem. Na nossa interpretação, o problema de conflito de remuneração causado pelo embate entre a lógicas médica e de mercado foi resolvido, pelo menos temporariamente, privilegiando-se a última, que serve às intenções de readequação remuneratória por parte dos prestadores de serviços médicos.

Retomando a discussão de tipos de resolução de conflitos, há os resultados apresentados pela pesquisa em relação à dinâmica de relacionamento entre os atores do sistema, uma vez que já foi analisada a situação do modelo de remuneração que vem aumentando as despesas no sistema. Os resultados indicam que a forma de entender o fenômeno da resolução de conflitos é o modelo de coexistência alternada, no qual cada ator intervém, como pode, para defender sua lógica.

Na pesquisa de campo observou-se que:

- 1) Os médicos sugerem as tecnologias a serem incluídas no rol de procedimentos, de forma a defender a lógica médica. A cada dois anos, esse rol aumenta. No último, foram incluídos 26 procedimentos de oferecimento obrigatório pelos planos de saúde a partir de 2018. O resultado mostrou que, se incluídos, representarão um custo adicional de até R\$ 5,4 bilhões, o equivalente a aproximadamente 4% do total das despesas assistenciais em 2016;
- 2) Em reação às incorporações de tecnologias, as operadoras reajustam seus planos, pressionando a ANS, de maneira a manter sua operação sustentável. Há, ainda, vários casos de negativas de exames e internações nos registros de reclamações dos órgãos de proteção ao consumidor. Essa indústria também vem verticalizando-se, comprando

hospitais e montando sua própria estrutura, de forma a controlar as despesas. Utiliza-se de pressão na ANS, no intento de compensar as despesas causadas pelos prestadores e sugere mecanismos de equilíbrio econômico-financeiro, como no caso da contraprestação.

- 3) Os beneficiários recorrem à ANS e aos órgãos de defesa do consumidor, para fazer com que as indicações médicas sejam cumpridas e o fornecimento do que está no rol seja provido.
- 4) Os órgãos de defesa ao consumidor intervêm junto à ANS e à Justiça, em uma crescente judicialização, como já foi visto.
- 5) A ANS foi criticada por todos os atores em algum aspectos de sua administração, intermediação, e alguns atores mencionaram até ingerência por parte da agência nos seus depoimentos. De maneira geral, os atores declararam que estão insatisfeitos com o atual nível de governança no setor de saúde; e estão também insatisfeitos com a intermediação da ANS na administração dos conflitos e problemas setoriais.

A dominação em lógica institucional explica a distribuição de poder entre os atores do campo, apontando o ator central e os satélites (GREENWOOD; SUDDABY; HININGS, 2002; SCOTT; MEYER, 1994). Os resultados da pesquisa apontam para uma competição entre diferentes lógicas de mercado (grupos médicos, operadoras, seguradoras, corretores de seguros e distribuidores) e entre lógicas de diversas ordens (pública, mercadológica, profissional, regulatória e de proteção ao consumidor). De acordo com os estudos de Goodrick e Reay (2011), as lógicas podem competir em um determinado campo de estudo, sem que necessariamente uma domine a outra. Nesse campo, cada ator tem seu papel. Não há outro agente regulador e fiscalizador que não o Estado (ANS). Trata-se de centralização de regulação, mas centralização de um ator no campo, pois a ANS é a intermediadora dos interesses setoriais. Em saúde no Brasil, somente o médico tem autorização para prescrever tratamentos. É o centralizador de indicações, mas não pode prescindir do fornecimento de equipamentos e de medicamentos por parte dos distribuidores, nem da existência de beneficiários e de enfermos. Finalmente, há outros intermediadores - as operadoras de saúde, que gerenciam contratos de prestação de serviços de saúde a beneficiários e contratam hospitais e profissionais

de saúde. A rede é mais difusa do que centralizada. As lógicas difusas podem demonstrar, por meio de seus mecanismos de influência, maior ou menor capacidade de influenciar os participantes de campo em direção a seus objetivos (RYNGELBLUM; VIANNA; ONUSIC, 2016). Sendo assim, não há dominação de uma lógica específica no campo de saúde suplementar brasileira.

O hibridismo é a combinação de duas ou mais lógicas concorrentes, de forma a produzir uma terceira, para a resolução do conflito (REAY; HININGS, 2009; PACHE; SANTOS, 2013; THORNTON, 2004). Devido aos resultados analisados, nem a combinação de lógicas, nem o hibridismo aplicam-se ao campo de saúde suplementar no Brasil. Não se observa combinação de práticas ou valores, nem um resultado híbrido de diferentes lógicas com traços remanescentes da lógica dominante (BATTILANA; DORADO, 2010; RAO; MONIN; DURAND, 2013; TRACEY; PHILIPS; JARVIS, 2010). Isso se justifica, porque, apesar de compartilharem o campo, os prestadores de saúde, o órgão regulador, as operadoras de saúde e os órgãos de proteção ao consumidor mantêm estruturas, valores e práticas separadas e independentes estatutariamente.

Oliver (1991) afirma que as lógicas institucionais predominantes no campo da saúde apresentam muitos conflitos entre si e contestam, historicamente, a definição de muitas questões. No campo de saúde suplementar brasileiro as questões a serem definidas e causadoras de conflito, consistem nos itens econômicos, na regulação da atividade médica, nos termos de compensação, nos investimentos governamentais, nas reclamações devido a itens não provisionados nos planos de saúde, no fornecimento de serviços e produtos, nos reajustes de valores de planos, na cobertura do rol, nas decisões colegiadas da ANS, e nas políticas de saúde suplementar. Recentemente, viu-se a pressão dos órgãos de defesa do consumidor na vitória da desaprovação da resolução normativa 433/2018 da ANS (28/07/2018) sobre mecanismos financeiros de regulação (coparticipação). Verifica-se, portanto, o alargamento de seu alcance no setor, em detrimento da lógica de mercado que vem pautando o modelo de remuneração e prevalece entre os prestadores de serviço.

A prevalência da lógica dos beneficiários, famílias e de proteção ao consumidor, em uma determinada decisão e em um dado momento, volta a ficar indefinida e conflitante. Isso acontece quando, para compensar uma derrota temporária frente aos beneficiários, as operadoras passam a criticar publicamente a normatização do modelo *fee-for-service* e valem-se de negativas de exames e

aumentos nos planos de saúde, para compensar as pressões exercidas pelos médicos e os aumentos de despesas. O poder de negativa das operadoras é um instrumento utilizado para postergação, estudo ou mesmo cancelamento das indicações médicas, debalde pressão de órgãos de defesa do consumidor. Portanto, a lógica de mercado mais uma vez é prevalente nesta arena de interesses, ao menos no curto prazo, enquanto os beneficiários e órgão de defesa recorrem às cortes judiciais.

Os profissionais médicos e os prestadores, por sua vez, indicam a adoção de inovações tecnológicas, aumentando a pressão no campo e influenciando ainda mais o aumento de despesas em saúde. Cada participante do campo responde às pressões institucionais, usando estratégias de evasão, de desafio, de manipulação (OLIVER, 1991) e outros mecanismos ao seu alcance. Essas estratégias permitirão que defendam seus valores e práticas, antagonizando-se com a lógica oponente, o que lhes dá a oportunidade de se alternarem. Essa dinâmica de pressões e protagonismos aponta para a coexistência alternada de lógicas no campo de saúde suplementar no Brasil.

Segundo Goodrick and Reay (2011), lógicas institucionais coexistentes e concorrentes nem sempre se resolvem, uma vez que diferentes lógicas podem estar associadas a diferentes atores. Na nossa visão, o trabalho dessas pesquisadoras apresenta o modelo que melhor explica a coexistência alternada do campo estudado pela presente pesquisa. O denominado modelo *“constellations of institutional logics”* compara a posição dos participantes de um campo à posição de estrelas em uma constelação: *“a configuration or position of ‘stars’ in regard to one another. This term is conceptually useful because a constellation is composed of items that, when viewed from a particular perspective, can be identified as a pattern”*. Também é útil para explicar campos que apresentam relações tanto competitivas quanto cooperativas. Estes dois tipos de relações foram identificados no campo pela pesquisa: médicos colaboram com a ANS, dando sugestões de incorporação no rol, para que se introduzam novas tecnologias em tratamentos médicos. Contudo, não deixam de manifestar posições antagônicas em várias situações e em variados temas, como por exemplo as decisões colegiadas da ANS, as quais contrariam as recomendações técnicas e médicas, como foi expressado pelos médicos participantes da pesquisa.

O trabalho sobre constelações também ajuda a esclarecer que os participantes do campo tentam usar as lógicas disponíveis como uma “caixa de ferramentas”, para atender aos seus interesses (GOODRICK; REAY, 2011). Operadoras e órgãos de defesa do consumidor colaboram com a ANS, quando enviam sugestões e colaborações para as discussões públicas da agência. Uma das explicações sobre essa coexistência alternada foi feita pelo Ator 1 (Fenasaúde): “A ANS não tem o limiar técnico de custo-efetividade, fica muito sujeito a avaliações subjetivas e a pressões de grupos de interesse, quando deveria ser mais técnico e mais transparente”. Outra demonstração dessa coexistência alternada é o desconhecimento dos participantes do campo em relação aos critérios decisórios da ANS, ou seja, não se sabe qual lógica predomina nas decisões colegiadas, apontando para uma pressão pelo poder equilibrada pela alternância de decisões da ANS favoráveis ora a um ator, ora a outro.

De fato, pelos resultados coletados, observados e analisados, pudemos verificar que as decisões da agência ora pendem a favor das operadoras (no caso de reajustes), ora aproximam-se dos profissionais médicos, pela inclusão de novas tecnologias no rol. Para compensar a falta de participação decisiva no campo dos beneficiários, a ANS aproxima-se destes, como no caso de introdução da NIP (Notificação de Intermediação Preliminar). Em outros momentos, a ANS aproxima-se dos órgãos de proteção ao consumidor, como no caso dos convênios com PROCONs regionais. Os autores Philips, Lawrence e Hardy (2000) já pesquisaram e explicaram essas aproximações colaborativas: *“inter-organizational collaboration often occurs when the problems faced by organizations are complex and multi-faceted”*.

Consideramos a constelação uma adequada analogia para explicar a interação entre os atores do campo estudado, pois foi possível verificar duas lógicas influenciando simultaneamente o trabalho do médico: a lógica de mercado e a lógica profissional. Já foi visto que as seguradoras e operadoras possuem o poder de negatar indicações médicas. Portanto, há duas forças que se revezam constantemente no poder: os médicos com as indicações de tratamentos e as operadoras/seguradoras, que têm o poder de administrar o quais tratamentos serão efetivamente pagos, ao menos em decisões de curto prazo.

No estudo sobre constelações de lógicas institucionais, foram descritos três padrões diferentes: a) uma lógica dominante e três lógicas “satélites”; b) uma única

lógica forte e três lógicas fracas e c) duas lógicas fortes e duas mais fracas. Este último caso se identifica aos resultados da pesquisa, pois as duas lógicas mais fortes são: aquela valorizadas pelos médicos: a lógica profissional e a lógica de mercado; esta última aditiva na definição de Goodrick and Reay (2011), pois remunera o médico em relação à indicação de tratamento ao enfermo. Verificou-se ainda, as duas lógicas mais fracas, que são a pública e a lógica do beneficiário. A pública é mais fraca pela intermediação de interesses de duas lógicas fortes (profissional médica e de mercado) e uma mais fraca (beneficiários). O equilíbrio intermitente de forças desta constelação é administrado através de algumas ações colaborativas pontuais.

Os objetivos das ações colaborativas dos participantes do campo da saúde nem sempre valorizam a sustentabilidade no sistema. O Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) investigou um esquema ilícito que demandava um bom e próximo relacionamento entre médicos, gestores públicos na área da saúde e fornecedores da cadeia de distribuição de saúde. Descobriu-se que quatro fornecedores costumavam doar verbas para hospitais públicos e patrocinar entidades da classe médica, com a finalidade de alimentar um cartel e vencer licitações, em detrimento da concorrência (ABREU, 2018). O problema já havia sido abordado em um artigo encabeçado pelo professor Gesner Oliveira, da FGV, que chamava atenção para os riscos dos cartéis de especialidades médicas (OLIVEIRA et al., 2014). Ao impor suas tabelas, os serviços médicos afetam os custos dos planos que ficam mais caros e acabam por incentivar ainda mais a seleção adversa, uma consequência da assimetria de mercado (LEAL, 2017).

Até mesmo os órgãos governamentais, em sua dinâmica comunicativa nesse campo, demonstram protagonismo antagônico entre si. A Fundação PROCON é a personalidade jurídica de direito público vinculada à Secretaria Estadual da Justiça e da Defesa da Cidadania. Enquanto governo, tem atritos frequentes com a esfera governamental federal (ANS). Nas palavras do Ator 5 (PROCON): “além de pagar mensalidade, agora querem que o consumidor pague 40% do procedimento, sendo que é problema de prevenção pública, como a vacinação, que diminuiu. Acho isso vai se agravar, sinceramente”. Em uma só manifestação, o ator criticou dois atores governamentais: a ANS, pela proposta de coparticipação, à qual o PROCON foi contrária; e o Ministério da Saúde, pela queda da frequência na vacinação.

Isso ocorre, porque os atores PROCON e ANS, apesar de representarem o governo, fiscalizando a aplicação de leis, seguem orientações distintas. O interesse público é defendido e valorizado por ambas as lógicas, porém, nos interesses privados dos beneficiários, o PROCON compete com a ANS. Outra demonstração de que o PROCON desafia a ANS na parte da constelação que compreendem os órgãos estatais é o fato de ele defender indicações de tratamentos que estão fora do rol de procedimentos da ANS, como foi reportado na entrevista com os Atores 5 e 6 do PROCON.

Em declaração pública recente, o diretor da ANS, João Boaventura, disse, a respeito da maioria da ANS: “nesses 18 anos, o que fizemos foi cumprir a lei. E o que mais? Cumprir a lei e só”. (WORKSHOP DE ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO CNSEG, 2018). As críticas dos participantes do campo à ANS podem ser uma referência à omissão ou falta de propostas da agência em soluções nesses 18 anos (como foi registrado nos depoimentos das entrevistas), ou mesmo agir pela colaboração na diminuição da defasagem de comunicação entre os atores. Todos esses problemas são tratados em governança corporativa. De acordo com o Ator 1 (Fenasaúde): “Acho que isso é até uma falha, inclusive, que a gente precisa aprimorar no Brasil, como introduzir governança não apenas em operadoras, mas em prestadores na área da saúde como um todo. Esse é um tema muito importante”. O mesmo ator citou a fragilidade ou inexistência do nível de governança corporativa, excetuando-se os hospitais diferenciados famosos. A comunicação adequada entre os interessados contratuais de saúde suplementar é pressuposto do adequado nível de governança corporativa.

A pertinência do conceito de governança junto aos respondentes surge como resposta às condições de incerteza da demanda, trocas customizadas, complexidade das tarefas e frequência, que fazem as empresas serem direcionadas a uma imbricação estrutural de suas transações (JONES et al., 1997). No institucionalismo, a governança é tratada como fator endógeno, que influencia as organizações (SCOTT et al., 2000, p. 166).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC, 2018), a governança corporativa é definida pelo:

Sistema pelo qual as empresas e demais organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos com os sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle de demais partes interessadas.

As boas práticas de governança incluem recomendações objetivas por parte dos atores, a fim de preservar o valor econômico de longo prazo das organizações e contribuindo para a qualidade de gestão da organização. Quando nesta pesquisa encontrou-se indiferença com relação à intermediação da ANS (ator 8 Einstein), registrou-se preocupação com a falta de indicadores objetivos de critérios de decisões colegiadas (ator 1 Fenasaúde), detectou-se percepção de que a agência divulga contra-informação (ator 5 PROCON) e revelou-se antagonismo com relação aos médicos (ator 7 AMB e ator 6 PROCON) e distanciamento no diálogo (ator 3 CREMESP), conclui-se que há trabalho a fazer no tema governança corporativa no campo de saúde suplementar.

A governança corporativa envolve as trocas de em prestação de serviços, as quais criam certo grau de dependência entre os atores do campo e elevam a necessidade de coordenação entre agentes envolvidos em um determinado relacionamento. Em uma situação na qual um indivíduo decide não comprar mais o produto ou serviço customizado, provavelmente o vendedor terá grandes dificuldades, se é que conseguirá transferi-lo para outro cliente. Faz-se necessário, portanto, um formato organizacional que promova a cooperação, a proximidade entre os atores e as trocas permanentes, com o intuito de transmitir efetivamente conhecimento tácito às partes envolvidas (JONES et al., 1997) e assegurar o cumprimento do que foi previamente acordado. Contatos pessoais permanentes, materializados por meio das fronteiras interorganizacionais, adicionam certa dose de cortesia e consideração entre os atores, desencorajando ou, pelo menos, reduzindo, a possibilidade de busca de vantagens particulares em uma transação. O conjunto dessas interações representa a noção central de imbricação (JONES et al., 1997). As partes envolvidas nas trocas podem ter comunicação adequada ou inadequada entre si. Daí advém o relacionamento harmonioso ou conflituoso em um determinado campo.

Como pudemos verificar, a comunicação como componente inseparável da governança não é uma variável bem administrada pelo campo de saúde suplementar brasileiro. Tomemos como indícios adicionais desse fato, o discurso do

Ator 7, diretor da AMB, para a platéia da Reunião de Defesa Técnica na sede da associação⁴: “O que estamos fazendo e vocês podem ter certeza que a nossa atitude será a de bater com o pé no peito, porque se a gente bater pouco, eles vão achar que a gente está tentando ter amizade e a gente não quer amizade. É para ter atitude de quem trata a classe médica com respeito. E no caso de desdém, a gente vai tratar na mesma moeda, na mesma proporção”. Conforme já foi visto com Grandori (2006), a comunicação como atributo da governança, faz parte do âmago de organização e desenvolvimento de uma rede social.

A falta de comunicação e o atrito entre os atores; os problemas de governança e a falta de transparência nas decisões colegiadas da ANS apontam para uma intervenção de cada ator no raio de atuação, conforme permitem seus mecanismo de intervenção. Apesar de não haver interação formal, mas ocasional, entre eles, os atores compartilham o campo, os prestadores de serviços, a agência regulatória e, ainda assim, possuem estruturas e estatutos próprios e distintos. Portanto, coexistem, mas, ao mesmo tempo, competem, defendendo lógicas bastante distintas. Sobre esse aspecto, reproduzimos um trecho da entrevista com o Ator 4 (Bradesco Saúde), da seguradora de saúde e rede de laboratórios de análises clínicas: “A ANS pode intervir para o público. Eu, como Bradesco (Saúde), acho que essa atuação é voltada para o público em geral, ela não olha o meu portfolio, meu cliente ou meu plano”. Explica que o plano tem custo maior, acima da média nacional, do reajuste autorizado, e continua: “Ela olha o geral. Não acho que isso seja correto. Acho que ela tinha que olhar cada um dos planos. Se eu estou vendendo um produto que foi aprovado por ela, um plano aprovado por ela, ela tem que se ater a esse plano. Ela sabe disso, mas quer atuar socialmente também. Ela é muito mais pró, e ela tem sido muito mais pró-consumidor, do que pró-operadora”. Do lado dos consumidores (beneficiários), não é o que o PROCON entende, pois foi observado o aumento de reclamações nos órgãos de proteção e na ANS, observação ressaltada pelos atores 5 e 6 (PROCON), que participaram desta pesquisa.

A racionalização dos recursos disponíveis para assistência à saúde suplementar apresenta alguns obstáculos adicionais, na análise de Zucchi, Del Nero

⁴ Duas horas antes da entrevista, o Ator 7 da AMB fez um convite para assistir à reunião nacional, na sede da AMB, sobre Defesa Técnica. O conteúdo gravado dessa reunião fez parte da pesquisa documental deste trabalho.

e Malik (2000). O primeiro deles refere-se ao médico, ao qual é delegada a responsabilidade de indicar o tratamento. Essa decisão carrega um peso conflituoso de conselheiro do paciente e de vendedor de serviços. Há a prescrição do tratamento que carrega consigo os valores e práticas da lógica médica, a qual é incompatível com a venda de produtos médicos e farmacêuticos (lógica de mercado). Conforme já foi visto, ao valorizar-se uma lógica, há a priorização de alguns interesses às expensas de outros (GREENWOOD et al., 2011). O trabalho seguinte, seria o de racionalizar os critérios de prescrições e vendas de serviços e produtos, de forma mais transparente na assistência médica em saúde suplementar.

Outro obstáculo é a determinação de exames complementares, por auxílio à decisão de adoção de tecnologias e acerto do diagnóstico. O terceiro, a definição pública (no caso, da saúde suplementar), de quais serão os níveis de assistência praticados, o que ainda não é definido de forma clara no Brasil. Mais de um ator mencionou a importância de médicos de família, *gatekeepers* e prevenção.

O espectro de assistência é uma decisão conjunta dos atores, em um campo que apresenta opiniões bastante contrastantes e antagônicas sobre vários tópicos de questionamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O capítulo propõe uma conclusão de pesquisa, discutindo sobre as respostas aos objetivos de pesquisa, quais dados foram obtidos, a importância dos resultados, a contribuição teórica e suas implicações, bem como a adequação da metodologia.

O fato de as despesas de saúde do setor suplementar terem aumentado desde que existe a base de dados de despesas na ANS, em 2007, levou os participantes do setor a apontarem várias razões para tal. Ao mesmo tempo, os atores sabem que orçamento do sistema é limitado pela soma das contraprestações dos beneficiários. Desse problema, surgiu a questão de pesquisa, que é conhecer os fatores desses aumentos.

Para responder a essa questão, a pesquisa usou o institucionalismo, para explicar um fenômeno econômico-financeiro motivado por causas apontadas pelos próprios respondentes. Portanto, não foram apresentados pressupostos prévios. A pesquisa estudou as formas pelas quais os atores determinam ou influenciam tal configuração e, por fim, o modelo que melhor define sua participação dentro do campo; e caracterizou-se pelo tipo descritivo-explicativa.

A tarefa metodológica de revisão bibliográfica permitiu concluir que o tema de estudos aprofundados sobre despesas do setor de saúde na ANS já foi levantado, mas pouco tratado, pois o estudo também foi limitado pela indisponibilidade de dados junto à ANS. Assim, apresentou-se uma discussão gradativa, conforme os atores foram sendo entrevistados. Isso permitiu que um tópico levantado por um ator pudesse ser levado para outro do campo, de forma a se conseguir um comentário, explicações, uma contribuição marginal ou mesmo uma réplica. Foram utilizados pesquisa documental, banco de dados da agência de saúde suplementar e associações relacionadas, revisão bibliográfica do campo de saúde, material de fóruns e seminários e entrevistas com roteiro semi-estruturado.

Os resultados mostraram que os participantes do campo desconhecem o detalhamento das despesas de saúde suplementar por tipos de procedimentos. Todos concordaram que as despesas são altas em determinados itens e elencaram desde excessos de exames, internações, cirurgias, até desperdícios e fraudes. Os atores contribuíram com relatos distintos de experiências, no campo, sobre os fatores causadores da elevação de despesas. A grande maioria (com exceção de um ator) criticou o modelo de remuneração *fee-for-service*, cuja autonomia delega

ao profissional médico as indicações de tratamento e acaba impactando no aumento do agregado de despesas da saúde suplementar.

A pesquisa logrou mostrar que múltiplas lógicas coexistem na área de saúde suplementar brasileira, por meio da varredura da literatura elencada na pesquisa bibliográfica e documental. A análise do campo, acompanhada do estudo dos modelos de resolução de lógicas no institucionalismo permitiram concluir que o modelo que explica o campo é o da coexistência alternada, mais especificamente, o modelo de constelações de lógicas, que ilustra as participações alternadas dos atores em determinados momentos críticos do campo, conforme seu alcance de atuação, com presença de duas lógicas mais fortes (médica e de mercado) e duas mais fracas (pública e do beneficiário), conforme o modelo de Goodrick and Reay (2011). Considerando os resultados, pode-se afirmar que o modelo teórico utilizado foi sustentado pelos dados coletados na pesquisa de campo e documental.

A importância do estudo reside em mostrar que o conflito entre atores não leva simplesmente à substituição de uma lógica por outra, mas a uma luta por espaço, na qual os conflitos são externados, evitados ou confrontados entre os atores participantes. A pesquisa também oferece a contribuição de elencar os principais fatores de aumento de despesas assistenciais apontados pelos próprios entrevistados, trazendo um diagnóstico composto pelas variáveis aqui mencionadas. A listagem de tópicos críticos parecia inesgotável, dados os problemas não resolvidos. As questões levantadas pelos próprios atores propiciaram a base de análise para aprofundamentos futuros; pois são questões que se encontram em aberto no campo e que, além de impactarem as despesas, geram conflito e insatisfações, desde o beneficiário até os maiores provedores do sistema. Os problemas encontrados forneceram um diagnóstico que apontou sugestões de quais fatores e variáveis devem ser estudados e tratados no campo – muitas das questões a tratar surgiram como sugestão de estudo por parte dos próprios atores entrevistados, trazendo um novo desafio para a maximização da utilização dos recursos da saúde suplementar e a melhoria do nível de governança na rede.

Considerando que praticamente um quarto da população brasileira usa plano de saúde suplementar, verifica-se a importância econômica e social do negócio. Contribuir para sua sustentabilidade foi uma consequência dos objetivos propostos pela pesquisa, por meio da explicação das ameaças ao equilíbrio econômico-financeiro do sistema e dos problemas de governança entre os participantes. Sem

constituir seu objetivo de pesquisa, o trabalho mostrou que o exame da transparência, a análise da governança e o modelo de remuneração indicam direções para a resolução do problema de aumento de despesas de saúde e pode diminuir os atritos entre os atores, contribuindo para a harmonização do campo, e trazendo a contribuição gerencial .

Com relação ao escopo, uma proposta para novas pesquisas é analisar as decisões colegiadas da ANS sob a perspectiva institucional. Sugere-se também estudar, sob a mesma ótica, a adoção por parte dos atores do campo do controle custo-efetividade de tratamentos, indicadores de desempenho raros no setor. O trabalho de pesquisa também pode ser replicado às despesas não assistenciais do campo que constituem despesas administrativas e não operacionais, o que pode incluir judicializações, carga tributária, cadeia de distribuição e outros temas que fogem do cotidiano operacional das operadoras de saúde. Outra sugestão de tema: as contribuições e críticas dos diversos atores do campo sobre os diferentes modelos de remuneração, pela comparação da metodologias de pagamento de despesas entre o *fee-for-service*, *fee for value*, DRG (*diagnosis related group*), a fim de elencar as críticas, os pontos fortes e os pontos que podem ser aperfeiçoados em cada modelo. Com relação às despesas assistenciais, é possível realizar um trabalho somente com a base de dados da ANS, se um dia for autorizado o acesso a eles, pois a falta de dados consistiu na limitação desta pesquisa.

O trabalho com foco nas despesas assistenciais do setor de saúde suplementar foi de grande complexidade e de difícil abordagem, em virtude da indisponibilidade de informação detalhada e da própria natureza do negócio saúde. A ótica do institucionalismo facilitou a compreensão dos conflitos dentro do campo. Entretanto, para seus entraves sejam resolvidos, os problemas detectados em pesquisa deveriam, de alguma forma, ser abordados, já que afetam diretamente a todos.

Os profissionais médicos acadêmicos, privilegiando assuntos técnicos de tratamento do enfermo, talvez fiquem alheios ao tema. O fato, porém, é que o problema tornou-se insustentável para os gestores do sistema, e afetará diretamente todas as pessoas que utilizam plano de saúde. A oportunidade dada pela academia de se estudar essa defasagem por meio desta dissertação, torna importante e gratificante a contribuição da pesquisa em campo e no tema. O assunto parece

interminável, portanto, será abundante a variedade de temas a serem aprofundados no programa de doutorado.

As despesas assistenciais hoje totalizam R\$ 149 bilhões de reais. Os profissionais renomados que gentilmente participaram desta pesquisa, mencionaram que os desperdícios podem chegar até 30% das despesas totais. Assim, é sempre oportuno relembrar uma fala recente do secretário de Ciência Tecnologia e Insumos, do Ministério da Saúde, e Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS: “a saúde não tem preço, mas ela tem custo” (V FÓRUM FOLHA SAÚDE, 2018).

Se o setor reduzir as despesas em 1%, cerca R\$ 1,5 bilhão pode ser utilizado para medicina preventiva, melhoria de governança do sistema, redução do valor das contraprestações, permitindo o acesso de mais pessoas que precisam de assistência à saúde. Esperamos que o trabalho contribua para que se alcance este objetivo.

REFERÊNCIAS

II CONSENSO BRASILEIRO SOBRE RINITES, 2006, São Paulo. Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology Brazilian Association of E. N. T. and Cervicofacial Surgery**, 2006.

IV e V FÓRUM DE SAÚDE DO BRASIL: Transparência e Prevenção, 2017, MIS São Paulo. **Folha de São Paulo**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2017/03/1870110-cadeia-da-propina-encarece-produtos-para-saude-diz-especialista.shtml>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

ABRAMGE. **Desperdício pode acabar com planos de saúde em 20 anos**. ABRANGE na Mídia. 2018. Disponível em <https://www.abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/abramge-na-midia/902-desperdicio-pode-acabar-com-planos-de-saude-em-20-anos>. Acesso em: 19 nov. 2018.

ABREU, Alan de. Por dentro do Cartel dos Implantes. Anais da Saúde Pública. **Revista Piauí**. São Paulo, 25 nov. 2018. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/por-dentro-do-cartel-dos-implantes/?doing_wp_cron=1543167922.8340499401092529296875>. Acesso em: 26 nov. 2018.

ALBUQUERQUE, C.; PIOVESAN, M. F.; SANTOS, I. S.; MARTINS, A. C. M.; FONSECA, A. L.; SASSON, D. A situação atual do mercado de saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1421-1430, 2008.

ALVARES, Juliana et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl.2, 20s, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300318&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2018. Epub 13-Nov-2017. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007139>.

ALVES, Danielle Conte; BAHIA, Ligia; BARROSO, André Feijó. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, fevereiro, n. 2, p. 279-290. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2018.

ANS. **Base Consolidada de Dados do Setor**. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

ANS. **Dados Consolidados da Saúde Suplementar**. 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/dados_consolidados_da_saude_suplementar.pptx>. Acesso em: 04 nov 2018.

BAHIA, Lígia; SCHEFFER, Marten. **Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil**. São Paulo: Editora Unesp; 2010.

BANTA, H. D.; LUCE, B. R. **Health care technology and its assessment: an international perspective**. Oxford University Press. Nova York, 1993.

BATTILANA, J.; LECA, B.; BOXEMBAUM, E. How Actors Change Institutions: Towards a Theory of Institutional Entrepreneurship. **Academy of Management Annals**, v. 3, n. 1, p. 65-107, 2009.

BATTILANA, Julie; DORADO, Silvia. **Building Sustainable Hybrid Organizations: The case of commercial microfinance organizations**. The Academy of Management Journal. Vol. 53, No. 6. Special Research Forum: Organizations and their institutional environments – bringing meaning, values, and culture back in. 2010.

BERWICK, D. M.; HACKBARTH, A. D. Eliminating Waste in US Health Care. **Journal of the American Medical Association**, 11 abr., 2012.

BEULE, Achim. **Epidemiology of chronic rhinosinusitis, selected risk factors, comorbidities, and economic burden**. GMS current topics in otorhinolaryngology, head and neck surgery, 14, Doc11. 2015.

BHATTACHARYYA, Neil. The economic burden and symptom manifestations of chronic rhinosinusitis. **American Journal of Rhinology & Allergy**, Rhode Island: Ocean Side Publications Inc., v. 17, n. 1, p. 27-32, jan.-fev., 2003.

BONFIM, Leandro R. C.; ABIB, Gustavo; GONÇALVES, Sandro. **Lógicas institucionais no estudo da estratégia como prática: uma proposta de relação entre o conceito e a abordagem**. Iberoamerican Academy of Management Conference. São Paulo. 2013

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 14 fev. 2018.

BRAZILIAN GUIDELINES ON RHINOSINUSITIS, São Paulo, ABORL-CCF **Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial**, v. 74, n. 2, supl. p. 6-59, 2008. BUENO, F. Thedim da Costa. Vigilância e resposta em saúde no plano regional: um estudo preliminar do caso da febre do Zika vírus. **Ciência & Saúde Coletiva**. 22 jul. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63051952023>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Operadores de planos de saúde reclamam que propina eleva preço de órteses e próteses**. Câmara Notícias, 2015. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/487386-OPERADORES-DE-PLANOS-DE-SAUDE-RECLAMAM-QUE-PROPINA-ELEVA-PRECO-DE-ORTESES-E-PROTESES.html>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

CARLINI, Angélica; VEDOVATO, Luis Renato. Direito, **Legislação e Cidadania**. Editora Alínea. 2010.

CARMONA, René; DEL MORAL, Pierre; HU, Peng; OUDJANE, Nadia. An Introduction to Particle Methods with Financial Applications. Numerical Methods in Finance. Springer Proceedings in Mathematics. **Springer Berlin Heidelberg**, v. 12, p. 3–49, 2012.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, v. 44, n. 3, p. 421-429, jun. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr 2018.

COASE, R. H. The Nature of the Firm. **Economica**, v. 4, n. 16, p. 386-405, nov. 1937.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde: iniciativas do CNJ são destacadas em seminário no STJ**. Agência CNJ de notícias 2018. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/86891-judicializacao-da-saude-iniciativas-do-cnj-sao-destacadas-em-seminario-no-stj>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CONSTANTINIDES, P.; BARRET, M. Large Scale ICT Innovation, Power, Organizational Change: The case of a regional health information network. **The Journal of Applied Behavioral Science**, v. 42, p. 76–90. 2006.

CORREIO BRAZILIENSE. **TCU contesta fiscalização de planos de saúde feita pela ANS**. 2018. Disponível em: <<http://blogs.correiobraziliense.com.br/vicente/tcu-contesta-fiscalizacao-de-planos-de-saude-feita-pela-ans/>>. Acesso em: 22 out. 2018.

CREMESP. **CREMESP institucional** 2018. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=4>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Terceira edição, Porto Alegre, Artmed. 2010.

CURRIE, Wendy L.; GUAH, Matthew W. Conflicting institutional logics: a national programme for IT in the organisational field of healthcare. JIT Palgrave Macmillan Ltd. 2007. **Journal of Information Technology**, v. 22, p. 235–247, 2007.

DA SILVA, Paulo F.; COSTA, Nilson do R. Saúde Mental e os Planos de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4653-4664, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

DAROS, Raphaella F. et al. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 525-547, jun., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200525&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Apr. 2018

DIMAGGIO, P.; POWELL, W. W. The iron cage revisited: Collective rationality and institutional isomorphism in organizational fields. **American Sociological Review**, v. 48, n. 2, p. 147-160, 1983.

DORADO, Silvia. Institutional Entrepreneurship, Partaking, and Convening. **Organization Studies**, v. 26, n. 3, p. 385–414, 2005.

DRUMMOND, M. F.; O'BRIAN, B. STODDART, G. L.; TORRANCE, G. W. **Methods for the economic evaluation of health care programmes**. (2nd ed.). Oxford Medical Publications, Oxford. 1997.

DUARTE et al. Evolução na utilização e nos gastos de uma operadora de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 22, n. 8, ago. 2017.

EDELMAN, Lauren B., SUCHMAN, Mark C. **The legal lives of private organizations**. The Blackwell Companion to Law and Society. 2007.

ELDREDGE, Niles; GOULD, Stephen J. **Punctuated Equilibria: An Alternative to Phyletic Gradualism. Models in Paleobiology**. Freeman, Cooper and Company. San Francisco, p. 82-115. 1972.

FERREIRA, Vanessa. **A relação entre lógicas institucionais e práticas estratégicas organizacionais: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação dos reajustes do setor**. 76 folhas. Dissertação de mestrado UNIP, São Paulo, 2018.

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Artmed. 2009.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido**. Editora Vozes. 1946

FREIDSON, Eliot. **Professionalism: The third logic**. Chicago, IL: University of Chicago Press. 2001.

FRIEDLAND, R.; ALFORD, R. **Bringing society back in: symbols, practices, and institutional contradictions**. In Powell, W., & DiMaggio, P. (Orgs.). The new institutionalism in organizational analysis (p. 232–263). Chicago: The University of Chicago Press. 1991.

FRIEDLAND, R.; ALFORD, R. Robert. **Bringing society back in: Symbols, practices, and institutional contradictions in The New Institutionalism in Organizational Analysis**, ed. Walter W. Powell and Paul J. DiMaggio, p. 232-266, 1991.

FRIEDLAND, R.; ALFORD, R. Robert. Powers of theory: Capitalism, the state, and democracy. Cambridge University Press. **American Journal of Sociology**, v. 92, n. 5, p. 1270-1273, 1987

FRIEDMAN, Milton. **Capitalism and Freedom**. Chicago Univ., 1967.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Índices Gerais de Preços do Instituto Brasileiro de Economia (IBRE)**. Rio de Janeiro. 2018.

FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL. Report for Selected Country Groups and Subjects. **World Economic Outlook**. International Monetary Fund. Abril de 2016.

GAMARRA, Tatiana Pereira das Neves. **A produção acadêmica sobre a Agência Nacional de Saúde Suplementar: um olhar a partir da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações**. Saúde soc., São Paulo, v. 26, n. 3, p. 712-725, Sept. 2017.

GARBIN NEUMANN, Daniela; FINKLER, Mirelle; CAETANO, João Carlos. Relações e conflitos no âmbito da saúde suplementar: análise a partir das operadoras de planos odontológicos. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, jul.-set. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400853029005>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

GARUD, R.; JAIN, S.; KUMARASWAMY, A. Institutional entrepreneurship in the sponsorship of common technological standards: The case of Sun Microsystems and Java. **Academy of management journal**, v. 45, n. 1, p. 196-214, 2002.

GERDTHAM, Ulf-G.; JÖNSSON, Bengt. **International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis**. Amsterdam; New York. Elsevier. 2000.

GIBSON, Rosemary; SINGH, Janardan Prasad. **The Treatment Trap: How the Overuse of Medical Care Is Wrecking Your Health and What You Can Do to Prevent It**. Rowman & Littlefield Publishing Group, USA. 2010.

GLYNN, M.A.; LOUNSBURY, M. **From the critics' corner: logic blending, discursive change and authenticity in a cultural production system**. Journal of management studies, v.42, n. 5, p. 1031-1055, 2005.

GOODMAN, C. It's time to rethink health care technology assessment. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**. 1992.

GOODRICK, Elizabeth; REAY, Trish. Constellations of institutional logics: Changes in the professional work of pharmacists. **Work and Occupations**, v. 38, n. 3, p. 372 - 416, 2011.

GOODRICK, Elizabeth; SALANCIK Gerald R. Organizational Discretion in Responding to Institutional Practices: Hospitals and Cesarean Births. **Sage Publications, Inc Administrative Science Quarterly**, v. 41, n. 1, p. 1-28, mar. 1996.

GRANDORI, Anna. **Innovation, Uncertainty and Relational Governance**. Taylor & Francis. 2006.

GRANOVETTER, M. **The Strength of Weak Ties**. The American Journal of Sociology, vol. 78, n.6, p. 1360-1380. 1973.

GREENWOOD, R. et al. Institutional Complexity and Organizational Responses. **The Academy of Management Annals**, v. 5, n. 1, p. 317-371, 2011.

GREENWOOD, Royston; SUDDABY, Roy; HININGS, Christopher R. Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. **Academy of management journal**, v. 45, n. 1, p. 58-80, 2002.

HALINEN, A.; TÖRNROOS J-Å. Using case methods in the study of contemporary business networks. **Journal of Business Research**, v. 58, p. 1285-1297, 2005.

HANSEN, M. T. The search-transfer problem: The role of weak ties in sharing knowledge across organization subunits. **Administrative Science Quarterly**, v. 44, n. 1, p. 82-111, 1999.

HAVEMAN Heather A.; RAO, Hayagreeva. **Hybrid Forms and the Evolution of Thrifts**. March, 974-986. Sage Publications. 2006.

HENSMANS, Manuel. Social Movement Organizations: A Metaphor for Strategic Actors in Institutional Fields. **Organization Studies**, v. 24, n. 3, p. 355-381. 2003.

HOFFMAN, Andrew J. Institutional Evolution and Change: Environmentalism and the U.S. Chemical Industry. **Journal of Academic Management**, v. 42, n. 4, p. 351-371, ago. 1999.

IBGC. **Governança**. Portal do Conhecimento. 2018. Disponível em: <<https://www.ibgc.org.br/governanca/governanca-corporativa>>. Acesso em 05 dez. 2018.

IBGE, **Estimativas de População**. 2016.

IBGE. **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA e Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC**. Rio de Janeiro. 2018.

IESS, **Custo médico-hospitalar atinge 19%, recorde para o período, sendo mais que o dobro do IPCA**, Notícias 02/12/2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 05 set. 2018.

INSPER, **A Cadeia de Saúde Suplementar no Brasil: Avaliação de Falhas de Mercado e Proposta de Políticas**, Insper Centro de Estudos em Negócios, White Paper nº 001: São Paulo, 2016.

JENSEN, Michael C.; MECKLING, William H. Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. **Journal of Financial Economics**, v. 3, n. 4, p. 305-360, out. 1976.

JONES, Candace; HESTERLY, William S.; BORGATTI, Stephen P. A General Theory of Network Governance: Exchange Conditions and Social Mechanisms. **Academy of Management Review**, v. 22, n. 4, 1997

KOIKE, Beth. **Amil e Sírío adotam remuneração fixa**. Valor Econômico, setembro 2018. Disponível em <<https://www.valor.com.br/empresas/5875787/amil-e-sirio-adotam-remuneracao-fixa>>. Acesso em 21 out 2018.

KOROSEC, Ronnie L.; BERMAN, Evan M. Municipal Support for Social Entrepreneurship. **Public Administration Review**, v. 66, n. 33. 2006.

KPMG BUSINESS MAGAZINE, **Dilemas da Saúde**, São Paulo, 38, 2017.

KRAATZ, Matthew S.; BLOCK Emily. **Organizational Implications of Institutional Pluralism**. College of Business. University of Illinois. Champaign, 2008.

KROESE, D. P.; TAIMRE, T.; BOTEV, Z. I. **Handbook of Monte Carlo Methods**. John Wiley & Sons. 2011.

LEAL, Sandro. **Fundamentos, Regulação e Desafios da Saúde Suplementar no Brasil**. Fundação Escola Nacional de Seguros, Centro de Pesquisa e Economia do Seguro. 2015.

LERNER, M. **Modernization and health: a model of the health transition**. American Public Health Association. São Francisco. 1973.

LOUNSBURY, Michael. A tale of two cities: Competing logics and practice variation in the professionalizing of mutual funds. **Academy of Management Journal**, v. 50, n.2, p. 289-307, 2007.

_____. et al. **The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process**. Oxford: Oxford University Press on Demand, 2012.

MAIA, Ana Carolina. **Seleção adversa e risco moral no sistema de saúde**. Brasileiro. 2004. 97 folhas. Dissertação de Mestrado em Economia da saúde – Brasil – UFMG, Belo Horizonte, 2004.

MALTA, D. C.; JORGE, A. O. **Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão**. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1535-1542, out. 2008.

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS. Eva M. **Fundamentos de Metodologia Científica**, 5. ed. - São Paulo: Atlas. 2003.

MARK, Anabelle. **Modernisign Healthcare: Is the NPfIT for purpose?** Journal of Information Technology; 22(3):248-256. 2007

MARQUIS, Christopher; LOUNSBURY, Michael. **Vive La Résistance: Competing Logics and the Consolidation of U.S. Community Banking.** *The Academy of Management Journal*, v. 50, n. 4, p. 799-820, ago. 2007.

MARS, Mathew M.; LOUNSBURY, Michael. **Raging Against or With the Private Marketplace? Logic Hybridity and Eco-Entrepreneurship.** *Journal of Management Inquiry*. Volume 18, Issue 1. 2009.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Débora; DOEDERLEIN SCHWARTZ, Ida Vanessa. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. abril, 2013. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63026309010>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

MELLO, Daniel. **Planos de saúde lideram ranking de reclamações do IDEC.** Saúde Abril (via Agência Brasil), mar. 2018. Disponível em <<https://saude.abril.com.br/medicina/planos-de-saude-lideram-ranking-de-reclamacoes-do-idec/>>. Acesso em: 20 abr 2018.

MEYER, John W. & ROWAN, Brian. **The New Institutionalism in Organizational Analysis.** Chicago: University of Chicago Press, 1991.

MEYER, John, & ROWAN, Brian. Institutionalized organizations: formal structure as myths and ceremony. **American Journal of Sociology**, v. 83, n. 2, p. 340–363. 1977.

MILAN, A., SCOTT, C. A. **Beneath the surface: Intranational institutions and management of the United States - Mexico transboundary Santa Cruz aquifer.** *Environment and Planning C: Government and Policy*, 28(3), 528-551. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estrutura Organizacional Básica 2017.** Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/estrutura-e-competencias/leia-mais-estrutura-e-competencias/6772-organograma-estrutura-e-competencias>>. Acesso em: 11 ago. 2017.

MOTTA, Glaucia P. da; PEROBELLI, Fernando S.; DOMINGUES, Edson P. **Avaliação do Padrão de Consumo de Bens e Serviços de Saúde: Uma Abordagem de Equilíbrio Geral Computável para a Economia Brasileira.** *Rev. Bras. Econ.*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, p. 463-487, Dec. 2017.

NUNES, João; PIMENTA, Denise N. **A Epidemia de Zika e os limites da saúde global.** Lua Nova (on line). mai.-ago., 2016. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67347761002>> ISSN 0102-6445. Acesso em 20 dez 2017.

OLIVEIRA, Gesner; MARCATO, Fernando; SCAZUFCA, Pedro; CURI, Andréa Z; SOUSA, Mariana O. M.; SOUSA, Cláudia O.M. **Análise da Qualidade Regulatória da Saúde Suplementar no Brasil.** Grupo de Economia da Infraestrutura e Soluções Ambientais FGV – EAESP/MPGPP. 2017.

OMS. **Saúde Suplementar como alternativa para melhoria de saúde coletiva e iniciativas governamentais de regulação da suplementação.** Brasília, 2016.

PACHE, Anne-Claire, SANTOS, Filipe. **When worlds collide: The internal dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands.** *Academy of management review*, v. 35, n. 3, p. 455-476, 2010a.

_____. **Inside the hybrid organization: An organizational level view of responses to conflicting institutional demands.** Essec Business School, 2010b.

PAUMGARTTEN, Francisco José Roma. **Pharmaceutical lobbying in Brazil: a missing topic in the public health research agenda.** *Rev. Saúde Pública* vol.50 São Paulo 2016 Epub 22-Dec-2016.

PHELPS, C. E. **Health economics.** Addison-Wesley Educational Publishers Inc. Nova York. 1997.

PILAN, Renata Ribeiro de Mendonça. **Prevalência da rinossinusite crônica através de inquéritos domiciliares na cidade de São Paulo.** 2014. 117 folhas. Tese (Doutorado em Otorrinolaringologia) - Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo, 2014.

PIOVESAN, M. F.; LABRA, M. E. Institutional change and political decision-making in the creation of the Brazilian National Health Surveillance Agency. **Cad. Saúde Pública.** 2007. DOI:10.1590/S0102-311X2007000600012

PORTELA, Margareth C.; LIMA, Sheyla M.L.; UGÁ, Maria A. D.; GERCHMAN, Silvia; VASCONCELLOS, Maurício T. L. **Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil.** Scielo Saúde Pública. 2010.

PROCON **Espaço do Consumidor** 2017. Disponível em:<<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes/indice-geral-de-reclamacoes-igr>. Acesso em: 17 set. 2017.

RAO, Hayagreeva; MONIN, Philippe; DURAND, Rodolphe. Institutional change in Toque Ville: Nouvelle cuisine as an identity movement in French gastronomy. **American journal of sociology**, v. 108, n. 4, p. 795-843. 2003.

RAYNARD, M. **Deconstructing complexity: Configurations of institutional complexity and structural hybridity.** *Strategic Organization*, Ed. Sage. v. 14, n. 4, p. 310–335, 2016.

REAY, T.; HININGS, C. R. **Managing the rivalry of competing institutional logics.** *Organization studies*, v. 30, n. 6, p. 629-652. 2009.

REAY, T.; HININGS, C. R. The recomposition of an organizational field: health care in Alberta. **Organization Studies**, v. 26, n. 3, p. 351–384.2005.

REBELO, Fabiana Pereira Vecchio et al . Resultado clínico e econômico de um programa de reabilitação cardiopulmonar e metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 88, n. 3, p. 321-328, Mar. 2007.

REVISTA BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, São Paulo, ASBAI Editora da Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia, v. 06/29 – 04/183, 2006.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3. Ed. São Paulo, Atlas. 1999.

ROTHSCHILD, Michael; STIGLITZ, Joseph. **Equilibrium in competitive insurance markets: na essay on the economics of imperfect information**. The MIT Press. 1976.

RUEF, Martin; SCOTT W. Richard. A Multidimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments. **Administrative Science Quarterly**, v. 43-44, p. 877-904, 1998.

RUSSI, Ana; SANTA RITA, Bruno. Aumento dos custos médicos torna os planos de saúde inacessíveis. **Correio Braziliense**. Brasília. Economia; 31 mar. 2018.

RYNGELBLUM Arnaldo L.; VIANNA Nadia; ONUSIC Luciana. **Alternative Logics Coexistence: The Supplementary Health Field in Brazil**: Public Organization Review. 2016.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. **A agência nacional de saúde suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde**. Organizações & Sociedade, v. 19, p. 471-487, 2012.

SAUNDERS, John. The practice of clinical medicine as an art and as a science. Medical Humanities, **BMJ Journals**, London, v. 26, p. 18-22, 2000.

SCOTT, W. Richard. Unpacking institutional arguments. **The new institutionalism in organizational analysis**, v. 164, p. 182, 1991.

_____. **Institutional change and healthcare organizations**: From professional dominance to managed care. University of Chicago Press, 2000.

_____. **Institutions and Organizations**, 2nd edn. Thousand Oaks CA, Sage. 2001.

_____. **Institutional Theory: Contributing to a Theoretical Research**. Program W. Richard Scott, Stanford University. 2005.

_____. **Institutions and Organizations: Ideas and Interests**. Sage, 3rd edition. 2013.

SCOTT, W. Richard; MEYER, John. W. **Institutional environments and organizations: structural complexity and individualism**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

SCHNEIBERG, Marc; CLEMENS, Elizabeth S. The Typical Tools for the Job: Research Strategies in Institutional Analysis. **Sociological Theory**, v. 4, n. 3, 2006.

SHIPILOV, Andrew V.; GREVE, Henrich R.; ROWLEY, Timothy J. When do Interlocks Matter? Institutional Logics and the Diffusion of Multiple Corporate Governance Practices. **Academy of Management Journal**, v. 53, n. 4 p. 846-864, 1 ago. 2010.

SILVA, Letícia Krauss. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 501-520. 2003.

SUDDABY, R.; GREENWOOD, R. Rhetorical strategies of legitimacy. **Administrative Science Quarterly**, v. 50 n. 1, p. 35-67. 2005

SÁ, Marcelo C. de; MACIEL JÚNIOR, José N.; REINALDO, Luciana M. Processo de Ruína Finito: um Estudo de Caso na Saúde Suplementar no Brasil, João Pessoa, **Revista Evidenciação Contábil e Finanças da UFPB**, v. 5, n. 2, 2017.

SALTMAN, R.; BUSSE, R.; MOSSIALOS, E. **Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems**. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham: Open University Press. 2002.

SALVATORE, Rachel; VENTURA, Carla. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 62, p. 471-487, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400638333006>>. Acesso em: 28/03/2018.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2004.

SILVA, Kênia L.; Sena, Roseni R.; FEUERWERKER, MACRUZ, Laura C.; DE SOUZA, Caroline G.; SILVA, Paloma M.; RODRIGUES, Andreza T. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. **Saúde social**. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 773-784, Sept. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA. **Brazilian Guidelines on Rhinosinusitis**, São Paulo, 2008.

SUDDABY, R.; GREENWOOD, R. **Rhetorical Strategies of Legitimacy**. *Administrative Science Quarterly*, 50(1), 35–67. 2005.

SUSEP. **Guia de Orientação e Defesa do Consumidor dos Mercados de Seguros, Previdência Complementar Aberta e Capitalização**. Superintendência de Seguros Privados. 1ª Edição. Rio de Janeiro. 2018.

TEIXEIRA, Máisa G. **A influência do hibridismo de lógicas institucionais no processo decisório de adoção de prática de governança corporativa: o caso Cooperativa Veiling Holambra**. 262 folhas. Dissertação de mestrado UFPR, Curitiba, 2012.

TICHY Noel M.; TUSHMAN, Michael L.; FOMBRUN, Charles. Social Network Analysis for Organizations. **Academy of Management Review**, v. 4, p. 507-520, 1979.

THORNTON, Patricia; OCASIO, W. Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: executive succession in the higher education publishing industry. **American Journal of Sociology**, p. 1958–1990, 1999.

THORNTON, Patricia. **Markets from culture**: Institutional logics and organizational decisions in higher education publishing. Stanford University Press, 2004.

THORNTON, Patricia; OCASIO, W. Institutional logics. In: GREENWOOD, R.; OLIVER, C.; SAHLIN, K.; SUDDABY, R (Eds.). **The Sage handbook of organizational institutionalism**, p. 99–129, London: Sage. 2008

THORNTON, Patricia H. The rise of the corporation in a craft industry: Conflict and conformity in institutional logics. **Academy of management journal**, v. 45, n. 1, p. 81-101, 2002.

THORNTON, Patricia H.; JONES, Candace; KURY, Kenneth. Institutional Logics and Institutional Change in organizations: Transformation in Accounting, Architecture, and Publishing. **Research in the Sociology of Organizations**, v. 23, Emerald Group Publishing Limited, p.125 – 170, 2005.

THORNTON, Patricia H.; OCASIO, William; LOUNSBURY, Michael. **The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process**. Oxford University Press on Demand, 2012.

THORNTON, Patricia H.; OCASIO, William; LOUNSBURY, Michael. The Institutional Logics Perspective. Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences: **An Interdisciplinary, Searchable, and Linkable Resource**, 2015.

TOMAZELLI, Idiana. Reajuste de plano de saúde deve elevar IPCA, diz FGV. **Revista Exame**, São Paulo. Economia, 03 jun. 2016.

TRACEY, Paul; PHILIPS, Nelson; JARVIS, Owen. Bridging Institutional Entrepreneurship and the Creation of New Organizational Forms: A Multilevel Model. **Organizations Science March**, nov. 2010.

VIEIRA MACHADO, A. A.; ESTEVAN, A. O.; SALES, A.; BRABES, K. C.; CRODA, J.; NEGRÃO, F. J. Direct Costs of Dengue Hospitalization in Brazil: Public and Private Health Care Systems and Use of WHO Guidelines. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 8, n. 9, p. e.3104, 2014.

VALOR ECONÔMICO. **ANS revoga medida sobre coparticipação em plano de saúde**. 2018. Disponível em <<https://www.valor.com.br/empresas/5697877/ans-revoga-medida-sobre-coparticipacao-em-plano-de-saude>www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 22 out. 2018.

VILARINHO, P. F. A percepção da captura política da saúde suplementar no Brasil. **Cadernos Epabe.BR**, v. 8, n. 4, p. 694-709. 2010.

WILLIAMSON, Oliver E. Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. **The journal of Law and Economics**. 1979.

WILLIAMSON, Oliver E. The Economics of Organizations: The Transaction Cost Approach. **The American Journal of Sociology**, v. 87, n. 3, p. 548-577, 1981.

II WORKSHOP ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO CNSEG 2018. CNSEG, Rio de Janeiro. **O Controle dos Reajustes**. Eventials, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Brazil Country Profile**, Genebra, 2014.

YAZBEK, Priscila. Como reclamar do seu plano de saúde ou seguro da forma certa. **Exame**, São Paulo, ago. 2014. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/como-reclamar-do-seu-plano-de-saude-ou-seguro-da-forma-certa/>>. Acesso em: 28/02/2018.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZAHEER, A.; VENKATRAMAN, N. Relational governance as an interorganizational strategy: An empirical test of the role of trust in economic Exchange. **Strategic Management Journal**, v. 16, n. 5, 1995.

ZEHAVI, Amos. A Reform Less Ordinary? Historical Institutionalism, Punctuated Equilibrium, and Mental Health Care Privatization. **Administration & Society**, v. 44, n. 6, p. 731–753. Sage Publications, 2012.

ZUCKER, Lynne G. The role of the Institutionalization in Cultural Persistence. **American Sociological Review**, v. 42, p. 726-743, out. 1977.

ANEXOS

ANEXO I – TÓPICOS DE DISCUSSÃO E INTENÇÕES DAS PERGUNTAS

	Tópico de questionamento	Justificativa da formulação da pergunta
1	Tem conhecimento de quanto custam e qual seria a distribuição das despesas com cada item em um tratamento completo (incluindo exames, medicamentos, internações, procedimentos, próteses e et cetera, se for o caso?)	Averiguar o conhecimento e participação na escolha de procedimentos
2	Há preocupação com estes custos na hora de indicar um tratamento?	Descobrir se existe a preocupação com os valores de despesa.
3	No total de despesas da saúde suplementar, a distribuição de itens é adequada?	Saber se existe desequilíbrio ou excessos de medicamentos ou outros itens de tratamento.
4	Tem conhecimento se a ANS tem essa distribuição? Concorda com a forma pela qual ela divulga a informação?	Saber se os dados agregados são os esperados conforme visão do ator e ter a percepção sobre a transparência dos dados.
5	Quando há sugestão de inclusão de procedimento, como vocês encaram?	Contrastar lógicas na determinação de despesas.
6	Qual a participação de cada ator nos comitês que cuidam de inclusão de procedimentos?	Conhecer o raio de influência de cada ator setorial junto à ANS nas decisões de inclusões no rol.
7	Como os senhores avaliam a necessidade de inclusão de tecnologias?	Analisar a posição do ator sobre despesas adicionais versus efetividade.
8	Qual o impacto disto nas despesas?	Conhecer a preocupação do ator sobre despesas adicionais com tecnologias novas.
9	Que tipo de lógica orienta sugestão de procedimentos a serem adotados?	Analisar o discurso sobre orientação das lógicas sobre o tema.
10	Quais suas maiores discordâncias com relação aos outros atores?	Conhecer pontos de conflito ou concordância entre os atores.
11	Qual sua percepção acerca do modelo de remuneração dos prestadores no sistema de saúde suplementar?	Saber se há espaço para melhorias de desempenho econômico-financeiro das despesas e ouvir sugestões sobre o assunto.
12	Defasagens encontradas, na sua visão, no diálogo com a ANS e com as operadoras ou prestadores.	Saber se o ator está satisfeito com o diálogo do setor, com espaço para interação entre eles e averiguar insatisfações. Escutar sugestões.



ANEXO II

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
SOLICITAÇÃO DE REUNIÃO COM PARTICULAR

ASSUNTO A SER ABORDADO: DESPESAS COM TRATAMENTOS

☐ PROCESSO Nº _____☐ DOCUMENTO ESPECÍFICO: _____☐ OUTROS:
SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR, SEUS PARTICIPANTES, DESPESAS ASSISTENCIAIS COM TRATAMENTOS☐ PEDIDO COM PRIORIDADE. JUSTIFICAR: _____☒ PEDIDO COM URGÊNCIA. JUSTIFICAR: FINALIZAÇÃO DE DISSERTAÇÃOINTERESSE DO REQUERENTE EM RELAÇÃO AO ASSUNTO: NÃO HÁ DADOS AGREGADOS POR
ITENS DE DESPESA NA BASE NA INTERNET (MEDICAMENTOS, INTERNAÇÕES, PRÓTESES,
CIRURGIAS, CONSULTAS, PROCEDIMENTOS).DATA PRETENDIDA PARA A REUNIÃO: 05/ 10 /2018 HORA: LIVRE :Nome do Solicitante: LIA DA GRACAIdentidade: 16.776.910-8 CPF: 117.717.658-01Telefone: (11) 962880101 E-mail: graca.lia61@gmail.comEmpresa: UNIPCNPJ: 06.099.229/0001-01Local e Data: SÃO PAULO, 02 DE SETEMBRO 2018

Assinatura: _____

ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE DO SOLICITANTE E DE PROCURAÇÃO