

SAÚDE SUPLEMENTAR

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume **12**

Copyright 2011 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS,

www.conass.org.br.

Esta coleção faz parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 10.000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Saúde Suplementar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

148 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 12)

ISBN: 978-85-89545-72-3



1. SUS (BR). 2. Saúde Suplementar. I Título.

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068



DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2010/2011

PRESIDENTE

Beatriz Dobashi

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Irani Ribeiro de Moura

Região Nordeste

Herbert Motta de Almeida

Região Norte

Oswaldo Leal

Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques

Região Sul

Roberto Eduardo Hess de Souza

COMISSÃO FISCAL

George Antunes de Oliveira

Raimundo José Arruda Barros

Milton Luiz Moreira

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC Osvaldo de Souza Leal Junior
Suely de Souza Melo da Costa

AL Herbert Motta de Almeida
Alexandre de Melo Toledo

AM Agnaldo Gomes da Costa
Wilson Alecrim

AP Eupídio Dias de Carvalho
Evandro Costa Gama

BA Jorge José Santos Pereira Solla

CE Raimundo José Arruda Bastos

DF Fabíola de Aguiar Nunes
Rafael de Aguiar Barbosa

ES Anselmo Tozi
José Tadeu Marino

GO Irani Ribeiro de Moura
Antonio Faleiros

MA José Márcio Soares Leite
Ricardo Murad

MG Antônio Jorge de Souza Marques

MS Beatriz Figueiredo Dobashi

MT Augusto Carlos Patti do Amaral
Pedro Henry Neto

PA Maria Silvia Martins Comaru Leal
Cláudio Nascimento Valle
Hélio Franco de Macedo Júnior

PB José Maria de França
Mário Toscano de Brito Filho

PE Frederico da Costa Amâncio
Antônio Carlos dos Santos Figueira

PI Telmo Gomes Mesquita
Lilian de Almeida Veloso Nunes Martins

PR Carlos Augusto Moreira Júnior
Michele Caputo Neto

RJ Sérgio Luiz Côrtes

RN George Antunes de Oliveira
Domício Arruda

RO Milton Luiz Moreira
Alexandre Carlos Macedo Muller

RR Rodolfo Pereira
Leocádio Vasconcelos Filho

RS Arita Gilda
Ciro Carlos Emerim Simoni

SC Roberto Eduardo Hess de Souza
Dalmo Claro de Oliveira

SE Mônica Sampaio de Carvalho
Antonio Carlos Guimarães Souza Pinto

SP Luiz Roberto Barradas Barata
Nilson Ferraz Paschoa

TO Giovanni Guido Cerri
Francisco Melquíades Neto
Arnaldo Alves Nunes

SUMÁRIO

Apresentação 7

Introdução 8

- 1 Regulamentação do setor de planos e seguros de saúde no Brasil 12**
 - 1.1 Marco histórico – das autogestões na década de 1950 à entrada das seguradoras no mercado: segmentação de operadoras e de produtos 12
 - 1.2 Da Constituição Federal à criação da ANS 17
 - 1.3 Marco legal 25
 - 1.4 Bases microeconômicas para a intervenção do Estado no mercado privado de planos/seguros de saúde 42

- 2 O estado da arte: o mercado de saúde suplementar 56**
 - 2.1 Características gerais do sistema de saúde no Brasil 56
 - 2.2 O mercado de saúde suplementar – situação atual 59
 - 2.3 A intervenção da ANS 83

- 3 Interfaces do setor de saúde suplementar com o SUS 100**
 - 3.1 Mecanismos de articulação institucional 101
 - 3.2 O registro de planos e rede prestadora e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: importância para o registro de planos e seguros 112
 - 3.3 O ressarcimento ao SUS 122

- Referências Bibliográficas 139**

- Anexos 145**



APRESENTAÇÃO

O CONASS, dentro de sua filosofia institucional, vem, desde sua constituição, construindo conhecimentos na área do saber da saúde, que envolve não só o Sistema Único de Saúde, mas a saúde como um todo, e, entre outras realizações, continua formando ideias, criando conceitos, elaborando e desenvolvendo generalizações, além de buscar a construção de modelos ancorados na realidade das políticas públicas de saúde.

Já na área do fazer, vem organizando, propagando e divulgando informações e dados de processos relacionados à saúde universal, que servem de referência à análise, ao controle e aos estudos dos gestores estaduais.

Assim, o volume sobre “Saúde Suplementar” vem agora revisado, ampliado e atualizado nesta edição da Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011.

Com redação essencialmente equivalente à primeira publicação, nesta edição optou-se pela atualização dos dados e informações relativos aos mecanismos financeiros e não financeiros para a produção de custos da saúde suplementar; das características gerais do sistema de saúde brasileiro; mercado de saúde suplementar; da dimensão, fiscalização e informação; da rede prestadora e estabelecimentos de saúde; do ressarcimento ao SUS, introduzindo ainda dados e informações sobre a portabilidade e da revisão do “rol de procedimentos” e a aproximação e a interação de sistemas de informação.

Por todo o exposto, reafirmo que o CONASS e os gestores estaduais, juntamente com o Ministério da Saúde e ANS, têm muito ainda que debater e estudar sobre a saúde suplementar, não só pelos processos, projetos ou programas ligados ao Sistema Único de Saúde, mas pela a vinculação que este segmento tem em nosso cotidiano, enquanto gestores de saúde.

Boa leitura.

Beatriz Dobashi - Presidente do CONASS



INTRODUÇÃO

Faz 12 anos que a Lei n. 9.656/98 e sua regulação continuam a despertar interesse dos estudiosos, técnicos e profissionais do SUS, e foram necessários anos, desde a promulgação da Constituição Federal até a aprovação da Lei, para iniciar-se a regulamentação deste setor que passou a fazer parte da pauta de discussões do CONASS e dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, a Coleção Para Entender a Gestão do SUS apresenta este livro revisado, ampliado e atualizado.

É primordial, para a reflexão dos leitores, que sejam lembrados alguns aspectos constitucionais que possibilitaram a manutenção da participação do setor privado na assistência e no desenvolvimento da saúde suplementar no Brasil.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”, diz a Constituição Cidadã, em seu artigo 196, do Capítulo da Seguridade Social, caracterizando a primeira experiência brasileira de uma política social de caráter universal.

No artigo 197 da Constituição Federal de 1988, são consideradas de “relevância pública as ações e serviços de saúde, (...) devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. Esse mesmo artigo define que compete ao Poder Público a “regulamentação, fiscalização e controle” da execução dos serviços de saúde prestados, a despeito da natureza jurídica do prestador. O Artigo 199 reforça a ideia de que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, ficando definida a forma como essa participação deverá ocorrer – “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde”.

A análise do texto constitucional permite entender algumas importantes características observadas no Sistema Único de Saúde, na saúde suplementar e nas suas redes de serviços:

- » a rede de serviços de saúde do SUS resulta da incorporação das redes estaduais e municipais à rede do extinto Inamps, com uma distribuição geográfica de origem, definida pelo poder político de estados e municípios. O texto constitucional, ao facultar a execução dos serviços de saúde em unidades públicas ou privadas, possibilitou a manutenção dos contratos e convênios com a rede privada do extinto Inamps, tal qual o período anterior à promulgação da Constituição, ou mesmo a sua ampliação;

- » a manutenção do financiamento da rede privada conveniada, assim como o faz com as unidades próprias, por meio da remuneração dos serviços prestados à população;
- » o conceito de participação complementar do setor privado ao SUS surgiu relacionado à oferta de serviços de saúde;
- » a liberdade da iniciativa privada de prestar assistência à saúde estabeleceu, de forma direta, a interface entre essa rede privada e o SUS.

Tais análises demonstram a possibilidade da existência de hospitais e clínicas privadas que, a despeito de serem conveniados com o SUS, prestam serviços às operadoras de planos e seguros de saúde. Da mesma forma, observa-se a existência de estabelecimentos públicos, especialmente hospitais de grande porte, que prestam serviços às operadoras de planos e seguros de saúde. Esses estabelecimentos, portanto, fazem parte tanto da rede SUS quanto da rede de serviços que constitui a saúde suplementar, sugerindo uma duplicidade de prestação de serviços de saúde.

A escolha do tema do livro deu-se pelos avanços feitos na regulamentação de um segmento da atenção à saúde que atende mais de 56 milhões de pessoas no país, sendo 43 milhões em planos médicos e 13 milhões em planos exclusivamente odontológicos.

Segundo levantamento do IBGE, em 2008, em convênio com o Ministério da Saúde, constatou-se que a parcela da população com plano de saúde aumentou, entre 1998 e 2008, de 24,5% para 26,3%.

No entanto, é preciso compreender que a regulamentação do setor é arena de permanente tensão e disputa. Poucos setores da economia têm as características do setor de saúde suplementar, por se tratar de um bem credencial e meritório, que envolve ao menos três grandes polos de tensionamento: as operadoras de planos e seguros, os prestadores e os beneficiários (denominados também usuários ou consumidores). E não se trata, em absoluto, de grandes polos homogêneos, pois as operadoras disputam entre si os prestadores hospitalares, que nem sempre têm interesses únicos com as entidades de classe, e os consumidores contam com diversas instâncias de representação, que nem sempre representam todos de forma igualitária. Para além dessas características, o Estado tem função prioritária: deve estabelecer políticas setoriais em harmonia com a política pública de saúde nacional. Tal debate, em si, também não é simples: basta que relembremos que uma considerável parcela dos prestadores de saúde atua tanto contratado pelo sistema público quanto pelas operadoras de planos e seguros de saúde.

Resta o entendimento de que a regulação e a conseqüente regulamentação constituem-se num processo em evolução, e regulação, sem dúvida, requer informação. Tal-

vez, nesses dez anos de criação da Agência Nacional de Saúde (ANS), uma das maiores conquistas tenha sido a sistematização das informações do setor, que permitiu e ainda permite atuar de forma mais próxima do real. Se para qualquer mercado regulado a estabilidade jurídica é pré-requisito, para o mercado de planos e seguros de saúde – que cresceu à margem de qualquer regra por mais de 40 anos – a clareza e a segurança jurídica são fundamentais. Se há muito que avançar e consolidar, não há dúvida que muito já se percorreu.

Este livro é um convite para que os gestores do SUS, a partir dos subsídios aqui apresentados, possam refletir sobre as questões inerentes ao setor e participar de futuros debates acerca da saúde suplementar, pois nenhum sistema ou organização de forma isolada tem forças para fazer as transformações necessárias às políticas públicas de saúde, sociais e econômicas.

Os capítulos desta edição mantêm os temas centrais: a regulamentação do setor privado de planos de saúde no Brasil; o estado da arte do mercado de saúde suplementar, e interfaces do setor de saúde suplementar com o SUS.



1

REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NO BRASIL

- 1.1 **Marco histórico – das autogestões na década de 1950 à entrada das seguradoras no mercado: segmentação de operadoras e de produtos**
- 1.2 **Da Constituição Federal à criação da ANS**
- 1.3 **Marco legal**
- 1.4 **Bases microeconômicas para a intervenção do Estado no mercado privado de planos/seguros de saúde**





1 REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 Marco histórico – das autogestões na década de 1950 à entrada das seguradoras no mercado: segmentação de operadoras e de produtos

Para melhor entendimento da conformação do sistema de saúde brasileiro e do desenvolvimento do setor de saúde suplementar, consideramos conveniente uma rápida análise sobre as formas de organização de outros sistemas de saúde no mundo. Na observação dos sistemas nacionais da Espanha, dos Estados Unidos e outros, por exemplo, verificamos que há uma grande variação na constituição de suas bases, com diversas possibilidades de composição entre os setores público e privado.

Em resumo, poderíamos listar três tipos de sistemas de saúde.

- » Sistemas inteiramente ou majoritariamente públicos: sistemas de saúde de acesso universal, financiados pela totalidade da população através do pagamento de tributos e cuja provisão de serviços é pública.
- » Sistemas de seguro social obrigatório: sistemas de saúde organizados pelo Estado e financiados pela contribuição de empregadores e empregados, com provisão de serviços privada.
- » Sistemas de carácter privado: sistemas de saúde financiados por parte da população e pelos empregadores, sem obrigatoriedade de contribuição e cuja provisão de serviços é geralmente privada.

A seguir, apresenta-se, de forma esquemática, a organização de sistemas nacionais, segundo sua forma de financiamento, seguro e responsabilidade pela provisão dos serviços.

Quadro 1 - ORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE

ORGANIZAÇÃO	SERVIÇOS PÚBLICO	SEGURO SOCIAL	PRIVADO
Forma de Financiamento Seguro Provisão Países	Tributos Universal Pública Países Escandinavos, Reino Unido, Irlanda, Itália, Espanha	Folhas de Pagamento Múltiplo Privada Alemanha, França, Bélgica, Holanda, Áustria, Japão	Privada Privada Privada EUA

FONTE - classificação original de J. Elola, citado por Rodrigues, P.H

No entanto, deve ser ressaltado que essas formas de organização podem apresentar algumas variações. Nos EUA, por exemplo, cujo sistema de saúde tem caráter predominantemente privado, podemos encontrar segmentos populacionais atendidos pelo Estado, a partir de medidas focalizadoras financiadas por meio de tributos, voltadas para a parcela pobre da população – Medicaid e para a de idosos – Medicare. No Japão, desde 1973, há um sistema público voltado para pessoas com mais de 70 anos. Na Espanha, onde predomina o sistema público, há um sistema privado de caráter suplementar, tal como no Brasil.

No caso brasileiro, desde a estruturação da saúde previdenciária, prevalecia o modelo do seguro social organizado em torno dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esses institutos, representantes de diversas categorias de trabalhadores urbanos, para a organização da oferta de saúde, em sua grande maioria, compravam a prestação de serviços de consultórios médicos ou de estabelecimentos hospitalares. Paralelamente aos IAPs, surgiram, nos anos 1940, as caixas de assistência, que beneficiavam os empregados de algumas empresas por meio de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços de saúde externos à Previdência Social, ainda que esses serviços pudessem ser prestados por ela. Foi nessa época, por exemplo, que ocorreu a criação da Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil (Cassi).

Na década de 1950, com a instalação no país de empresas estatais e multinacionais, surgem os sistemas assistenciais próprios, isto é, que prestam assistência médica de forma direta a seus funcionários. A assistência patronal – denominada atualmente como Grupo Executivo de Assistência Patronal (Geap) – foi estruturada nesse período pelos funcionários do instituto de aposentadorias e pensões dos industriários. A unificação dos IAPs¹ desagradou muitos beneficiários, principalmente aqueles representantes de categorias com maior poder econômico, sob a alegação de dificuldades de acesso aos serviços médicos, decorrentes da expansão da cobertura e uniformização de benefícios. A Previdência

1_ Ocorrida na década de 1960, dando origem ao INPS.

Social, com essa justificativa, ampliou os credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde por meio, principalmente, do financiamento de grupos médicos², organizando sua rede, constituída de unidades próprias e credenciadas, em dois subsistemas: um voltado ao atendimento de trabalhadores rurais e outro para trabalhadores urbanos.

Simultaneamente, as caixas de assistência e os sistemas patronais também estendiam seus credenciamentos para atender a demanda cada vez maior por atendimentos externos à Previdência Social.

O crescimento dos credenciamentos gerou conflitos no âmbito da categoria médica, que entendeu a situação criada segundo duas vertentes de análise: uma, que pretendia preservar a prática liberal da medicina; outra, que defendia a prática médica voltada para o mercado que se apresentava. Originaram-se assim duas modalidades de empresas médicas: as cooperativas médicas, que prestavam atendimento nos consultórios dos próprios profissionais, e as medicinas de grupo, responsáveis pelos atendimentos hospitalares.

Desde a década de 1960, trabalhadores de estatais, bancários, algumas instituições do Governo Federal, entre outros, já possuíam planos de saúde.

Esse período é, sem dúvida, um marco na história da saúde suplementar no Brasil.

Podia ser observada a coexistência de várias possibilidades de assistência médica oriundas de contratos coletivos: a rede do INPS, com unidades próprias e credenciadas; os serviços credenciados para atendimento de trabalhadores rurais; os serviços credenciados das empresas médicas e as empresas com planos próprios – as autogestões. De uma forma geral, esses planos ofereciam a mesma cobertura para todos os empregados, independentemente do nível hierárquico ocupado por eles na empresa. Já no caso dos planos contratados às cooperativas médicas e medicinas de grupo, a assistência prestada variava segundo o nível hierárquico, caracterizando a segmentação dos planos e uma profunda mudança no caráter mutual das caixas de assistência, introduzindo no mercado de planos a lógica de benefício e mérito.

Como foi visto, todos os diversos arranjos estabelecidos na relação público-privado, por quase seis décadas, conformaram o atual setor de saúde suplementar, que exhibe a diferenciação entre as modalidades de operadoras de planos e seguros de saúde, estabelecida de acordo com características relacionadas com a sua forma de organização.

Recentemente, no setor de saúde suplementar vem sendo observado o surgimento de empresas de odontologia de grupo e cooperativas odontológicas.

² Com a ampliação dos credenciamentos, os grupos médicos foram gradativamente transformando-se em empresas médicas.

1.1.1 Características de cada uma das quatro principais modalidades

1.1.1.1 MEDICINA DE GRUPO

A gestão dos planos é feita por uma empresa privada criada historicamente (mas não exclusivamente) por proprietários ou sócios de unidades hospitalares.

Os serviços podem ser prestados por unidades próprias, em que os profissionais de saúde são empregados da empresa de medicina de grupo, ou através de unidades credenciadas por esta.

As operadoras de medicina de grupo têm como clientes indivíduos e empresas, para os quais comercializam planos de saúde.

A principal organização que as representa é a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge).

1.1.1.2 SEGURO DE SAÚDE

A lógica de funcionamento prevista no Decreto-Lei n. 73, de 1966, era exclusivamente de indenização (reembolso) de pagamentos efetuados na assistência médica. Progressivamente tal modelo – que independia de rede de atendimento – foi sendo ultrapassado até a criação, pela Susep, do Seguro de Assistência Médica, na década de 1980, em que o objeto da apólice é a garantia de assistência médica e não mais a indenização. Em 14 de fevereiro de 2001, foi promulgada a Lei n. 10.185, para os efeitos do disposto no parágrafo único do Art. 62 da Constituição Federal, segundo o qual as sociedades seguradoras poderiam operar o seguro enquadrado no Art. 1º, inciso I e § 1º da Lei n. 9.656/98, desde que estivessem constituídas como seguradoras especializadas em saúde.

Seus clientes são indivíduos e empresas. Normalmente, o valor do reembolso tem teto predefinido. Hoje, segundo informações das próprias seguradoras, mais de 90% das despesas médico-hospitalares são pagas diretamente à rede, existindo centrais de atendimento e autorização para seus consumidores, entre outros mecanismos de contenção de custos. A seguradora não pode, por lei, fazer prestação direta de serviços.

A representação institucional das empresas do mercado de seguros gerais passou por reformulação, resultando na criação de quatro federações, sendo que a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), criada em fevereiro de 2007, com sede no Rio de Janeiro, é a representante institucional das seguradoras especializadas em saúde e de operadoras de outras modalidades, como das medicinas de grupo (Amil, Care Plus, Excelsior, Golden Cross, Medial Saúde, Intermédica, Mediservice e Omint) e odontologia de grupo (Interodonto, Metlife e Odontoprev).

1.1.1.3 COOPERATIVA³ DE TRABALHO MÉDICO

A gestão do plano é feita de forma semelhante à das medicinas de grupo, ou seja, existe uma organização que administra os planos⁴. A diferença encontra-se no fato de que estas organizações são formadas por profissionais médicos vinculados às cooperativas, denominados cooperados.

Sendo as cooperativas sociedades de pessoas, constituídas para prestar serviços, diferencia-se das demais empresas pelas seguintes características: (i) sociedade de pessoas e não de capital; (ii) número ilimitado de sócios; (iii) não produz lucros; (iv) não sujeita a falência; e (v) adesão voluntária.

A cooperativa médica é classificada em singular, central ou federação e confederação.

As cooperativas singulares têm área de atuação em municípios, sendo que algumas possuem hospitais próprios, onde os médicos são cooperados, e a sua clientela é composta por pessoas físicas e jurídicas.

A principal organização representativa das cooperativas de trabalho médico é a Unimed do Brasil. Essas cooperativas organizaram-se em bases distintas, com atuação em municípios de seu estado. Dessa forma, ocorre grande variação do padrão dos serviços prestados, dos preços cobrados e dos instrumentos de gestão utilizados pelas Unimed em todo o país.

1.1.1.4 AUTOGESTÃO

Nesta modalidade, os serviços de assistência à saúde são voltados para os empregados de empresas e muitas vezes seus familiares⁵, podendo ser organizados diretamente pela empresa (RH) ou outra organização que institui e administra, pelos próprios empregados, por meio de caixas de assistência, associações, sindicatos, fundações, sem finalidade lucrativa.

Autogestão patrocinada é aquela em que a empresa empregadora assume a responsabilidade do pagamento de parte da contraprestação pecuniária, para garantir assistência à saúde a seus servidores/empregados e ao grupo familiar respectivo.

Existem, ainda, a autogestão não patrocinada, isto é, associações, sindicatos ou fundações em que seus sócios organizam uma entidade sem fins econômicos, arcando com

3_ Não se pode desconhecer a Cooperativa Odontológica – sociedade sem fins lucrativos, constituída conforme o disposto na Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que opera exclusivamente planos odontológicos.

4_ Art. 4º da Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que define a política nacional de cooperativismo.

5_ A possibilidade de planos para familiares é restrita até o terceiro grau de parentesco, consanguíneo ou afim, conforme disposto na RN/ANS n. 137/2006 (Art. 2º, Inciso II, Alínea j).

todas as despesas da assistência à saúde desse grupo. Qualquer autogestão está vinculada a um grupo predeterminado de associados, ou beneficiários, não sendo organizações que atuam no mercado, não comercializam planos para empresas, nem vendem planos individuais ou familiares. Os provedores dos serviços assistenciais são médicos, os hospitais e as unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, geralmente credenciados.

As principais organizações que representavam as autogestões eram o Ciefas e Abraspe. Atualmente, após a fusão dessas entidades, todo o segmento é representado pela “Unidas – União Nacional de Autogestão em Saúde”.

Se essas são as quatro principais operadoras de saúde, não se pode deixar de registrar que há uma modalidade não citada acima. Trata-se da administradora de benefícios – que pela regulamentação da ANS é aquela empresa que administra planos coletivos de assistência à saúde, na condição de estipulante, ou que presta serviços para pessoa jurídica contratante de plano de saúde financiado por outra operadora. A administradora não assume o risco decorrente da operacionalidade desses planos, porque não financia os custos, não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares, ou odontológicos.

O mercado de saúde suplementar foi estruturado, em linhas gerais, a partir dos quatro segmentos descritos anteriormente, cada um com suas características e formas de organização, inclusive, com órgãos de “representação social” diferentes. No entanto, a natureza da atividade por elas desenvolvida é basicamente a mesma.

Independentemente da modalidade, todas as organizações do setor administram “pecúlios”, formados pelas contribuições diretas dos indivíduos ou dos seus empregadores, ou por ambos, cujo objetivo é garantir assistência à saúde. Com o advento da Lei n. 9.656/98 e as regulamentações da ANS, as comerciais – medicinas de grupo, cooperativas e seguradoras de saúde – passam a ter tratamento semelhante às empresas do sistema financeiro nacional. Para funcionar têm de ter autorização especial (capital mínimo e reservas financeiras), são monitoradas e têm de publicar seus balanços, podem sofrer intervenção (os regimes especiais) e são passíveis de liquidação extrajudicial.

1.2 Da Constituição Federal à criação da ANS

1.2.1 A saúde na Constituição Federal de 1988

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou uma radical mudança no quadro institucional brasileiro, por meio da consolidação de um sistema de garantias de direitos individuais e sociais do cidadão brasileiro, inovador na história constitucional do

país. A própria estrutura do texto constitucional traduz a importância dada ao sistema de proteção dos direitos e das garantias individuais. Em seu preâmbulo, a Constituição Federal traz o preceito da instituição de um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, tendo como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos os direitos à liberdade, à segurança, ao bem-estar, ao desenvolvimento, à igualdade e à justiça; e, enquanto os textos constitucionais anteriores se iniciavam com a organização do Estado, o atual traz em seu título I os “Princípios Fundamentais”, que norteiam todo o texto constitucional⁶. O título II prevê os direitos e as garantias fundamentais, entre os quais se inclui o direito à saúde como direito do cidadão, tanto no capítulo dos direitos individuais e coletivos (Capítulo I, Art. 5º) quanto no dos direitos sociais (Capítulo II, Art. 6º).

Nos regimes constitucionais anteriores, não era assegurado o direito à saúde, entendida “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a simples ausência de doenças e outros danos” (OMS, 1946), cabendo ao Estado cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde pública, da prestação de assistência médica e hospitalar ao trabalhador filiado ao regime previdenciário.

A história do desenvolvimento e da implantação do SUS, com a consagração da universalização da assistência e de sua integralidade, ao longo dos últimos 20 anos, é uma história de lutas, reveses e conquistas, um reflexo da história das lutas sociais em prol da garantia dos direitos da cidadania, num mundo em que o desenvolvimento das ideias neoliberais conduz a um retraimento do papel do Estado nas políticas sociais, porém, o objeto desse volume e as referências a ele serão desenvolvidos em função de suas interfaces com o setor de saúde suplementar.

Durante a década de 1990, observou-se que o setor de saúde suplementar teve um crescimento desordenado e desregulado, o que levou à aprovação da Lei n. 9.656/98 e, posteriormente, da Lei n. 9.961/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Entre os fatores que levaram a esse crescimento, está o fato de ter sido esse um período em que a conjuntura internacional vivia uma onda conservadora de reformas, em vários países, nos planos econômico, social e político, com reflexos no Brasil. Isto vem acompanhado de uma redução do papel do Estado nas políticas sociais e com a deterioração dos serviços públicos de saúde.

6_ Para Celso Antônio Bandeira de Mello, “princípio é, por definição, mandamento nuclear de um sistema, verdadeiro alicerce dele, disposição fundamental que se irradia sobre diferentes normas compondo-lhes o espírito e servindo de critério para sua exata compreensão e inteligência exatamente por definir a lógica e a racionalidade do sistema normativo, no que lhe confere a tônica e lhe dá sentido harmônico” (Celso Antônio Bandeira de Mello, Curso de direito administrativo. Malheiros Editores, 11 ed., 1999, p.629-630).

Dois fatores conjugados desencadearam o processo de regulamentação, segundo Bahia⁷: por um lado, o aumento da concorrência, com a entrada no mercado de duas grandes seguradoras para disputar os clientes, exigindo regras de competição mais claras que permitissem a entrada de empresas de capital estrangeiro; por outro, a convergência de demandas de consumidores, entidades médicas e secretarias de saúde, para a garantia de superação de restrições assistenciais existentes em contratos, como era o caso da negativa de atendimento a pacientes portadores de HIV, idosos e pacientes que requeriam hospitalização mais prolongada.

A luta pela aprovação de uma legislação para o setor de saúde suplementar representou um embate que contrapôs duas visões: por um lado, a do Ministério da Fazenda, e de outro, a do Ministério da Saúde, sobre o papel dos planos e seguros de saúde. A promulgação da Lei n. 9.656 em 1998, e posteriormente a criação da ANS representaram uma “vitória” do pensamento do Ministério da Saúde, segundo o qual os planos e seguros de saúde lidam primordialmente com questões de saúde e, secundariamente, com “produtos financeiros”, ligados ao sistema financeiro nacional, conforme entendia o Ministério da Fazenda.

De acordo com Noronha, Lima e Machado⁸, o conjunto normativo composto pela Lei n. 9.656/98, pela série de medidas provisórias posteriores que adicionam elementos a essa lei e pela Lei n. 9.961/2000, determina, em síntese:

- » Estabelece normas para a constituição de operadoras de planos e seguros de saúde.
- » Obriga o registro de produtos, isto é, as características dos planos comercializados.
- » Estabelece planos de referência hospitalar, ambulatorial e odontológica, com garantias de cobertura a todas as doenças e problemas de saúde incluídos na Classificação Internacional de Doenças (CID).
- » Determina regras para períodos de carência de cobertura, doenças preexistentes, limitações de tempos de internação, aumento de preços, entre outros aspectos.
- » Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, para supervisionar e expedir normas complementares para a regulação do setor.
- » Cria o Conselho de Saúde Suplementar (Consu), constituído pelo ministro da Saúde, Justiça e Fazenda e autoridades da Fazenda e da Saúde.

7_ BAHIA, L. A regulamentação dos planos e seguros de saúde: avanços e lacunas na legislação. Rio de Janeiro, UFRJ, 2003.

8_ NORONHA, J. C., LIMA, L. D., MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências.

A Lei n.º 9.656/98 teve sua constitucionalidade questionada por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) n. 1.931-8, com pedido de liminar, de autoria da Confederação Nacional de Saúde. O julgamento da Adin ainda não terminou. Em 21 de agosto de 2003, com base no voto do ministro Maurício Corrêa, de 20 de outubro de 1999, o STF concedeu liminar para suspender o Art. 35-G, que previa que a Lei n. 9.658/98 retroagia para atingir os planos anteriores à vigência da lei. Os demais artigos tiveram, em sede de liminar, reconhecida a sua constitucionalidade.

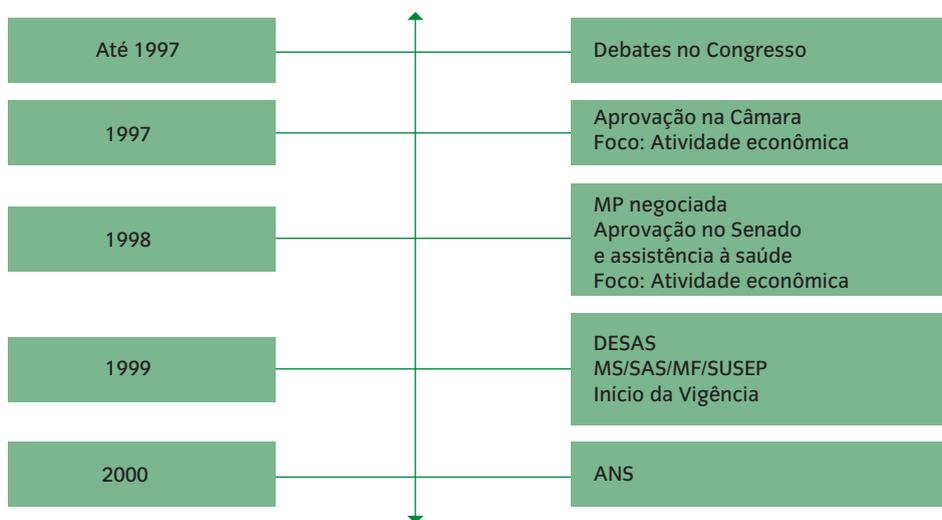
1.2.2 A regulação do setor de saúde suplementar nos anos 1990

De maneira clara, apontamos três fases distintas de modelagem no processo de regulação do setor nos anos 1990, vejamos:

- » Fase I – até a aprovação do substitutivo do deputado Pinheiro Landim, em outubro de 1997.
- » Fase II – da promulgação da Lei n. 9.656, em junho de 1998, alterada pela Medida Provisória 1.665, até a Lei n. 9.961/2000.
- » Fase III – após a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar pela Lei 9961/2000.

Abaixo, temos a Figura 1, que representa, de forma esquemática, a evolução do processo de regulação a partir da Constituição Federal de 1988.

Figura 1 – EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE REGULAÇÃO



A primeira fase corresponde à definição do setor de saúde privado como setor regulado na Constituição Federal e a sanção, em 1990, da Lei n. 8.078, denominada “Código de Defesa do Consumidor”, que regula as relações entre consumidores e fornecedores de serviços. Embora não se trate de uma lei específica para as relações de consumo no campo da saúde suplementar, o Código de Defesa do Consumidor é, até hoje, um poderoso instrumento legal na defesa dos direitos dos beneficiários em demandas contra as operadoras de planos de saúde, principalmente no que se refere àqueles planos assinados antes da vigência da Lei n. 9.656/98.

Após intensas discussões políticas, em outubro de 1997 foi aprovado, na Câmara dos Deputados, o Projeto 4.425/94, substitutivo do deputado Pinheiro Landim ao Projeto n. 93/93, do senador Iram Saraiva, que regulamentava os planos e seguros de saúde. Esse projeto, como veremos adiante, centra a regulação no Conselho Nacional de Seguros Privados, cria a Câmara de Saúde Suplementar e dá amplos poderes de regulamentação e fiscalização à Superintendência de Seguros Privados, do Ministério da Fazenda.

Essa proposta, no entanto, encontrou resistências tanto da sociedade organizada quando de outros integrantes da base governista. A Revista do Conselho Nacional de Saúde destacava na época: “Em meados de 1998, atos públicos em diversas capitais do país, caravanas a Brasília em momentos estratégicos precedentes às votações, a criação em São Paulo do Fórum Permanente pela Regulamentação dos Planos de Saúde foram exemplos de manifestações organizadas”. Além disso, o lançamento do manifesto “Saúde não é mercadoria”, assinado por mais de 300 entidades representativas e reproduzido por veículos de comunicação nacional, na época da votação da lei, no Senado, foi considerado um dos atos mais articulados e significativos.

A posição do Ministério Público também merece destaque, por manifestar sua discordância, por meio dos procuradores gerais de justiça de 20 estados, em um parecer que criticava o texto aprovado pela Câmara e enviado ao Senado Federal. A posição do governo sofre, já em 1998, uma importante inflexão, com a indicação do então senador José Serra para o Ministério da Saúde. A indicação de um ministro que se ocupava do tema planos e seguros de saúde enquanto congressista, desde o início alimentou novas discussões e reabriu a agenda. O debate deu-se em diversas audiências na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal – para onde o projeto havia retornado – e, diretamente, com a participação das entidades de defesa do consumidor, as entidades representantes dos diversos segmentos das operadoras e entidades profissionais.

De todo esse debate resulta um acordo para o texto final, consagrado pela aprovação, no Senado Federal, do substitutivo com emendas (supressivas) feitas pelo senador Se-

bastião Rocha e, no dia seguinte à promulgação da Lei n. 9.656, com a edição da Medida Provisória 1.665/98, que a alterava, dando forma aos entendimentos possíveis feitos até então.

1.2.2.1 PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NO PROCESSO DE REGULAÇÃO

Na instância deliberativa máxima (conselho interministerial):

a. Fase I – Substitutivo do deputado Pinheiro Landim

A instância de deliberação maior era o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), tendo este sua composição e atribuições alteradas no projeto de lei. Mesmo com a alteração de sua composição, esse Conselho permanece sendo majoritariamente vinculado à equipe econômica do governo.

b. Fase II – Lei n. 9.656/98, alterada pela MP n. 1.665/98

Coexistem dois conselhos interministeriais para deliberar sobre a regulação do setor: o CNSP, com as mudanças previstas no projeto inicial, mas com alterações em suas atribuições; e o recém-criado Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu), que tem em sua composição metade de seus integrantes do Ministério da Saúde, e com atribuições definidas no texto legal⁹. O modelo regulatório, criado pela aprovação da Lei n. 9.656/98, combinada com a MP n. 1.665/98¹⁰, trouxe para o corpo da regulação setorial a presença muito mais incisiva do Ministério da Saúde – por meio do Consu¹¹. Procurava-se, na época, garantir certa tensão produtiva e articulada, pois os dois conselhos (CNSP e Consu) tinham, em sua composição, representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Fazenda, o que poderia indicar, ao menos em tese, um efetivo grau de ação articulada entre os dois conselhos.

Na Câmara de Saúde Suplementar (CSS):

a. Fase I – Substitutivo do deputado Pinheiro Landim

A CSS era órgão deliberativo permanente do CNSP, com audiência obrigatória para determinados assuntos relativos à regulação setorial; com sete de seus 19 membros do Governo Federal. Com deliberação por metade mais um dos votos, essa câmara deveria deliberar em diversos assuntos relevantes. Mas, em caso de não conseguir deliberar (o

9_ Lei 9.656/98 com MP 1.665/98, Art. 9, 10 § 4º, 15, 29, 35-A e 35-E.

10_ Ver Quadro I, no Anexo, para comparação integral do Projeto de Lei (Modelo I) e Lei 9.656/98, com alterações feitas pela MP 1.665/98, em relação ao CNSP e ao Consu.

11_ É importante ressaltar que o Conselho Nacional de Saúde Suplementar é radicalmente transformado quando da aprovação da Lei 9.961/00, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Neste momento, este conselho passa a ser integrado apenas por ministros e tem, em sua composição, os ministros da Casa Civil (como presidente), da Saúde, da Fazenda, da Justiça e do Planejamento, Orçamento e Gestão.

prazo máximo era de 30 dias) para as matérias relacionadas no Art. 3º, o CNSP poderia avocar para si – independentemente de posicionamento da CSS – a deliberação final. O Art. 6º do projeto traz algumas das competências dessa nova câmara do CNSP.

À primeira vista, havendo ou não predominância de membros do governo, tal instituto parece conferir maior grau de legitimidade e participação social à regulamentação. No entanto, em parágrafo no artigo seguinte, vê-se a previsão de que, após 30 dias de discussão e votação na Câmara de Saúde Suplementar, poderão as matérias ser avocadas pelo CNSP para deliberação final.

Na prática, bastava haver um impasse nas reuniões da Câmara – que teria, no momento inaugural, pauta extensíssima de discussões – que toda a agenda poderia ser avocada para o Conselho Nacional de Seguros Privados, sem sequer um parecer pela Câmara.

O §1º do Art. 7º previa que: “As deliberações da Câmara dar-se-ão por maioria de votos, presente a maioria absoluta de seus membros, e as proposições aprovadas por dois terços de seus integrantes exigirão igual quorum para serem reformadas, no todo ou em parte, pelo CNSP”.

Se as proposições aprovadas por dois terços dos membros da Câmara exigiam igual quorum para serem reformadas no CNSP, as que não tinham sido aprovadas por tal quorum poderiam ser reformadas por maioria simples no CNSP. E este, lembrando sempre, havia sido “reformulado” apenas com um novo integrante: o ministro da Saúde. De toda a forma, o que interessa ressaltar é que as “proposições” deviam ainda ser aprovadas pelo CNSP, tendo então caráter muito mais próximo a de um parecer, independente de qualquer quorum.

b. Fase II – Lei n. 9.656/98, alterada pela MP n. 1.665/98

A CSS passa a ser órgão do Consu, que tem sua composição ampliada, deixa de ter caráter deliberativo (passando a consultivo), mas se mantém permanente¹². Com a reforma do caráter de instância deliberativa e a vinculação da CSS ao Consu (posteriormente vinculada à ANS, a câmara passa a funcionar já em 1998, com a discussão prévia de todas as primeiras Resoluções Consu; tem sua composição mais equilibrada), os prestadores de serviço também passam a ter representação. Atualmente visitando o link¹³ ANS | Câmara de Saúde Suplementar, pode-se observar que a CSS é uma instância consagrada de participação e debate dos temas e das questões da saúde suplementar.

Na Normatização e Monitoramento do Setor:

12_ O Quadro II, do Anexo I, traz a comparação entre o Projeto de Lei de 1997 e a Lei 9.656/98, alterada pela MP 1.665/98, nos artigos que dizem respeito à Câmara de Saúde Suplementar.

13_ http://www.ans.gov.br/portal/site/instanciaparticipacao/camara_saude_suplementar.asp

a. Fase I – Substituto do deputado Pinheiro Landim

As funções executivas eram todas exercidas pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), autarquia do Ministério da Fazenda. Ao Ministério da Saúde cabia dar pareceres em relação a coberturas e outros aspectos assistenciais; o substitutivo aprovado em 1997, na Câmara dos Deputados, estabelecia como competência direta do Ministério da Saúde apenas o disposto no § 2º do seu Art. 5º, ou seja, a Susep ouviria o “Ministério da Saúde para a apreciação de questões concernentes às coberturas, aos aspectos sanitários e epidemiológicos relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares”.

É nesta perspectiva que o Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (Desas) é criado para ser o lócus do Ministério da Saúde a ser ouvido, para questões referentes às coberturas dos planos e seguros.

b. Fase II – Lei n. 9.656/98, alterada pela MP 1.665/98

As funções executivas eram exercidas de forma compartilhada entre a Susep e o Ministério da Saúde. Apesar da Lei não prever qual secretaria iria desempenhar tal função, essa competência passa ao Departamento de Saúde Suplementar (Desas) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). As principais atribuições do Ministério da Saúde estão listadas no Art. 35.

Independentemente de outras atribuições feitas no texto da Lei, o Ministério da Saúde passa a ter função também de normatização, monitoramento e fiscalização do setor. O recém-criado Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde¹⁴ havia sido concebido para um papel secundário – de fornecer pareceres. As novas atribuições vão requerer um redimensionamento de sua estrutura, como registrado no Relatório de Gestão da SAS, no período de 1998 a 2001. Esse relatório já apontava que: “A estrutura regimental vigente, no entanto, não contempla, do ponto de vista organizacional, as unidades gerenciais com cargos e funções suficientes para atender à demanda proveniente das competências atribuídas à SAS”. As mudanças propostas tinham por objetivo dotar a SAS de uma estrutura que atendesse as suas necessidades, voltada para o desenvolvimento da efetiva implementação das atividades do Departamento de Saúde Suplementar, buscando atender o disposto na Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, referente aos planos e seguros privados de assistência à saúde. Para tanto, a SAS passaria a desenvolver as seguintes ações:

14_ Decreto PR n. 2.477, de 28 de janeiro de 1998 – cria o Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde, com duas coordenações gerais: Coordenação Geral de Regulação de Planos e Seguros e Coordenação Geral de Informação e Análise.

- » registro dos planos e seguros privados de saúde;
- » análise dos contratos dos produtos oferecidos pelas operadoras;
- » implantação do ressarcimento ao SUS;
- » implantação de uma ouvidoria;
- » elaboração e implantação de um sistema de fiscalização das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Essa reestruturação, no entanto, não chegou a ocorrer. Durante o ano de 1999, o modelo e a estrutura de regulação demonstraram-se pouco eficientes. O Conselho Nacional de Seguros Privados, no período de junho de 1998 até dezembro de 1999, nunca se reuniu, em parte, devido aos conflitos de entendimento sobre o melhor caminho para a regulação do setor de planos e seguros de saúde.

Dessa forma, a evolução aconteceu com a decisão governamental de criar a Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia do Ministério da Saúde, unificando todo o processo de normatização, monitoramento e fiscalização do setor.

1.3 Marco legal

1.3.1 A competência do Conselho de Saúde Suplementar (Consu)

Como visto acima, a regulamentação da saúde suplementar sofreu várias alterações no decorrer do processo de regulação, sob o ponto de vista de seus órgãos regulamentadores, notadamente o Consu, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nessa primeira fase da regulamentação dos planos e seguros de saúde, surge o sistema “bipartite” de regulação: a regulação da atividade econômica pelo Ministério da Fazenda com foco nas operadoras e ótica econômico-financeira, por meio do CNSP e da Susep; a regulação pelo Ministério da Saúde visando à atividade de produção dos serviços de assistência à saúde, o produto oferecido, por meio do Consu¹⁵ e da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), Departamento de Saúde Suplementar (Desas).

Competiam à Susep e ao CNSP as atividades reguladoras referentes às operadoras, incluindo a autorização de funcionamento, o controle econômico-financeiro e o reajuste de preços. Ao Ministério da Saúde, por meio do Desas e do Consu, cabia assumir a regulação

15_ Integrantes do Consu estão dispostos no Art 35-B, em texto anexo referente à Lei n. 9.656, acrescida das alterações emitidas pela MP n. 1.665.

da atividade de produção dos serviços de assistência à saúde nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico, incluindo a autorização para comercialização de produtos e a fiscalização pertinente a esse campo de ação.

Durante o período de junho de 1998 a setembro de 1999, vigorou esse modelo “bipartite”. Todavia, o CNSP distribuiu somente uma minuta de resolução, em 15/3/99, que regulamentava aspectos econômicos das operadoras de seguros e planos privados. Essa minuta de resolução não foi oficializada. A Susep, por sua vez, pouco normatizou no campo da saúde suplementar. Já o Ministério da Saúde emitiu várias portarias¹⁶, e o Consu, 22 resoluções.

A Lei n. 9.656 continha diversos dispositivos a serem regulamentados pelo Consu e, para tal, foram aprovadas resoluções normativas que contemplaram as normas regulamentares assistenciais, no que tange ao produto oferecido, à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico e sobre o ressarcimento ao SUS. Devido à necessidade de regular o mercado para que fosse possível a comercialização de novos planos e seguros definidos na lei, em 2 de janeiro de 1999, num primeiro ciclo de regulamentação, o Consu aprovou em um primeiro momento um bloco de 14 resoluções, em que foram contempladas as normas regulamentares assistenciais.

A regulamentação prevê as ações de saúde, nas dimensões de promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação, bem como as relações contratuais entre operadoras/beneficiários e operadoras/prestadores de serviço. Representa, entre outros, grande avanço no sentido de dar parâmetros à dimensão assistencial desse mercado, até então sublevada.

Em consonância com a normatização estabelecida, podem ser apontados alguns avanços relevantes, como:

16_ Portaria n. 233, de 8/12/98, da Secretaria de Assistência à Saúde, dispondo sobre o registro provisório dos produtos das operadoras de planos e seguros; Portaria n. 245, de 17/12/98, da Secretaria de Assistência à Saúde, dispondo sobre a rotina de entrega de requerimento para o registro provisório dos produtos; Portaria n. 114, de 31/3/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, estabelecendo novos prazos e novas informações à Portaria n. 49; Portaria n. 221, de 24/3/99, que determina que os hospitais informem ao Ministério da Saúde a ocorrência e todos os eventos de internação hospitalar; Portaria n. 260, de 18/6/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, estabelecendo o cancelamento do registro provisório dos planos e seguros privados; Portaria n. 261, de 18/6/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, tratando da aplicação de multas, apresentação de defesa e período de incidência, por infração ao artigo 19 da Lei n. 9.656/98; Portaria n. 261, de 18/6/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, tratando da aplicação de multas, apresentação de defesa e período de incidência, por infração ao artigo 19 da Lei n. 9.656/98; Portaria n. 262, de 18/6/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, estabelecendo procedimentos para a requisição de novo registro dos produtos que se encontram cancelados; Portaria n. 271, de 24/6/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, estabelecendo procedimentos e critérios para o fornecimento dos dados cadastrais das empresas operadoras de planos e seguros de saúde, conforme Artigos 20 e Lei n. 9.656/98 – republicada em 5/7/99; Portaria n. 391, de 29/7/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, estabelecendo a prorrogação da entrega dos dados dos documentos de Comunicação de Internação Hospitalar (CIH), de que trata a Portaria n. 221, de 24/3/99.

- » Definição e regulamentação da conceituação de doenças e lesões preexistentes, para fins de planos e seguros de saúde.
- » Veto ao impedimento de acesso de quaisquer pessoas nos planos de assistência à saúde em virtude da faixa etária, ou por ser portador de qualquer patologia.
- » Definição de rol de procedimentos de cobertura mínima obrigatória, os quais todas as operadoras ficaram obrigadas a oferecer a seus beneficiários, de acordo com a segmentação contratada, padronizando assim a cobertura.
- » Definição das segmentações que podem ser contratadas pelos consumidores, impedindo assim a subsegmentação dos produtos oferecidos.
- » Definição de regras que permitem às operadoras utilizar mecanismos de regulação, desde que não impeçam o acesso do beneficiário às coberturas assistenciais contratadas.
- » Definição de regras diferenciadas para planos coletivos e individuais.
- » Criação de regras para a manutenção do plano de saúde para aposentados e demitidos.
- » Definição de regras para ressarcimento ao SUS, dos eventos cobertos pelos produtos comercializados que foram financiados pelo SUS – regulamentando o Art. 32 da Lei n. 9.656.
- » Criação de regras de saída, ou retirada de entidades que operam planos de saúde.
- » Obrigação das operadoras prorrogarem automaticamente os contratos e planos de saúde, sem cobrança de taxas.
- » Definição de faixas etárias para fins de reajuste, regulamentando preços em função da idade. Configurou-se de forma inequívoca a política de solidariedade na distribuição de receitas, não só entre doentes e sadios, mas também entre as diversas faixas etárias – conhecido como “pacto intergeracional”.
- » Definição de regras para o consumidor poder optar pela adaptação de seus contratos à lei, conseqüentemente absorvendo as garantias contratuais e de cobertura, trazidas pela lei.
- » Definição do atendimento às urgências e emergência.
- » Regulamentação do atendimento em urgências e emergências para os planos e seguros das diversas segmentações.

1.3.2 As atividades da ANS

A ANS foi criada em novembro de 1999, pela MP n. 1.928, aprovada pelo Congresso

Nacional e convertida na Lei n. 9.961¹⁷, de 28/01/2000 – constituída como autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro (RJ), prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. Tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Com a criação da ANS, estabeleceu-se uma nova composição para o Consu, que passa a ser presidido pelo ministro-chefe da Casa Civil. Suas competências foram totalmente reformuladas. Passa a ser a instância que define políticas e diretrizes para o setor, e a supervisionar as ações da ANS. A maioria das competências anteriormente afetadas à Susep e ao Ministério da Saúde (Desas/SAS) foi reunida na ANS. Cabe aqui ressaltar o seguinte:

- » A Agência Nacional de Vigilância Sanitária já nasce da antiga Secretaria de Vigilância Sanitária, que estava no escopo do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
- » A ANS regula relações privadas, tendo como base a relevância pública de seu objeto: a saúde. O entendimento, relativamente recente, de que o segmento das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, seus beneficiários, prestadores, fornecedores etc. tem impacto na saúde em geral confere à regulação setorial um importante balizador. Não se trata apenas de contar com empresas viáveis economicamente, ou de reduzir as assimetrias de informação, trata-se, na verdade, de incluir essa parcela das ações em saúde no sistema de saúde nacional.
- » A Câmara de Saúde Suplementar, com participação de todos os atores envolvidos na arena de disputa regulatória – representa importante avanço na participação da sociedade em um processo de regulação setorial.

No “novo” Consu foram mantidas as funções de supervisão da execução das políticas e determinação das diretrizes para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras. A ANS pode expedir normas sobre esses assuntos, quando não houver diretriz estabelecida, dentro de suas atribuições legais, ou de atribuições delegadas pelo Consu.

17_ Ver site da ANS: www.ans.gov.br.

A ANS tem como instância máxima de decisão a Diretoria Colegiada, contando também com a Procuradoria, Corregedoria e Ouvidoria, além de unidades especializadas, incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno¹⁸.

Para termos uma visão dos órgãos de apoio, escolhemos citar as principais atribuições sob a responsabilidade da Ouvidoria, que recebe, registra e responde as demandas que lhe são dirigidas, cujo objetivo maior é aprimorar e corrigir os serviços prestados pela ANS.

As principais atribuições sob responsabilidade da Ouvidoria são:

- » Receber demandas (reclamações, consultas, sugestões e elogios) relativas ao desempenho das diversas áreas que compõem a ANS, relacionadas aos serviços por elas prestados.
- » Realizar ações que promovam a qualidade e a eficiência da ANS para melhorar a gestão e alcançar o equilíbrio na atuação regulatória.
- » Exercer o acompanhamento das ações e da atuação da ANS, como meio de colaborar para o fortalecimento e o desenvolvimento da instituição.

De acordo com o Contrato de Gestão de 2009, a Ouvidoria, no ano 2009, teve significativo aumento de atendimentos de reclamações, consultas, sugestões e elogios em relação aos últimos anos – vide Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – NÚMERO DE DEMANDAS RECEBIDAS ENTRE 2005 E 2009

ANO	RECLAMAÇÕES	CONSULTAS	SUGESTÕES	ELOGIOS	TOTAL
2005	648 (48,0%)	520 (40,0%)	153 (11%)	9 (1,0%)	1330
2006	925 (63,0%)	411 (28,0%)	126 (8,6%)	6 (0,4%)	1468
2007	694 (61,4%)	412 (36,4%)	21 (1,9%)	4 (0,4%)	1131
2008	1338 (63,4%)	711 (33,7%)	17 (0,8%)	43 (2,0%)	2109
2009	2.923 (66,1%)	1253 (28,3%)	39 (0,9%)	206 (4,7%)	4421

FONTE: Sistema Gedo (Sistema de Gerência de Demandas da Ouvidoria/Ouvid)

A participação social e dos segmentos diretamente envolvidos pela regulação setorial é preservada. Após a criação da ANS, a Câmara de Saúde Suplementar passa a se vincular à agência, continuando a ser integrada por representantes dos diversos segmentos interessados do mercado de assistência suplementar.

A gestão da ANS é exercida pela Diretoria Colegiada, composta por até cinco direto-

18_ Ver site da ANS: www.ans.gov.br.

res, sendo um deles o seu diretor-presidente. Os diretores – incluído o diretor-presidente – são indicados ao Senado Federal pelo presidente da República, são sabatinados na Comissão de Assuntos Sociais daquela casa e têm seus nomes submetidos ao Plenário. A Lei n. 9.961/00 definiu que três dos cinco diretores na primeira gestão teriam mandatos de quatro anos, diferentemente dos outros dois e de todos os demais diretores, que têm mandatos de três anos. Tal lógica veio impedir que todos os mandatos fossem coincidentes, impedindo solução de continuidade.

Compete à Diretoria Colegiada: exercer a administração da ANS; editar normas sobre matérias de competência da ANS; aprovar o regimento interno da ANS e definir a área de atuação de cada diretor; cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar; elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades; julgar, em grau de recurso, as decisões dos diretores, mediante provocação dos interessados; encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes.

A ANS é composta por cinco diretorias, sendo:

- » Diretoria de Gestão: em síntese, cuida de todo o funcionamento da ANS, incluída a gestão de pessoal, financeira e patrimonial;
- » Diretoria de Desenvolvimento Setorial: responsável pela operacionalização do ressarcimento; pelo desenvolvimento e integração dos sistemas de informação e pela interface com o Sistema Único de Saúde; monitorar os prestadores de serviços da saúde suplementar, no âmbito de sua competência.
- » Diretoria de Fiscalização: responsável pelo call center; pelas atividades de fiscalização (reativa e proativa); pela interface com os órgãos de defesa do consumidor.
- » Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras: responsável pela autorização de funcionamento, registro e monitoramento das operadoras; pela operação dos regimes especiais (Direção Fiscal e Técnica), e do processo de liquidação extrajudicial.
- » Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos: responsável pelo registro dos produtos; pelo monitoramento da assistência prestada; pela instrução dos processos de alegação de doença ou lesão preexistente; pelo acompanhamento dos programas de promoção e prevenção; e ainda pelo monitoramento de preços e notas técnico-atuariais e pela autorização dos reajustes anuais dos planos individuais e eventuais processos de revisão técnica.

De forma diferente de outras agências, na ANS os diretores têm função executiva definida no Regimento Interno, isto é, cada um responde por uma área de atuação (diretoria) da ANS. No entanto sua atuação fica condicionada às deliberações – que se cristalizam

por meio de Resoluções Normativas da Diretoria Colegiada. Assim, pode-se dizer que um diretor tem função executiva (na sua diretoria), função “legislativa” (enquanto membro da Diretoria Colegiada), exercendo, ainda, função “judicante”, pois julga eventuais recursos das operadoras em processos de fiscalização ou quaisquer outros processos administrativos.

Os atos normativos principais são as resoluções da Diretoria Colegiada. Num primeiro momento, tais atos foram denominados “Resoluções de Diretoria Colegiada” ou RDCs. Posteriormente, os atos normativos para o setor – para separá-las das resoluções administrativas também exaradas da Diretoria Colegiada – passaram a ter o nome de Resoluções Normativas.

A partir da criação da Agência, em 2000, a lacuna de normas econômico-financeiras, por exemplo, para registro, provisões técnicas, capital mínimo e normas de contabilidade, passaram a constituir a pauta mais urgente da Diretoria Colegiada. Vivia-se, naquela época, uma situação de pouca informação sistematizada sobre o mercado de saúde suplementar – o que existia foi incorporado do Ministério da Saúde e Susep. Nenhum regime especial havia sido decretado. As normas para reajuste de planos individuais não haviam sido consagradas no Diário Oficial. Nenhuma liquidação extrajudicial fora efetuada.

Enfim, a recém-criada autarquia estava diante de um mercado pouco conhecido e que naquele momento necessitava da ação direta de regulamentação governamental. Como em relação às normas assistenciais já se havia caminhado um pouco, era natural que as normas de estrutura e operação e econômico-financeiras (como mostrado abaixo) preponderassem sobre normas com outros objetos. Foram criadas Câmaras Técnicas para dar suporte às discussões na Câmara de Saúde Suplementar e um grande número de resoluções normativas da Diretoria Colegiada da ANS foi publicado, em resposta a essas necessidades urgentes de regulação. Para melhor visualização, as normas¹⁹ foram reunidas em blocos de assuntos, como veremos a seguir:

Quadro 2 – RESOLUÇÃO DA ANS, SEGUNDO GRUPO DE TEMAS, 2000 A 2010

GRUPO DE TEMAS	RESOLUÇÕES DA ANS
Cobertura Assistencial ²⁰	15
Econômico-Financeiro ²¹	48

19_ O Quadro III do Anexo I – discrimina quais foram estas resoluções.

20_ Cobertura Assistencial – tem relação com a assistência a ser prestada pelas operadoras de planos de saúde.

21_ Econômico-Financeiro – tem relação com a dimensão financeira dos planos de saúde, no que tange à responsabilidade de dar viabilidade às carteiras compostas por seus beneficiários, bem como à relacionada ao reajuste das contraprestações pecuniárias.

(continuação - Quadro 2)

GRUPO DE TEMAS	RESOLUÇÕES DA ANS
Normatização para Estrutura e Funcionamento do Mercado ²²	79
Sistema de Informações e Monitoramento do Mercado ²³	55
Agência: Funcionamento e Financiamento ²⁴	57
Regimes Especiais ²⁵	35
Ressarcimento ²⁶	24
TOTAL	258

1.3.3 Regulação – antes e depois

Considera-se oportuno lembrar dois pontos: o porquê do termo produto e as diferenças das sociedades seguradoras em relação às demais operadoras do setor. Em relação ao termo produto, para significar planos ou seguros: esta foi a forma encontrada, em setembro de 1999, por meio da Medida Provisória n. 1.908-18, para retirar do marco legal a referência aos seguros-saúde. Estes, disciplinados inicialmente pelo Decreto-Lei n. 73, de 1966, permitiriam regulação legal apenas por lei complementar. Assim, a própria espinha dorsal da regulamentação, isto é, seu objeto, encontrava-se, em 1999, na iminência de ser declarado, mesmo limitadamente, inconstitucional, no julgamento da Ação Direta de inconstitucionalidade (Adin) n. 1.931, movida pela Confederação Nacional de Saúde – CNS.

Registra-se, parcialmente, o voto do ministro Maurício Corrêa, no Supremo Tribunal Federal, em 22/10/1999.

(...) Pondo-me de acordo com as razões do pedido, neste ponto, é de ver-se que muitas das normas objeto do pedido, relativas à eventual inconstitucionalidade formal quanto à autorização, funcionamento e fiscalização das empresas de planos de seguro, poderiam ter procedência não fossem as profundas alterações introduzidas pela última edição da Medida Provisória 1.908-18/99, que mudaram completamente a natureza jurídica dessas empresas.

22_ Normatização para Estrutura e Funcionamento do Mercado – tem relação com a estrutura necessária para operacionalização dos produtos, registro, normas de funcionamento, de acompanhamento e fiscalização de operadoras e planos de assistência à saúde.

23_ Sistemas de Informações e Monitoramento do Mercado – têm relação com as informações necessárias para alimentar o sistema de informações sobre os beneficiários; assistência prestada; saúde da operadora.

24_ Agência Funcionamento e Financiamento – tem relação com todas as normas necessárias para o funcionamento e operação da ANS, desde recursos humanos até financiamento, como taxa de saúde suplementar e câmaras técnicas.

25_ Regimes Especiais – têm relação com a intervenção da ANS na operadora com intuito de garantir assistência aos beneficiários: trata da alienação de carteiras; direção fiscal; liquidação extrajudicial.

26_ Ressarcimento – todas as normas voltadas para o sistema de ressarcimento ao SUS.

De fato, na versão inicial, tanto a lei quanto a medida provisória, para ajustar a situação de funcionamento das operadoras de planos de saúde, modificaram regras contidas no Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1996, que “dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, Regula as Operações de Seguros e Resseguros e dá outras Providências”. A meu juízo, este decreto-lei foi recepcionado como lei complementar e, assim, somente por essa modalidade legislativa poderia ser alterado. Por lei e medida provisória, por exemplo, alterou-se a estrutura de funcionamento do Conselho Nacional de Seguros Privados, que, entre várias novidades, ampliou o número de seus integrantes, nele instituindo como órgão interno a Câmara de Saúde Suplementar. A partir daí, diversos requisitos passaram a serem exigidos, os quais, em princípio, reclamavam lei complementar. Com o advento da última Medida Provisória 1908-18/99, contudo, as operadoras de planos de saúde não guardam mais mínima semelhança jurídica com os seguros de saúde, dado que instituiu regras que submetem ao Ministério da Saúde, particularmente ao recriado Conselho de Saúde Suplementar a ele hierarquizado, a autorização, funcionamento e controle dessas empresas. Essa modificação radical no sistema dos planos de medicina de grupo, desligando-os geneticamente da definição de seguro, fê-los perder a pretendida identificação, pela mesma natureza jurídica, porque o novo conceito harmoniza-se com o disposto no artigo 197 da Carta Federal, mediante o qual “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

Com essa inovação não há mais como buscar fundamento no pressuposto de lei complementar, visto que as normas objeto desta parte do pedido, em face da última edição da medida provisória, encontram pleno respaldo no artigo 197 da Constituição, que autoriza a edição de lei regulamentadora, como se deu na espécie. 18. Assim sendo, não conheço da ação quanto aos vícios de inconstitucionalidade formais pertinentes à autorização, funcionamento e fiscalização dos agentes da requerente (grifos nossos).

Mas, afinal, o que foi alterado no marco legal? A alteração fez-se pela retirada de qualquer referência a seguros, sendo redefinido o “plano de assistência à saúde”, e feita menção, como veremos, aos produtos que contivessem tais características.

O Artigo 1º da lei passa a ter a seguinte redação:

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

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, e/ou integrantes ou não de rede

referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e/ou odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso e ou pagamento direto ao prestador.

II – Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato definido no inciso I deste artigo.

III – Carteira: o conjunto de contratos de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades descritas no inciso I e § 1º, com todos os direitos e obrigações neles contidos.

§ 1º Está subordinada às diretrizes e normas do Conselho de Saúde Suplementar (Consu) e à fiscalização do Ministério da Saúde qualquer modalidade de produto, serviço e ou contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e ou odontológica, outras características que o diferenciem de atividade exclusivamente financeira, tais como:

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

§ 2º Após 31 de dezembro de 1999, quaisquer produtos, serviços e contratos com as características descritas no § 1º somente poderão ser comercializados pelas pessoas jurídicas de que trata o inciso II deste artigo.

§ 3º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem planos privados de assistência à saúde, bem como as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração.

§ 4º

§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano privado de assistência à saúde.

Desta forma, o seguro de assistência à saúde, sem limite financeiro e com rede referenciada, mesmo sendo comercializado por seguradora, passa a estar incluído na abrangência legal. Seu objeto não é a simples indenização, como seu nome diz. O seguro de assistência à saúde, desde sua constituição, garante o acesso aos serviços de saúde e, de certa forma, interfere e participa da assistência à saúde de seu segurado. Mesmo sendo

comercializado por uma seguradora, este contrato foi definido sob o ponto de vista desta Lei, como um contrato diferente de uma apólice tradicional – financeira – de seguros. Trata-se, portanto, de cuidar de todos os contratos de assistência à saúde da mesma forma, sem, no entanto, impedir que as seguradoras continuassem a vender seus contratos.

Mesmo assim, pode restar a questão de estranhamento da peça jurídica da CNS levantar a inconstitucionalidade formal por meio das questões vinculadas às seguradoras. Tal surpresa pode ser explicada na medida em que este segmento (o de maior número e diversidade de empresas) seria afetado por algumas normas a que o mercado segurador já estava submetido por meio de regulação da Susep, como, por exemplo, as normas de constituição, autorização, balanços, reservas técnicas. É possível que a não-conformidade com as novas regras para operação e constituição tenha movido, em especial, as empresas desse segmento. Tratava-se de tentar derrubar o marco legal e disciplinador do setor. Na verdade, a questão ainda é atual, já que o julgamento realizado foi apenas da liminar da Ação Direta de Inconstitucionalidade. As mudanças estruturais do setor foram significativas. Como podemos ver na Figura 2, a seguir:

Figura 2 – MUDANÇAS ESTRUTURAIS DO SETOR

MUDANÇAS			
ANTES DA REGULAMENTAÇÃO		DEPOIS DA REGULAMENTAÇÃO	
Operadoras (empresarial)	➔	Livre atuação › Legislativo do tipo societário › Controle deficiente	➔ Atuação controlada › Autorização de funcionamento › Regra de operação sujeitas à intervenção e liquidação › Exigência de garantias financeiras › Profissionalização da Gestão
Assistência à saúde e acesso (produto)	➔	Livre Atuação › Livre definição da cobertura assistencial › Seleção de risco › Exclusão de usuários › Livre definição de carências › Livre definição de reajustes › Modelos centrado na doença › Ausência de sistema de informações › Contratos nebulosos	➔ Atuação controlada › Qualificação da atenção integral à saúde › Proibição da seleção de risco › Proibição da rescisão unilateral dos contratos › Definição e limitação de carências › Reajustes controlados › Internação sem limites › Modelo de atenção com ênfase nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças › Sistema de informações como insumo estratégico › Contratos mais transparentes

Como a Figura acima mostra, podemos dividir as grandes mudanças em dois grupos: na dimensão de atuação das empresas – operadoras e na dimensão produtos – planos e seguros.

Na primeira dimensão, a alteração foi importante, pois todas as operadoras passaram

a ter sua atuação controlada. Mesmo as cooperativas e as sociedades limitadas passam a obter autorização de funcionamento, possuir regras para balanço contábil, enviar informações periodicamente e de forma padronizada, compor reservas financeiras e, em especial, vieram a adquirir status de empresas, tal qual empresas do sistema financeiro, passíveis de intervenção da entidade fiscalizadora, a partir dos chamados “regimes especiais”. Por meio da regulamentação desses dispositivos legais, os diretores, proprietários e dirigentes das operadoras de planos de saúde podem vir a ter de responder com seu patrimônio por eventuais dificuldades econômico-financeiras das empresas. Portanto, passam a ter seus bens indisponíveis a partir do momento em que a ANS decreta regime de direção fiscal ou técnica. Se a situação econômico-financeira da empresa não for resolvida, é decretada a liquidação extrajudicial e nomeado um liquidante.

Não apenas requisitos mínimos para o funcionamento vieram a ser exigidos, como também uma empresa, para sair do mercado, passa por criteriosa análise. Não poderá deixar a operação sem transferir sua carteira de clientes, bem como ter dívidas com prestadores, entre outras exigências. Em resumo: um tipo de negócio em que era possível se iniciar com um pequeno escritório, uma equipe de vendas e alguns prestadores conveniados, passa a ter exigências de capital mínimo, constituição de reservas, contabilidade estruturada e outros requisitos. E, se antes era possível que uma dessas empresas simplesmente fechasse suas portas, hoje não ocorre mais, já que a saída do mercado também é regulada por regras que objetivam a defesa do consumidor e da própria rede prestadora, que sempre ficou à mercê de todo o tipo de empresários. Desta forma, a entrada, a operação e a saída de uma empresa do mercado de planos e seguros de saúde passam a ser reguladas.

Na dimensão produtos, as mudanças foram mais profundas ainda. As principais foram:

- » Garantir a possibilidade de qualquer indivíduo poder comprar um plano ou seguro de saúde. Tal garantia elimina uma das características do mercado operador em outros ramos: a seleção de risco. O termo quer dizer exatamente o que o nome indica: a possibilidade de a operadora selecionar quais proponentes ela iria aceitar como consumidor.
- » A rescisão unilateral do contrato acaba, isto é, a operadora não pode mais, no vencimento anual de um contrato, não prorrogá-lo. O contrato passa a ter “prorrogação automática”, sendo proibida a cobrança de qualquer taxa nesse momento.
- » As carências máximas passam a ser regidas por lei. Antes deste dispositivo, ficavam a critério da operadora quais seriam as carências, seu prazo e para quais procedimentos em saúde.

- » Os reajustes anuais, também conhecidos como reajustes financeiros ou “de custos” dos planos individuais passam a ser controlados pela ANS.
- » Após regulamentação do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu), a variação máxima entre as faixas etárias passa a ser de até seis vezes, Antes da lei, os estudos mostravam variações de até 33 vezes e, em alguns contratos, variações por mudança de faixa etária anual, após determinada idade.
- » Os contratos com exclusão de doenças e limitações de quantidade de procedimentos ou leitos de alta tecnologia, por ano, ou por contrato, passam a ser proibidos.
- » A cobertura para psiquiatria passa a ser permitida e são impedidas as exclusões por lesões provocadas pelo alcoolismo, uso de drogas ou até mesmo pela tentativa de suicídio.
- » As próteses cirúrgicas, os transplantes de córnea e rim, a radioterapia e a quimioterapia, além de toda a terapia renal substitutiva, passam a ser cobertas.
- » E a principal mudança é que a segmentação da atenção só pode ser feita pela divisão do território de atenção: ambulatorial ou hospitalar. Permite-se a cobertura obstétrica, como opcional. Neste quesito é importante ressaltar que um plano somente hospitalar, mas com cobertura obstétrica, tem garantido o atendimento pré-natal. Passa a ser definido, em princípio, pelo Ministério da Saúde, diretamente, e depois pela ANS, a lista de procedimentos mínima para cada segmentação da assistência. Como a lei determina, a cobertura ambulatorial, hospitalar e o “módulo obstétrica”, se contratados todos juntos, perfazem o plano integral. O mercado operador deixa, na prática, de poder vender grupos de procedimentos isolados.

Em relação a este item é interessante explicar a forma do substitutivo aprovado na Câmara dos Deputados, em 1997, ou seja, um consumidor, ao procurar um plano ou seguro de saúde, deveria receber a proposta do “plano-referência”, mas tal qual o “seguro-compreensivo”, quem iria poder comprá-lo? Em especial porque estariam à venda, lado a lado, planos ou seguros com coberturas menores ou ditas mais específicas. Por exemplo: um plano que tivesse cobertura ambulatorial apenas para acesso a médicos, sem cobertura para tratamentos de alta complexidade ambulatorial e com cobertura de internações clínicas ou cirúrgicas com teto máximo de gastos cobertos no hospital, e com cobertura para apenas uma internação em leito de terapia intensiva, seria permitido na conformação original. Esse exemplo contém tudo o que foi vedado com a nova conformação dos Arts. 10 e 12. Nessa hipótese, a atenção à saúde estaria segmentada, certamente lesando o consumidor. Entre outros pontos importantes, o consumidor em saúde não

tem informação suficiente para essa escolha, ou melhor, o mercado de planos e seguros de saúde, como será visto no item Bases Econômicas, não pode ser regulado desta forma. Mesmo que um consumidor fosse possuidor de informação especializada na área de saúde, a zona de sombra contratual continuaria a permitir que as operadoras excluíssem procedimentos e ações em saúde exclusivamente a seu critério. Na leitura conjunta dos novos Arts. 10 e 12, a assistência passa a ter “mínimos”, que são partes do “plano referência”, como já visto. Assim, fica, na prática, vedada a comercialização de contratos em que apenas um tipo de procedimento – ou procedimentos de uma especialidade – estivesse coberto. Ficam vedados também os bônus assistenciais, por exemplo: um plano ambulatorial integral com bônus de internações para cirurgias.

A verdadeira transmutação que o Art. 12 sofre na Lei n. 9.656, após a primeira Medida Provisória n. 1.665 é pedra angular em todo o processo de regulação do setor. Sua conformação e seu entendimento, em conjunto com o art. 10, mais do que garantir a totalidade de procedimentos do rol para qualquer doença, imprime uma lógica de mercado totalmente diversa da que vinha sendo praticado, ou mesmo que estava disponível no substitutivo do deputado Pinheiro Landim, aprovado em 1997, na Câmara dos Deputados. Vale recordar que a lógica era, até então, garantir a cobertura integral por meio do oferecimento obrigatório ao consumidor de um “plano-referência”, em sua concepção semelhante ao “seguro compreensivo”, e deixar que o mercado operador de planos e seguros ofertasse outros tipos de planos, com coberturas totalmente distintas. Vamos comparar alguns itens do Art. 12, antes e depois da primeira Medida Provisória, e comentá-los sucintamente, no Quadro 3, a seguir:

Quadro 3 - COMPARATIVO DO ARTIGO 12 - PRÉ E PÓS MEDIDA PROVISÓRIA

RELATÓRIO APROVADO NA CÂMARA DOS DEPUTADOS - ARTIGO 12	LEI N. 9.656/98 ALTERADA PELA MEDIDA PROVISÓRIA N. 1.665 DE 04/06/1998 - ARTIGO 12
<p>I Caput - São facultados a oferta, a contratação e a vigência de Planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:</p>	<p>Caput - São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde, nas segmentações previstas nos incisos de I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano ou seguro-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas</p>
<p>II I - quando incluir atendimento ambulatorial: a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; b) cobertura de serviço de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;</p>	<p>I - quando incluir atendimento ambulatorial: a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;</p>

RELATÓRIO APROVADO NA CÂMARA DOS DEPUTADOS - ARTIGO 12	LEI N. 9.656/98 ALTERADA PELA MEDIDA PROVISÓRIA N. 1.665 DE 04/06/1998 - ARTIGO 12
<p>III II - quando incluir internação hospitalar: a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;</p>	<p>II - quando incluir internação hospitalar: a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;</p>
<p>IV II - quando incluir internação hospitalar: d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar.</p>	<p>II - quando incluir internação hospitalar: d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;</p>
<p>V II - quando incluir internação hospitalar: e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;</p>	<p>II - quando incluir internação hospitalar: e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;</p>
<p>VI § 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro referência, mencionada no art. 10 deve constar: I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido; II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.</p>	<p>Parágrafo único. Da documentação relativa à contratação de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro referência, mencionado no art. 10, deve constar declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano ou seguro-referência, a de que este lhe foi oferecido.</p>

Destacamos, por partes, estas alterações, por terem impacto direto ou indireto na formatação dos planos ou seguros que não fossem os chamados “planos” ou “seguros referência”.

- » **Item I:** Enquanto o texto original permitia a redução ou extensão da cobertura assistencial, a alteração feita pela Medida Provisória restringia a oferta e a contratação apenas às segmentações previstas nos Incisos de I a IV do Art. 12. Em realidade, a lógica de produzir mínimos, expressa no texto original – por exemplo: “quando incluir atendimento ambulatorial”, deixa de ter a função de garantir o mínimo quando houvesse cobertura em ambulatório e passa, na nova redação, a significar um tipo de plano que, naturalmente, continua tendo um mínimo de cobertura, mas um “mínimo” não mais passível de fracionamento.

- » **Item II:** A diferença, entre as duas redações, visou deixar claro que os tratamentos ambulatoriais também estavam cobertos. Na redação original, a intenção era de restringir os SADTs, isto é, serviços de apoio à diagnose e terapia, o que não inclui – ou deixa explícito ao incluir – os tratamentos ambulatoriais
- » **Item III:** Em relação à cobertura hospitalar tem-se a redação original: “vedada à limitação de prazo” – deixava claro que não era mais possível a interrupção de cobertura por dias de internação sequenciais, isto é, estava garantido ao consumidor que, apenas ao fim de um prazo determinado, ele não tivesse sua internação interrompida. A nova redação, assim consignou: “vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidades” – visou garantir que outros limites, possíveis na redação original, comprometessem a assistência (o valor máximo para a cobertura de uma internação e o número de internações necessárias para cada paciente).
- » **Item IV:** A substituição de “oxigênio” pela expressão genérica “gases medicinais” teve como intenção garantir ao consumidor a cobertura de outros avanços tecnológicos na área de gasoterapia.
- » **Item V:** Em relação às taxas a redação original circunscrevia a cobertura à taxa de sala de cirurgia. Ora, um mínimo de conhecimento e experiência no mercado de saúde suplementar ensina que, talvez em consequência dos congelamentos de preços ainda dos planos econômicos (Plano Cruzado e outros), os hospitais vinham, há tempos, criando taxas de todo gênero para compensar o congelamento de suas diárias: taxas administrativas, de aplicação de medicamentos, de uso de equipamentos especiais e outras. A redação dada pela Medida Provisória deixa claro que toda e qualquer taxa será de responsabilidade da operadora.
- » **Item VI:** Além do Inciso II (no original) passar a ser desnecessário, pois na nova lógica, o Art. 10 (plano referência) era composto pelas partes descritas no Art. 12. Portanto, não caberia dispor sobre as doenças cobertas – o caput também é alterado, já que não era mais permitido o oferecimento ou a comercialização de planos ou seguros que fugissem aos segmentos explicitados no Art. 12.

Para complementar essa nova lógica de mercado, os padrões mínimos para serem ofertados ou comercializados, a Medida Provisória traz um dispositivo inovador, quando cria o Consu, em seu Art. 35-A, estabelece no Inciso II uma de suas competências:

Art. 35-A. Fica criado o Conselho Nacional de Saúde Suplementar – Consu, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico e, em especial:

.....

II – elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto nesta Lei.

Este artigo, independentemente da discussão de modelo de regulação que pode ser feita, estabelece que a lista de procedimentos passe a ser de responsabilidade governamental, isto é, deixando de ser objeto exclusivo das associações profissionais e do disposto em contrato, por cada operadora.

Os contratos passam a ter sua cobertura determinada pelo Poder Público, o que garante ao consumidor que sua assistência manterá o padrão ao longo do tempo, encerrando o período em que uma operadora fazia um contrato vinculado a uma determinada lista de procedimentos, criada na maioria das vezes pelas associações médicas. Como tais listas sofriam mudanças, os contratos tendiam a ficar com suas cláusulas de cobertura ultrapassadas, permitindo que uma operadora cobrisse ou não, um determinado exame ou tratamento, ou selecionasse, por consumidor e/ou procedimento, o que seria coberto.

Em relação ao rol de procedimentos (cobertura) nos planos e seguros de saúde, podemos encará-lo como materialização da incorporação de tecnologias em saúde no país. Essa é, sem dúvida, uma discussão que interessa a todos: gestores do SUS, operadoras de planos e seguros de saúde. O rol de procedimentos médico-hospitalares e odontológicos tem sido atualizado por meio de câmaras técnicas específicas, onde são discutidas as alterações propostas, seu impacto para a linha de cuidado e seus possíveis custos nos preços dos planos.

Esta conformação do marco regulatório que, para além da preocupação com o equilíbrio econômico-financeiro das empresas, atua fortemente sobre a cobertura dos planos e seguros de saúde, é uma das marcas de inovação do mercado brasileiro. Em 1998, com a regulação setorial dividida entre dois Ministérios e ainda sem agência reguladora, foi essa a solução encontrada para reduzir a enorme assimetria de informação e desvantagem do beneficiário/paciente. O que não impede de refazer a discussão em outras bases, levando-se em consideração também o parque tecnológico instalado em cada estado, sua viabilidade de crescimento e o planejamento das ações em saúde de forma mais ampla. Tal discussão passa necessariamente pela apropriação do conhecimento do setor e por todos os gestores de políticas públicas em saúde, envolvidos nos debates.

Vale destacar, por fim, que, ao contrário do que muito se lê na mídia e até mesmo em algumas teses, vários desses avanços do marco legal são tanto para os planos individuais quanto para os coletivos. A distinção que existe está em algumas cláusulas de preços, que são menos flexíveis nos planos individuais, atitude necessária para proteção desse con-

sumidor, com menor poder de exercer qualquer modulação em uma oferta de contrato. Para os contratos coletivos, permanece a possibilidade da operadora ofertar ou não um contrato, tal como renová-lo ou não, em seu vencimento. Os reajustes são apenas monitorados pela ANS. Tal fato se dá pela diferença de poder de barganha entre um contrato coletivo e um contrato individual. Para o primeiro, normalmente, a concorrência é muito grande e permite ao grupo ou à empresa escolher e barganhar melhores preços e melhores condições contratuais. No caso de consumidores de planos individuais, isso não acontece. Devido a isto, a proteção ao consumidor de planos individuais é maior. Mas que isso não obscureça os avanços na formatação de planos de todos os tipos. Além das cláusulas de cobertura, essência da lei, até dispositivos, como variação máxima entre faixas etárias, todos são válidos tanto para planos individuais quanto coletivos.

1.4 Bases microeconômicas para a intervenção do Estado no mercado privado de planos/seguros de saúde

A questão da intervenção do Estado em um mercado privado sempre suscita polêmica, pois, para além da intervenção em uma atividade econômica, especificamente na área de saúde, muitos ainda podem entender que, por conta da regulação, se esteja permitindo a “mercantilização da saúde”, ou mesmo que se esteja colocando a saúde no mesmo patamar de outros bens públicos, cuja exploração foi privatizada.

De certa forma, em 1997/98 a associação entre os termos mercado, produtos, complexo industrial e outros, presentes no dia a dia do economista, eram estranhos a muitos profissionais de saúde. Mesmo sofrendo, desde os primórdios da atenção à saúde no país, os efeitos das leis econômicas e da produção privada de insumos, em geral, o gestor público sempre foi levado a ter pouca familiaridade com estes temas.

Muitos autores, até hoje, questionam se em um sistema público universal é cabível a intervenção do Estado, em uma atividade que seria marginal, como veremos ao longo deste livro. Se a atividade privada está longe de ser marginal para o campo da saúde, o segmento chamado de saúde suplementar tem, há décadas, um papel relevante no sistema nacional de saúde.

É oportuno que se anote a expressão “mercado de serviços de saúde”, pois a expressão traz, em si, curiosas questões – desde a existência de mercados vinculados à saúde, como o mercado para insumos de material hospitalar, fármacos em geral, materiais para laboratórios etc., como também o mercado dos contratos de planos e seguros de saúde. O complexo médico-industrial produz para o sistema público, como produz para o mercado de saúde suplementar. Esse mercado tem características bem específicas – é a transação comercial de um bem, no caso, um contrato de prestação de serviços envolvendo um vendedor (muitas vezes através de um corretor ou agente de vendas) e um comprador, seja esta pessoa física ou jurídica.

Podemos, então, admitir que exista esse mercado específico, quer na acepção clássica²⁷, quer na neoclássica, com a introdução de modelos teóricos e matemáticos.

Se por um lado é perceptível que existe um “mercado”, não é tão óbvia a ideia de que esse mercado necessita de regulação estatal. E, muito menos, qual regulação estatal é a mais adequada.

O governo, como vimos, fez a opção, ainda que dentro de certa tensão – de localizar seu foco na área de saúde, em detrimento de uma visão exclusivamente de produto financeiro.

Na realidade, o conceito de mercado faz-se presente em outro marco do ideário liberal: o modelo da concorrência perfeita, ou da necessidade da mínima intervenção governamental nos mercados, que, independentemente, tenderiam ao equilíbrio, especialmente em determinadas condições. Adam Smith afirma que “mercado e concorrência são dados, que prescindem de maiores explicações”²⁸.

Não obstante a suposta obviedade dos conceitos, os modelos matemáticos na economia se ocuparam desta criação e de seus desafios – o mercado perfeito, subentendido como mercado de concorrência perfeita. Assim, para o mercado perfeito, com algumas variações entre os autores, seriam necessários:

- » grande número de vendedores (todos relativamente pequenos e agindo independentemente, de modo que nenhum deles pudesse afetar o preço de mercado) e grande número de compradores;
- » produtos homogêneos;
- » agentes informados de tudo que se passa no mercado;
- » custos marginais crescentes²⁹, com inexistência de economia de escala, ou de outras possíveis barreiras à entrada de novos produtores;
- » instantaneidade de ajustes que, nos mercados reais (e não no modelo fictício de concorrência perfeita) requerem algum tempo até se concretizarem, fazendo com

27_ Na acepção clássica: determinada forma de organização social em que, teoricamente, deveria haver livre formação de preços, seja para designar o movimento agregado de oferta e procura de bens, seja como referência a produtos específicos.

28_ Teixeira, A.: “Mercado e imperfeições de mercado: o caso da saúde suplementar”. Cadernos de Saúde Suplementar, Segundo Ciclo de Oficinas, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2000.

29_ Como o competidor não é capaz de influir de forma sensível no volume da oferta, conseqüentemente não consegue influir no preço de mercado (demanda é igual a oferta, com produtores e compradores pulverizados), o preço é igual para qualquer unidade vendida. Como, nos pressupostos do modelo, não há possibilidade de ganho de escala, o custo total aumenta, e o custo marginal também (enquanto custo marginal significa o acréscimo de insumos para novas unidades produzidas). Se a receita marginal, no modelo, é igual ao preço e este é fixo, haverá o momento em que o custo marginal é igual à receita marginal, ou que um incremento na produção resultará, proporcionalmente em um custo marginal maior que a receita marginal. O que, por si só, limita a produção.

que, mesmo em mercados intensamente competitivos, uma eventual situação de desequilíbrio possa perdurar algum tempo, o que no modelo “perfeito” não ocorreria.

Tal situação “perfeita” e teórica se desdobraria em uma pérola de ascetismo, descrita por Sérgio Varella Bruna em O processo de formação de preços no mercado, que vale a pena transpor:

“No modelo de concorrência perfeita, o produtor é, por assim dizer, um escravo do mercado: incapaz de nele influir, mas por ele absolutamente controlado; forçado a produzir, em conjunto com seus concorrentes, tanto quanto seja possível, a fim de reduzir a escassez ao mínimo, segundo as possibilidades materiais existentes. Sua remuneração é a menor possível, o mínimo necessário para que ele se mantenha em atividade. Ganancioso, porque procura elevar seu lucro ao máximo, é uma fera enjaulada, enclausurada pelas barreiras intransponíveis impostas inexoravelmente pelo mercado”.

Antes de serem examinados outros paradigmas dos mercados “perfeitos”, é importante ressaltar que nenhuma das condições citadas está presente no mercado de serviços de saúde, devido às situações, a seguir:

- » Enorme complexidade na indústria de serviços de saúde, tanto em sua conformação – consultórios, ambulatorios, policlínicas, clínicas com suporte para pequenas intervenções cirúrgicas, consultórios com aparelhagem de exames especializados, hospitais especializados, gerais, com ou sem pronto-socorro – quanto nas suas teias de suprimentos e insumos; com diferentes capacidades de produção e controle de uma parcela significativa de determinado mercado relevante no setor de serviços de saúde, no contexto do território nacional etc., tanto pelo lado da oferta, como já visto, quanto pelo lado da demanda; a primeira premissa já não tem fundamento.
- » Com a crescente e desordenada incorporação de tecnologia em saúde, no Brasil, a possibilidade de produtos homogêneos, se já era difícil de ser vislumbrada, passa a ser virtualmente impossível. Exames cada vez mais complexos e de difícil compreensão, em qualquer processo de cuidado, se superpõem em acelerada velocidade. Vale ressaltar que a própria classe médica se torna progressivamente (e geometricamente) aprisionada em procedimentos de alta tecnologia, custo altíssimo e pouca efetividade.
- » O mercado de serviços de saúde tem como característica a produção e a difusão sistemática de informação confiável. Muito ao contrário, todos os compradores e produtores são permanentemente bombardeados por pressões de consumo descasadas, muitas vezes, de processos racionais. Tanto na indústria de medicamentos quanto materiais ou equipamentos, a opacidade da informação se mantém.

- » Curiosamente, a economia de escala encontrada da linha de produção, por exemplo: materiais ou equipamentos não se desdobram no preço final da assistência, no mais das vezes. Independentemente disto, as barreiras à entrada permanecem. Vamos lembrar que a prestação de serviços de saúde é vedada constitucionalmente a investidores estrangeiros. Por óbvio, não se trata de questionar o dispositivo da Lei Maior, apenas se constatando o fenômeno para este aspecto.
- » Os chamados ajustes “instantâneos” não são encontrados em nenhum elemento da cadeia produtiva, ou mesmo na formação da linha do cuidado. Há pouca capacidade de adaptação dos serviços de saúde às situações de necessidade emergente, demandando do Estado, ou de empresas privadas, grande esforço de mobilização, ou realocação de recursos financeiros, por exemplo. Para ir um pouco mais adiante, considerando a formação médica como insumo de um tipo de serviço em saúde (tecnologia leve³⁰ ou de conhecimento), observa-se a imensa dificuldade de ajuste nos currículos universitários, em que continua se privilegiando a formação tecnológica e segmentada da assistência, em um claro descasamento com a demanda tanto para os compradores públicos, quanto para os privados, profissionais com formação generalista ou mesmo especialista em “medicina da família”, segundo o modelo canadense.

O setor de bens e serviços de saúde apresenta pelo menos quatro características que o diferenciam da maioria dos demais setores econômicos e que podem resultar em perda de bem-estar social na ausência de regulação. (Andrade, M & Lisboa, M, 2001).

O texto acima demarca que esse setor da economia, em particular, necessita, em grau maior ou menor, de regulação governamental. Entre os diversos pontos (características) abordados pelos autores, destacam-se os seguintes:

- » O setor de bens e serviços de saúde são bens credenciais, isto é, necessitam de certificação pública reconhecida, ou na ausência desta, a reputação do provedor do bem, ou serviço passa a ser relevante, tanto nas decisões de consumo quanto na prescrição feita pelos profissionais de saúde. De certa forma, este ponto corresponde à falta de circulação e suficiência de informação no mercado.
- » Existe uma dissociação entre consumidor final e o agente responsável pela indicação terapêutica. De forma geral, o consumidor não tem capacidade de reconhecer

30_ Termo tomado de Merhy, E. E. (2003). Tecnologia dura: equipamentos e máquinas; Tecnologia leve-dura: saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos; e tecnologias leves, os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde.

sua necessidade e o prescritor pode ser influenciado pela preocupação que o paciente utilize seus serviços.

- » Os elevados gastos (para alguns produtos) em pesquisa e desenvolvimento de novos produtos são elevados. Confirmada mais uma barreira à entrada.
- » Geração de externalidades difusas, em consequência do consumo de diversos produtos de saúde, sobre o resto da sociedade³¹. No caso dos serviços e bens de saúde, a “externalidade difusa” faz-se presente quando o consumo de serviços tem impacto no resto da sociedade. Um exemplo de externalidade difusa é a taxa de vacinação média da sociedade contra determinadas doenças afetar a probabilidade de um agente não vacinado contrair a doença.

Outra característica levantada por Andrade & Lisboa é o fato dos bens e serviços de saúde, em muitos países, serem bens classificados como meritórios, isto é, direitos de cidadania, devendo as políticas públicas tratar da garantia de acesso universal. Os modelos (financiadores públicos ou privados e provedores públicos ou privados) perseguem melhor alocação de recursos para garantia do bem-estar social. Os bens e serviços de saúde não são os únicos bens que podem ser considerados meritórios, já que a educação, por exemplo, também se coloca nesse mesmo patamar.

No entanto, para além de outras distinções entre saúde e educação, para a finalidade deste Capítulo, destacamos a estrutura do mercado do setor saúde (em especial no setor de seguros e planos de saúde no mundo), em formas muito específicas da assimetria de informação e a incerteza dos indivíduos sobre seu estado de saúde. O mal-estar de um indivíduo, que o leva a um serviço de saúde, impulsiona-o para consumir o quê? A “compra” que se dá é de conhecimento e confiança, ou melhor, deveria ser. Com a crescente confusão, calcada nos ditames que afirmam que melhor cuidado está no indivíduo com um número maior de médicos e acesso a todas as tecnologias, como bens de consumo compartimentados em unidades estanques; adicionada ao fato do setor saúde ser um setor em que há um terceiro vértice financiador público ou privado, temos um exemplo em que muito há de ser construído na regulação do Estado, pois, como vimos, esse mercado está muito distante da chamada “perfeição”.

Se já foi visto que esse mercado, sob o ponto de vista econômico, necessita de regulação, a questão que se coloca é: qual regulação seria mais apropriada? Melhor dizendo: a

31_ Para o conceito de “externalidade”, recorremos ao livro-texto *Microeconomia*, de Pindyck, Robert & Rubinfeld, Daniel, 2002, p.632: “Ação pela qual um produtor ou um consumidor influencia outros produtores ou consumidores, mas não sofre a consequência disso sobre o preço do mercado”.

que política pública o mercado de saúde suplementar deve estar vinculado? Como vimos, a contenda entre produto financeiro e produto de serviços, para caracterizar um contrato de plano ou seguro de saúde, não é simples, nem está totalmente ultrapassada. Essa discussão, inclusive, contempla uma falsa premissa, a de que a regulação do mercado sob o ponto de vista econômico-financeiro é mutuamente excludente da regulação chamada assistencial – pois esta implicaria privilegiar coberturas e atendimentos, em detrimento da viabilidade econômico-financeira das empresas.

A necessidade de intervenção do Estado na regulação setorial foi vista, até o momento, de forma mais ampla. Existem outras características que devem ser ressaltadas, além das já citadas, que demandaram atenção, sob o ponto de vista da necessidade da regulação. Algumas estão vinculadas, de forma muito mais intensa, mas não exclusiva, ao segmento de planos individuais ou familiares. Destacamos algumas.

- » Por parte do contratante:
 - › o “risco moral” (moral hazard);
 - › a “seleção adversa”.
- » Por parte da operadora:
 - › a “seleção de risco”.

1.4.1 Mecanismos financeiros e não financeiros para redução de custos

É muito difundida a ideia de que instrumentos como carências, assim como coparticipações, têm como objetivo primordial o financiamento dos custos de procedimentos. O principal objetivo de tais instrumentos, na verdade, é o de reduzir dois elementos presentes na maior parte dos contratos celebrados de planos de saúde, seguro saúde e demais seguros: seleção adversa (adverse selection) e risco moral (moral hazard).

Segundo Borch³² (1990), a seleção adversa e o risco moral são dois elementos que podem fazer com que um risco não seja segurável. Isso quer dizer que, caso esses elementos não possam ser eliminados, não haverá interesse de oferecimento de cobertura do risco por parte dos seguradores, ou das operadoras de planos de saúde, pois haveria sempre prejuízo para eles. No caso dos planos de saúde, não havendo a possibilidade da imposição de carências em alguns planos, vários riscos passariam a ser não “seguráveis” pelas operadoras, o que implicaria a cessação da oferta desses produtos no mercado e no aumento dos preços dos demais planos.

32_ Borch, K. The Economics of Insurance – Advanced Textbooks. In Economics. North-Holland, 1990, p.317.

Stover, C.; Quigley, K.; and Kraushaar, D. L. Guidelines for Setting Up a Managed Health Care Plan. Health Financing and Management Guidelines n. 2. Management Sciences for Health, Boston, USA, 1996.

É importante que se apresente, mesmo que brevemente, as definições de seleção adversa e risco moral, para melhor entendimento desses elementos sobre os contratos de planos de saúde. A seleção adversa ocorre no caso de planos de saúde, quando há uma entrada de beneficiários no plano, por saberem que tem uma chance alta de virem a precisar da prestação de assistência à saúde, a curto e médio prazo. O risco moral ocorre quando os beneficiários de um plano de saúde passam a ter uma conduta de utilização dos serviços de saúde muito diferente daquela que teriam caso não estivessem coberto. Arrow (1963) comenta risco moral, afirmando que “o contrato de seguro pode alterar incentivos e desta forma afetar as probabilidades com que a companhia seguradora contou”, ou seja, o indivíduo pode passar a utilizar em excesso os serviços de assistência à saúde, após contar com a cobertura de um plano.

As tabelas abaixo demonstram a frequência média de consultas e taxa de internações por beneficiários, segundo tipo de contratação de plano, em que comparam o número de eventos por exposto, isto é, beneficiários que têm direito às referidas coberturas e que já cumpriram carência, caso haja.

Tabela 2 – INTERNAÇÕES E CONSULTAS DE BENEFICIÁRIOS, 2007 A 2009

TIPO DE EVENTO	2007	2008	2009
INTERNAÇÕES			
Eventos	4.447.483	4.819.183	4.786.736
Beneficiários	33.515.991	36.052.380	36.841.365
Taxa de internação de beneficiários(%)	13,3	13,4	13,0
Gastos médio (R\$)	3.219,56	3.480,42	3.844,43
CONSULTAS			
Eventos	192.676.148	211.943.120	223.017.577
Beneficiários	36.664.067	39.352.499	40.509.773
Consultas por beneficiário	5,3	5,4	5,5
Gasto médio (R\$)	36,91	40,30	40,26

FONTES: SIB/ANS/MS – 03/2010 e SIP/ANS/MS – 10/05/2010 – Caderno de Informação da Saúde Suplementar – junho/2010

Tabela 3 – CONSULTAS MÉDICAS POR BENEFICIÁRIO, POR TIPO DE CONTRATAÇÃO, 2007 A 2009

ANO	TOTAL	COLETIVO	INDIVIDUAL
2007	5,3	5,4	6,6
2008	5,4	5,5	6,6
2009	5,5	5,7	6,7

FONTES: SIB/ANS/MS – 03/2010 e SIP/ANS/MS – 10/05/2010

Observa-se, pelas tabelas acima apresentados, que, apesar da oscilação da frequência de consultas médicas ser bastante similar para os dois tipos de contratação, é mais elevada para os planos individuais. Tal fenômeno acontece exatamente pela seleção adversa e risco moral, como dizia Stover.

A aplicação de instrumentos atenuantes de seleção adversa e risco moral é praxe nos planos de saúde do mundo inteiro. Stover³³ (1996) apresenta diretrizes para implementação de planos de saúde, em trabalho elaborado pelo Management Sciences for Health dos Estados Unidos, para projetos de financiamento de assistência à saúde nas Filipinas e no Quênia.

Stover igualmente define seleção adversa e risco moral e propõe mecanismos atenuantes, da seguinte forma:

- » Seleção adversa ocorre quando indivíduos doentes, ou que pensam que vão ficar doentes, contratam o plano em número desproporcional. Se muitos desses indivíduos entram no plano, então o programa pode falir, principalmente se a entrada é mais voluntária do que compulsória. Seleção adversa pode ser minimizada por meio das seguintes estratégias como:
 - › exigir exame médico anteriormente à admissão;
 - › exigir o cumprimento de carências.
- » Risco moral ocorre quando indivíduos utilizam desnecessariamente os serviços de saúde. Este assunto pode ser abordado por uma forte campanha de conscientização dos beneficiários e dos prestadores de serviços sobre o impacto financeiro adverso da utilização desnecessária. Outras medidas incluem:
 - › exigir o pagamento de coparticipações e franquias;
 - › requerer autorização de prestadores acreditados anteriormente à prestação dos serviços.

Vale à pena ressaltar que o marco regulatório atual do mercado brasileiro, assim visto, impede um dos mecanismos usados pelas empresas operadoras para reduzir seus riscos na operação: a chamada seleção de risco, isto é, segundo nossa legislação, a todos tem de ser oferecido um contrato de plano de saúde, qualquer que seja sua idade ou condição de saúde no momento da contratação. Na prática, portanto, a chamada seleção de risco não pode ser utilizada como mecanismo de proteção para a operadora. Se esta foi uma das principais conquistas para o consumidor, de não ser impedido, por condições de saúde, a comprar um plano ou aderir a um contrato coletivo, trouxe também, a reboque, a intensificação dos chamados mecanismos de controle de custos. Vejamos:

33_ Stover, C.; Quigley, K.; and Kraushaar, D. L., Guidelines for Setting Up a Managed Health Care Plan. Health Financing and Management Guidelines n. 2. Management Sciences for Health, Boston, USA, 1996.

- » as carências para utilização de serviços;
- » o pagamento de coparticipações ou franquias;
- » a utilização de prestadores de serviço previamente indicados para avaliar e autorizar a realização de determinados procedimentos.

Não está sendo feita qualquer referência ao “exame médico anterior à contratação”, por ser uma prática de pouquíssimo uso em nosso país. O debate sobre essa alternativa já foi agenda na Câmara de Saúde Suplementar, em 1998, sendo refutada naquele momento, tanto por entidades de defesa do consumidor (pelo receio da possibilidade de gerar discriminação), quanto pelas operadoras (pelos custos envolvidos nos exames médicos e exames complementares em um cidadão que poderia, ou não, se tornar um cliente).

Como já foi dito anteriormente, a “carência” no atual marco legal tem limites máximos. Mesmo considerando as chamadas “coberturas parciais temporárias” para doenças ou lesões preexistentes, estamos diante de um dispositivo de lei que protege a atenção à saúde do consumidor, pois não permite exclusões de coberturas de forma permanente.

Se a proteção à atenção à saúde deve ser uma preocupação constante por parte do Estado, o mesmo ocorre diante da contenção de custos por parte das operadoras de planos e seguros de saúde. Em uma atividade econômica fortemente marcada pela primazia da oferta e em um modelo assistencial que privilegia a “fragmentação do paciente” por especialidades, e que estimula o consumo de tecnologia, muitas vezes, em detrimento da própria relação profissional de saúde/paciente, a preocupação com a espiral crescente de custos é consequência natural.

Entre os diversos mecanismos que são utilizados para esse controle, destacam-se três: o gerenciamento de rede de prestadores, a discussão sobre incorporação de tecnologias e o fomento à prevenção.

Em relação ao gerenciamento de rede de prestadores, os aspectos a considerar são diversos, desde a chamada “suficiência de rede” em planos que não têm livre escolha até a fiscalização das práticas de “regulação de acesso”, para que estas não se mostrem restritivas. A ANS tem privilegiado o cadastro nacional de estabelecimentos hospitalares (CNES) como forma de acompanhar e avaliar a rede dos planos ou seguros registrados.

Como foi visto ao longo deste Capítulo, justifica-se a intervenção estatal na saúde suplementar, pela necessidade de correção de falhas de mercado, pela relevância pública do objeto dessa prestação de serviços e, sobretudo, para garantir os interesses da população beneficiária de planos de assistência à saúde.

1.4.2 Rol de procedimentos de eventos médicos e odontológicos

Na teoria, os técnicos em saúde vêm conceituando o rol de procedimentos das segmentações assistenciais previstos na Lei n. 9.656/98, como uma listagem dos procedimentos em saúde cuja cobertura é garantida a todos os beneficiários dos planos contratados a partir de 2 de janeiro de 1999.

De acordo com a lei de criação da Agência, a ANS tem, entre outras atribuições, a elaboração de uma lista contendo os procedimentos de cobertura obrigatória para os planos de saúde, comercializados na vigência da Lei n. 9.656/98, desde que celebrado o contrato a partir de janeiro/99. Essa lista passou a ser denominada pela ANS como Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, onde ficam designadas as coberturas mínimas obrigatórias, para as segmentações ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia, odontológico, inclusive o Referência.

Vale lembrar que o primeiro Rol de Procedimentos e Eventos Médicos foi instituído pela RDC Consu n.10/1998, cuja revisão foi em 2000 (RDC n. 41), seguida nos anos de 2001 (RDC n. 67), 2004 (RN n. 82), 2008 (RN n. 167) e 2010 (RN n. 211). Como visto, o Rol é revisado periodicamente por câmaras técnicas, indicadas especialmente para esse fim, que têm a participação de representantes dos diversos segmentos desse mercado, em obediência às exigências legais e tecnológicas, esta última, pela transformação da prática médica³⁴.

O Rol de Procedimentos e Eventos Médicos, versão 2008, tem 2.900 itens, sendo 100 procedimentos novos e 126 excluídos (por serem obsoletos, ou sem evidência científica). Na cobertura ambulatorial, foram incluídos os atendimentos de terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição e psicoterapia, com acesso a tratamento multiprofissional de acordo com a filosofia da integralidade da atenção à saúde preconizada pela ANS.

Nessa versão, foram ainda incluídos procedimentos de videolaparoscopia e anticoncepção (vasectomia, ligadura tubária, colocação de DIU – dispositivo intrauterino); mamografia digital, novas técnicas para cirurgia de catarata). Além disso, o Rol apresenta diretrizes de utilização para alguns procedimentos, que devem ser observados nos pedidos encaminhados à operadora.

Rol de Procedimentos e Eventos Médicos – 2010

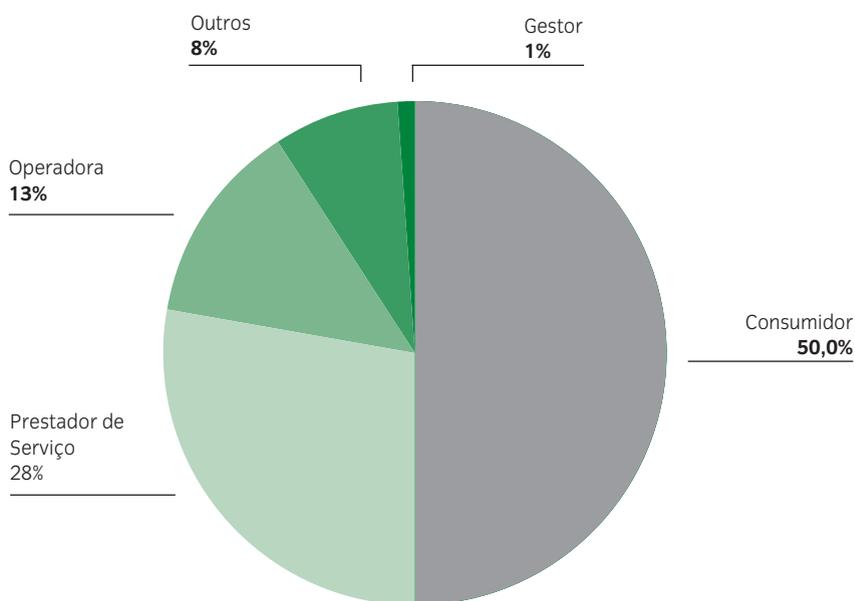
Em 2009 a ANS iniciou o processo de revisão do Rol vigente, na intenção de aplicá-

34_ “A necessidade de atualizações periódicas no Rol de Procedimentos se dá em função da evolução da prática médica, o que exige um processo permanente de incorporação de novas tecnologias com segurança e eficácia comprovadas e de exclusão de outras, tornadas obsoletas” (Martha Oliveira – gerente geral técnico-assistencial da ANS).

-lo em meados de 2010, o que veio acontecer conforme planejado. Assim, em 7 de julho deste ano, entrou em vigor, através da RN n. 211/2009, o novo rol de procedimentos.

Para que a revisão acontecesse de forma clara e transparente, foi constituído um grupo técnico, formado pelas instâncias que compõem a Câmara de Saúde Suplementar e convidados, de forma a qualificar e democratizar o processo de alteração do Rol. Fora isso, manteve-se a consulta pública, onde os consumidores tiveram 50% de participação, seguido dos prestadores de serviços e operadoras. Mais da metade das contribuições recebidas referiam-se a inclusões de procedimentos, com 4.535 solicitações, seguida de 964 pedidos de alteração de diretrizes de utilização (vide Gráfico).

Gráfico 1 – CONSULTA PÚBLICA – DISTRIBUIÇÃO DOS DEMANDANTES POR TIPO



FONTE: ANS

No que tange às inclusões de cobertura previstas na RN 211, destacamos as seguintes:

- » Cirurgias por vídeo no tórax – 26 novas cirurgias cobertas por este método.
- » Exames laboratoriais – 17 novos exames.
- » Exames de genética – para orientação do tratamento de alterações cromossômicas em leucemias.
- » Promoção à saúde e prevenção de doenças – ampliados os números de consultas com nutricionista (12), fonoaudiólogo (24), terapeuta ocupacional (12) e psicólogo

(40); exames preventivos como o teste do olhinho (para recém-nascido) e o teste rápido de HIV em gestantes.

- » Transplante de medula óssea – nos tratamentos de leucemias e outras doenças hematológicas – transplante alogênico e autólogo.
- » Saúde mental – ilimitado o atendimento em hospital-dia.
- » Odontologia – 16 procedimentos, incluído a colocação de coroa e bloco.
- » Novas tecnologias – implante do marcapasso multissítio – PET-Scan e oxigenoterapia hiperbárica.
- » Cobertura para acidentes do trabalho – somente para os planos coletivos.
- » Internação domiciliar – distinção entre internação domiciliar e assistência domiciliar.

Para alguns procedimentos a RN n. 211/09 apresenta regras que devem ser observadas pelas operadoras, a exemplo das ações de planejamento familiar, por envolver atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico (Art. 7º). Quanto aos critérios para as Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC), dispostos na Instrução Normativa n. 25 da Dipro³⁵ – o Anexo I traça uma linha reguladora para vários procedimentos (ex.: implante de cardiodesfibrilador implantável CDI; tratamento cirúrgico da epilepsia, implante de marcapasso multissítio, consulta de nutrição etc.).

35_ “Art. 3º Esta Instrução Normativa é composta por dois anexos: I – o Anexo I lista as Diretrizes de Utilização (DUT); e II – o Anexo II contém as Diretrizes Clínicas (DC) para ‘Assistência ao Trabalho de Parto’ e ‘Sepse: Proteína C ativada’. Art. 4º As DC contidas no Anexo II também podem ser encontradas na publicação ‘Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar’, 2009, e no sítio da ANS – www.ans.gov.br.





2

O ESTADO DA ARTE: O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

- 2.1 **Características gerais do sistema de saúde no Brasil**
- 2.2 **O mercado de saúde suplementar – situação atual**
- 2.3 **A intervenção da ANS**



2 O ESTADO DA ARTE: O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

2.1 Características gerais do sistema de saúde no Brasil

O sistema de saúde brasileiro é composto por dois subsistemas: o público, que é o Sistema Único de Saúde (SUS) e o privado, constituído por dois subsetores: o da saúde suplementar, que é o predominante nesse subsistema, composto pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, e o liberal clássico, composto pelos serviços particulares autônomos.

Num país em que constitucionalmente a saúde é um direito e o sistema público de saúde, o SUS, é um sistema universal, observar alguns dados sobre esses diferentes subsistemas pode subsidiar a definição de estratégias para garantir os preceitos constitucionais que informam os princípios desse Sistema Único de Saúde. A magnitude do setor privado, e em particular do mercado de saúde suplementar, sem dúvida, torna-o um importante setor do sistema de saúde brasileiro.

No Quadro 4, são apresentadas, de forma sistematizada, algumas características dos subsistemas do sistema de saúde brasileiro:

Quadro 4 – CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

SUBSISTEMA PÚBLICO	SUBSISTEMA PRIVADO
<ul style="list-style-type: none">› Financiamaneto: público, com a participação das esferas da federação.› Gestão: pública, única, com integração e articulação entre as diferentes esferas.› Prestadores de Assistência: serviços da rede própria de Municípios, Estados e União; serviços públicos de outras áreas de governo; serviços privados contratados ou conveniados.	<ul style="list-style-type: none">› Financiamaneto: privado, com subsídios do setor público.› Gestão: privada, em processos de regulamentação pela ANS.› Prestadores de Assistência: privados credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas; serviços próprios dos planos e seguros de saúde, etc.; serviços privados conveniados ou contratados pelo subsistema público que são contratados por empresas de planos de saúde, passando a fazer parte da rede credenciada dos mesmos.

FONTE: ANS

Observando-se o quadro comparativo dos gastos com saúde no Brasil e em outros países do mundo, em relação aos gastos públicos e aos gastos privados, temos a seguinte situação:

Quadro 5 – COMPARATIVO DOS GASTOS COM SAÚDE: BRASIL E OUTROS PAÍSES

PAÍS	GASTOS EM SAÚDE (% PIB)	GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE EM RELAÇÃO AO TOTAL DE GASTOS (%)	GASTOS PRIVADOS EM SAÚDE EM RELAÇÃO AO TOTAL DE GASTOS EM SAÚDE (%)	GASTOS DIRETOS DE FAMILIAS (OUT-OF-POCKET) EM RELAÇÃO AOS GASTOS EM SAÚDE (%)	GASTOS PRIVADOS COM PLANOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS GASTOS PRIVADOS COM SAÚDE (%)
Argentina	8,9	48,6	51,4	55,6	38,2
Austrália	9,5	67,5	32,5	67,8	23,9
Bolivia	6,7	64,0	36,0	79,3	10,6
Brasil	7,6	45,3	54,7	64,2	35,8
Canadá	9,9	69,9	30,1	49,6	42,3
Chile	6,1	48,8	51,2	46,2	53,3
Colômbia	7,6	84,1	15,9	47,2	0,9
Alemanha	11,1	78,2	21,8	47,9	40,2
Espanha	7,7	71,3	28,7	82,0	14,9
EUA	15,2	44,6	56,4	24,3	65,9

FONTE: World Health Statistics 2006

Observa-se ainda, com base nesses dados, que o Brasil, que tem um sistema universal público, possui uma composição de gastos em saúde na relação público/privado semelhante à dos Estados Unidos, que tem um sistema que podemos caracterizar como liberal. Uma possível explicação para esse fato reside na concentração de renda no Brasil, assim como no alto grau de incorporação tecnológica na saúde que é disponibilizada, principalmente, pelo setor privado.

O Canadá, que também tem um sistema público universal, apresenta uma participação dos gastos públicos significativamente maiores do que o caso brasileiro. Nos países europeus relacionados, que representam, de forma geral, as composições de gastos nos demais países da Europa, existe uma participação mais intensa do setor público em relação ao setor privado.

Em relação a países da América Latina, observa-se que a participação do setor público nos gastos em saúde é comparável à de países como a Argentina e o Chile. Na Bolívia, entretanto, a participação é maior que a dos já mencionados, mas é na Colômbia que verificamos um expressivo gasto em saúde no setor público.

O Brasil, segundo o World Health Statistics, encontra-se depois da Espanha, Bolívia e Austrália, quando analisamos os gastos diretos das famílias (out-of-pocket) em relação aos gastos em saúde.

Em relação aos gastos com planos de saúde, quando comparados com os gastos privados em saúde, observa-se que o Brasil está em 6º lugar, ficando atrás dos EUA, do Chile, do Canadá, da Alemanha e da Argentina.

A importância desse setor fica clara ainda quando se observam os gastos per capita em cada um dos subsistemas, conforme Quadro a seguir:

Quadro 6 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SAÚDE SUPLEMENTAR, 2005

SISTEMA	POPULAÇÃO	RECURSOS FINANCEIROS (R\$)	PER CAPITA (R\$)
SUS (1)	142.054.213	68,8	484,32
SAÚDE SUPLEMENTAR (2)	42.130.051	36,2	859,72
TOTAL	184.184.264	105,0	570,08

FONTE: Adaptação da Apresentação de Fausto Pereira dos Santos; O Público e o Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: 11º Congresso Mundial de Saúde Pública/8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, agosto 2006

(1) STN/Ministério da Fazenda. In: AFONSO (2006).

(2) Os recursos financeiros da saúde suplementar, neste quadro, referem-se às despesas das operadoras de plano de saúde no ano de 2005. Fonte: Diops/FIP, 22/11/2006.

Outro aspecto que caracteriza a importância do setor privado de saúde, em particular o de saúde suplementar, é a proporção da renda familiar utilizada com saúde. A pesquisa da PNAD 2008/2009 comprova que 82,5% das famílias brasileiras com rendimento acima de cinco salários mínimos possuem planos de saúde. As pessoas com até um salário mínimo de renda representam 3,4%, enquanto os que têm renda superior a 20 salários mínimos representam 79,6%. Portanto, é possível identificar que o acesso ao plano de saúde está relacionado ao rendimento mensal da família.

Mas, pelo Quadro 7, observa-se que os gastos da população total do país, com a assistência à saúde, correspondem a 5,9 % do orçamento familiar, sendo que as famílias de classes mais baixas, com rendimento mensal de até R\$830,00, chegam a gastar até 5,5% do seu orçamento, enquanto as de classes mais altas, com rendimento de mais de R\$10.375,000, comprometem 5,6% do seu orçamento mensal.

Quadro 7 – DISTRIBUIÇÃO DAS DESPESAS DE CONSUMO PELA MÉDIA MENSAL FAMILIAR (BRASIL 2009)

TIPOS DE DESPESA SELECIONADA	DISTRIBUIÇÃO DAS DESPESAS MONETÁRIA E NÃO MONETÁRIA MÉDIA MENSAL FAMILIAR (%)		
	TOTAL	CLASSES EXTREMAS DE RENDIMENTO, TOTAL E VARIAÇÃO PATRIMONIAL MENSAL FAMILIAR (R\$)	
		ATÉ 830 (1)	MAIS DE 10.375
Despesa Total	100,00	100,00	100,00
Despesas Correntes	92,1	92,9	87,1
Despesas de Consumo	81,3	93,9	67,2
Alimentação	15,1	27,8	8,5
Habitação	29,2	37,2	22,8
Aluguel	12,8	17,5	8,8
Serviços e Taxas	7,0	8,9	4,5
Mobiliários e Artigos do Lar	1,8	2,5	1,4
Eletrodoméstico	2,1	3,2	1,3
Transporte	15,0	9,7	17,7
Urbano	2,2	3,8	0,6
Aquisição de Veículos	6,9	2,4	9,4
Assistência à Saúde	5,9	5,5	5,6
Remédio	2,8	4,2	1,9
Plano de Saúde	1,7	0,3	2,4
Educação	2,5	0,9	2,9
Outras Despesas de Consumo	11,7	12,8	9,7
Outras Despesas Correntes	10,9	3,1	19,9
Aumento do Ativo	5,8	2,2	10,5
Diminuição do Passivo	2,1	0,9	2,4

(1) Inclusive sem rendimento.

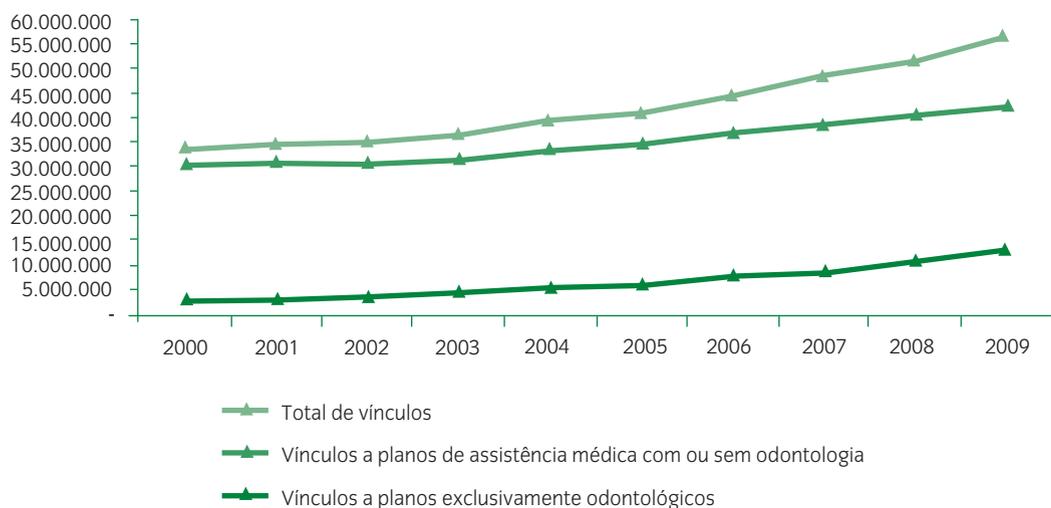
FONTES: IBGE – Pesquisas de Orçamentos Familiares, 2009

2.2 O mercado de saúde suplementar – situação atual

Desde 1998, a dimensão do mercado e sua consequente relevância para o sistema de saúde nacional é tema constante na mídia e nos embates da arena regulatória. Na ini-

cial da Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) movida pela Confederação Nacional de Saúde, havia previsão de colapso setorial por conta das novas exigências feitas para a formatação e a comercialização de planos ou seguros de saúde. Cabe lembrar que, à época, dizia-se que o mercado alcançava 43 milhões de usuários. Por não se ter qualquer base de dados inclusiva e abrangente, tal afirmação era feita, em tese, com base na última PNAD (da época). O que não ficava claramente dito era que esse número incluía os usuários de planos de instituições de natureza pública³⁶, que não estavam no alcance da Lei n. 9.656/98. De toda a forma, a previsão era de que a regulação, em especial quanto às novas regras de cobertura mínima para os planos e seguros de saúde, seria muito adversa ao setor. No entanto, o gráfico abaixo não mostra isso. Ao contrário, o setor vem se expandindo, em termos gerais.

Gráfico 2 – EVOLUÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS³⁷ POR TIPO DE PLANO, BRASIL, 2000-2009



FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar ANS, junho 2010

É importante destacar, para melhor compreensão e dimensionamento do mercado de saúde suplementar, as diferenças existentes entre os planos de assistência médica, em que estão englobados os planos com segmentações ambulatoriais e hospitalares, e os planos exclusivamente odontológicos. Nota-se, no entanto, que tanto os planos de assistência médica quanto os exclusivamente odontológicos tiveram variações positivas.

Outra diferenciação a ser considerada é a divisão entre planos chamados “antigos”,

36_ Por exemplo, Iamsp e Laserj.

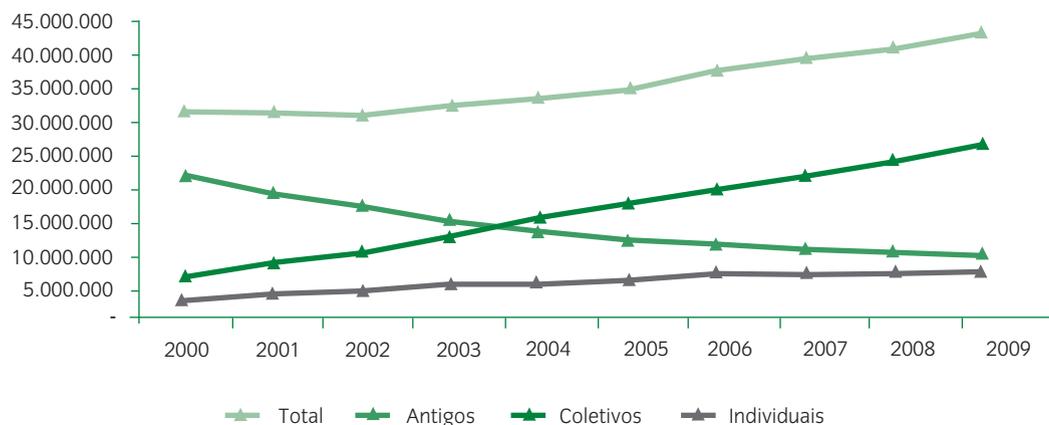
37_ O termo “beneficiário” refere-se a vínculo aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

isto é, contratados até 31/12/98, e “novos”, contratados a partir de 1999, que contam com toda a proteção legal. Como a diferença de coberturas, cláusulas de exclusão e reajustes podia ser (e normalmente era) bastante distinta da que a lei veio preconizar, seu agrupamento e informação à ANS são feitos, ainda, de forma global. Assim, a distinção dos Gráficos seguintes dá-se da seguinte forma:

- a. planos novos – divididos em planos individuais e planos coletivos;
- b. planos antigos – para os quais não é possível fazer essa divisão – planos individuais ou coletivos – de forma fidedigna.

Em relação aos planos médico-hospitalares e odontológicos, tem-se os dados dispostos no Gráfico abaixo:

Gráfico 3 – BENEFICIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, POR VIGÊNCIA E TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO, BRASIL, 2000-2009

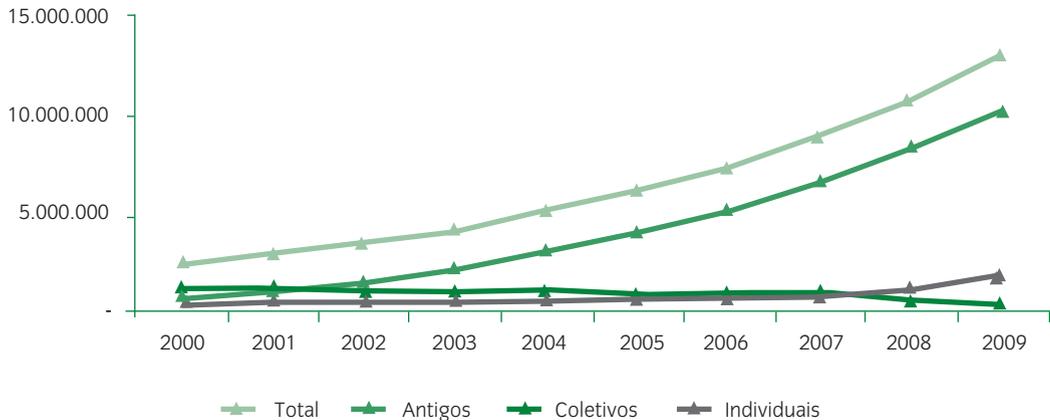


FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar ANS, junho 2010

De forma esperada, a linha de planos “antigos” decresce com o tempo, representando 18% (set. 2009). Já a contratação após 1998 representa 82%, sendo visível que o maior crescimento desse mercado dá-se em relação aos planos coletivos.

Em relação aos planos exclusivamente odontológicos, tem-se:

Gráfico 4 – BENEFICIÁRIOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA, POR VIGÊNCIA E TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO, BRASIL, 2000-2009

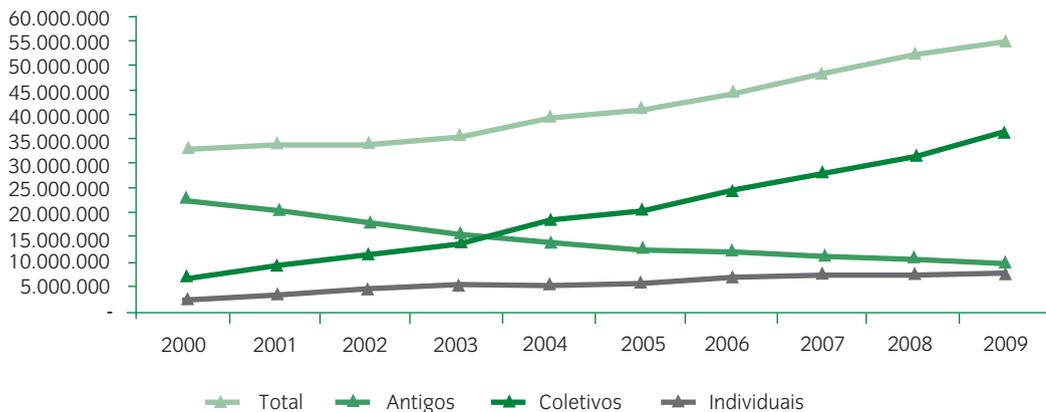


FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar ANS, junho 2010

Neste segmento do mercado, diferentemente do que foi visto acima, a redução nos chamados planos “antigos” é ínfima, mas o incremento nos novos planos, significando exclusivamente que se agregaram novos beneficiários, é bastante importante.

Para visualização de todo o mercado, tem-se:

Gráfico 5 – BENEFICIÁRIOS DE PLANO DE SAÚDE, POR VIGÊNCIA E TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO, BRASIL, 2000-2009



FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar ANS, junho 2010

Outra maneira de se observar a variação ocorrida ao longo dos últimos anos é acompanhar anualmente, de forma independente, os percentuais de distribuição de planos médico-hospitalares ou exclusivamente odontológicos.

Quadro 8 – BENEFICIÁRIOS DE PLANO DE SAÚDE, POR VIGÊNCIA E TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO, BRASIL, 2000-2009

ANO	TOTAL	NOVOS									
		TOTAL		COLETIVOS		INDIVIDUAIS		ANTIGOS			
		ABSOLUTO	RELATIVO	ABSOLUTO	RELATIVO	ABSOLUTO	RELATIVO	ABSOLUTO	RELATIVO		
2000	33.466.942	10.621.970	31,7%	7.431.686	22,2%	3.190.284	9,5%	22.844.972	68,3%		
2001	34.366.725	13.702.381	39,9%	9.654.042	28,1%	4.048.339	11,8%	20.664.344	60,1%		
2002	34.893.955	16.492.226	47,3%	11.829.867	33,9%	4.662.359	13,4%	18.401.729	52,7%		
2003	36.218.571	20.234.296	55,9%	14.911.840	41,2%	5.322.456	14,7%	15.984.275	44,1%		
2004	39.130.203	24.621.950	62,9%	18.478.905	47,2%	6.143.045	15,7%	14.508.253	37,1%		
2005	41.477.483	28.256.279	68,1%	21.520.394	51,9%	6.735.885	16,2%	13.221.204	31,9%		
2006	44.458.154	31.945.816	71,9%	24.675.491	55,5%	7.270.325	16,4%	12.512.338	28,1%		
2007	47.903.511	36.068.483	75,3%	28.229.020	58,9%	7.839.463	16,4%	11.835.028	24,7%		
2008	51.736.897	40.837.927	78,9%	32.543.442	62,9%	8.294.485	16,0%	10.898.970	21,1%		
2009	56.070.666	45.939.144	81,9%	36.500.092	65,1%	9.439.052	16,8%	10.131.522	18,1%		

FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar ANS, junho 2010

Se for levado em conta, como visto no Quadro 8, que os planos odontológicos não sofreram retração significativa de sua parcela de planos “antigos”, percebe-se que a variação dá-se por conta de planos “novos” no segmento-médico hospitalar.

É oportuno destacar dois pontos:

- » o incremento dos planos “novos” dá-se tanto pela troca de operadora de um usuário, ou um contratante coletivo, como pela adesão de novos usuários a esse setor, por não poder, qualquer usuário, ou empresa que migre de uma operadora para outra, adquirir um plano “antigo”. Isto é, o usuário (ou operadora) que migra será comprador obrigatório de um plano “novo”. Hoje, não é possível detectar qual o percentual de “novos usuários por ano” no setor;
- » o SIB/ANS, que é a fonte desses dados, incorpora, mesmo para uma operadora que tenha informado tardiamente sua totalidade de usuários, a informação da data de adesão do usuário. Isso faz com que não existam desvios por informação encamiñhada tardiamente.

Outra questão que merece observação é a afirmação de que está havendo retração do mercado de planos individuais ou familiares. No Quadro 9, a seguir, compara-se o crescimento da população, medido pelo IBGE, e o número de beneficiários de planos de saúde:

Quadro 9 – POPULAÇÃO RESIDENTE E BENEFICIÁRIOS, BRASIL, 2000-2009

PERÍODO	POPULAÇÃO RESIDENTE	BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE	TX CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO	BENEFICIÁRIOS
2000	171.279.882	33.466.942		
2001	173.821.934	34.366.725	1,48%	2,69%
2002	176.391.015	34.893.955	1,48%	1,53%
2003	178.985.306	36.218.571	1,47%	3,80%
2004	181.586.030	39.130.203	1,45%	8,04%
2005	184.184.264	41.477.483	1,43%	6,00%
2006	186.770.613	44.458.154	1,40%	7,19%
2007	189.335.191	47.903.511	1,37%	7,75%
2008	189.612.814	51.736.897	0,15%	8,00%
2009	191.481.045	56.070.666	0,99%	8,38%

FONTES: IBGE/DATASUS/2009 e Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Lembramos que na primeira edição deste livro, há uma nota do incremento de 7,21%

da população, paralelamente a uma expansão de 17,75% do número de beneficiários, no período 2000-2005. Já de 2000 a 2009 foi de 11,79% da população, com a expansão de 64,54% do número de beneficiários, incluindo os de planos exclusivamente odontológicos.

Na análise da diferença de comportamento entre planos coletivos e planos individuais vê-se (Quadro 10) que o crescimento dá-se tanto para os planos coletivos, de forma mais intensa, quanto para os planos individuais ou familiares. Ressalte-se que apenas estão na tabela os planos “novos”. Essas informações certamente devem ser detalhadas e cotejadas com outros indicadores econômicos, por representarem apenas indicativos de necessidade de estudos mais elaborados, que contemplem, por exemplo, a possível relação entre mercado informal no país e planos individuais.

Quadro 10 – PERCENTUAL DE PLANOS NOVOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE

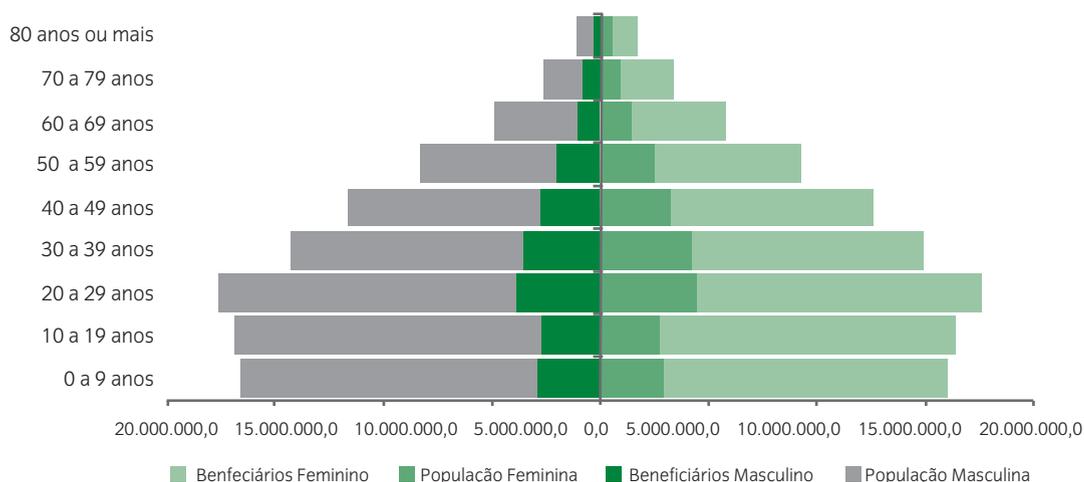
PERÍODO	COLETIVOS	INDIVIDUAIS	TOTAL
2000	3,67%	1,69%	5,37%
2001	4,72%	2,11%	6,84%
2002	5,62%	2,37%	8,00%
2003	6,86%	2,67%	9,53%
2004	8,26%	3,01%	11,28%
2005	9,31%	3,24%	12,55%
2006	10,28%	3,42%	13,70%
2007	11,27%	3,58%	14,85%
2008	12,61%	3,68%	16,29%
2009	13,62%	3,88%	17,50%

FONTES: IBGE/Datasus/2009 e Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Outro ponto que merece destaque diz respeito à faixa etária dos beneficiários de planos e seguros de saúde. Como já foi dito no Capítulo 1, as operadoras não podem fazer “seleção de risco”, ou seja, não podem escolher seus clientes. Com a norma que regula a variação entre as faixas etárias, um plano que está sendo vendido por R\$ 112,00 (cento e doze reais) para os mais jovens terá de ser oferecido, obrigatoriamente, por no máximo R\$ 672,00 (seiscentos e setenta e dois reais), para os proponentes com 60 anos ou mais. Mas, mesmo assim, a prática poderia estar apontando para um quadro de beneficiários por faixa etária que demonstrasse que vendedores, mesmo que irregularmente, estariam selecionando a clientela por idade.

É interessante observar a Figura 3, a seguir, que compara a pirâmide etária brasileira com a dos usuários de planos e seguros de saúde, lembrando que, segundo dados da ANS, atualizados em 2009, o percentual de mulheres cobertas por plano de saúde gira em torno de 24%, maior do que o dos homens, que fica em 22%, sendo que mais de 60,8% das mulheres são beneficiárias dependentes, contra 42,5% dos homens cobertos como dependentes.

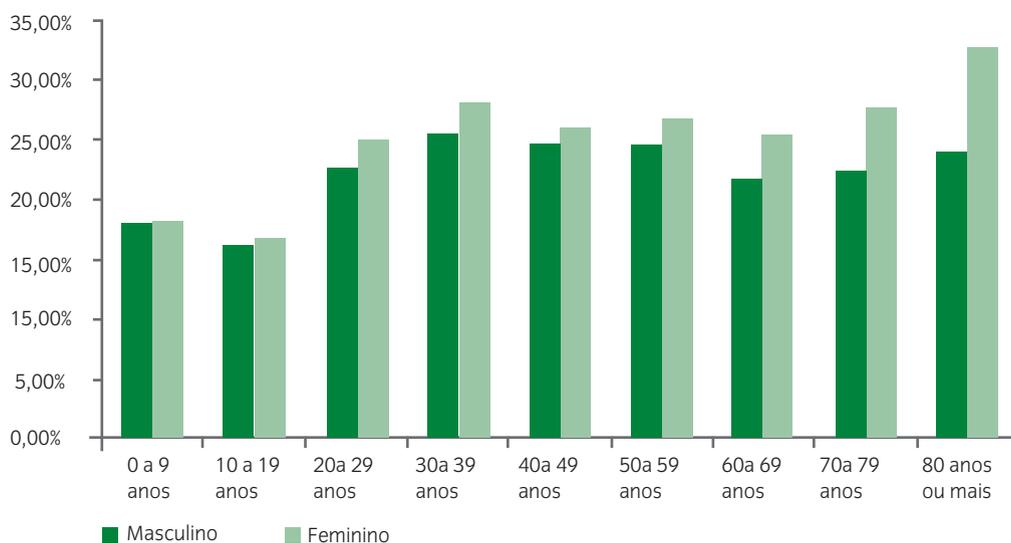
Figura 3 – PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE, BRASIL, 2009



FONTES: IBGE/Datasus/2009 e Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Pode-se perceber que as pirâmides exibem diferenças importantes em sua formação, sendo a mais evidente a relativa redução de usuários de planos ou seguros de saúde nas duas primeiras faixas etárias, isto é, até 19 anos. O próximo gráfico deixará esse ponto mais evidente.

Gráfico 6 – TAXA DE COBERTURA DOS PLANOS DE SAÚDE, POR SEXO E FAIXA ETÁRIA, BRASIL, 2009



FONTES: IBGE/Datasus/2009 e Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

As informações mostram que, na faixa etária acima de 80 anos, mais de 32% das mulheres brasileiras estão, de alguma forma, vinculadas a um plano ou seguro de saúde. As faixas etárias entre 20 e 69 anos mostram pouca variação entre os gêneros. As menores coberturas estão nas primeiras faixas etárias. Tal constatação, sem estudos complementares, diz pouco sobre a real situação atual. Outros estudos definindo a pirâmide etária para contratos novos e antigos e ainda em planos individuais ou coletivos são importantes. Esses desdobramentos têm sentido, se lembrarmos que a base econômica de sustentação dos planos individuais ou familiares é o regime de partição simples e que sua sustentação depende de um adequado equilíbrio no pacto intergeracional³⁸, em que parte da receita das primeiras faixas etárias deve ser utilizada exatamente para recompor as despesas das últimas faixas etárias. Tal lógica está apenas relacionada aos planos individuais e/ou familiares, razão pela qual o estudo diferenciando planos individuais e coletivos é importante.

No entanto, se houver desequilíbrio na adesão de usuários mais novos nas carteiras, todo o cálculo de financiamento pode necessitar de revisão. Estabelecer diretrizes e parâmetros claros para a precificação dos produtos é um dos desafios do órgão regulador, além de acompanhar, por meio das notas técnicas atuariais de registro, das pesquisas de

38_ É importante ter patente que a regulamentação do Consu, que estabeleceu a variação máxima entre as faixas etárias, é uma forma válida e importante de proteção ao idoso. O que se preconiza é o contínuo acompanhamento desse subsídio cruzado, de forma a que ele se mantenha adequado ao funcionamento do setor como um todo, em particular para o segmento de planos individuais.

preço e custo, o comportamento desse mercado. Mas não resta dúvida de que, somente agora, com o início da consolidação sistemática de informações, tais questões podem ser levantadas.

Não é possível falar em precificação sem abordar o problema da evolução da despesa assistencial, em especial no caso dos planos médico-hospitalares. Ao menos uma vez por ano, ocorre “reajuste de planos individuais”. Em síntese, para se abrir uma pequena explicação sobre os modelos, em geral, de reajustes de preços dos planos e seguros de saúde, pode-se adaptar parte da palestra de Maurício Lopes no 4º Ciclo de Oficinas da ANS, realizado em 19 de junho de 2002, em que o tema era “Regulação da Assistência Suplementar e Preços”.

Quadro 11 – CONTROLE DE REAJUSTES DOS PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE

	CONTROLE DE REAJUSTES BASEADO EM CUSTO	CONTROLE DE REAJUSTES BASEADO EM PREÇO	CONTROLE DE REAJUSTES POR INCENTIVOS
Sub-modelos	1. Custo marginal;		
	2. Taxa de retorno;	4. Price Cap.	5. Benchmark;
	3. Margem de lucro.		6. Yardstick

FONTE: Palestra – Maurício Lopes, 2002

Os modelos em debate³⁹ eram os citados em tópicos, como descritos acima:

- » Controle do reajustes pelo custo marginal de cada serviço/produto da empresa. Adição aos custos de margem, contendo uma taxa de retorno considerada adequada como custo de oportunidade. A empresa regulada pode escolher o nível de fornecimento, os insumos produtivos e as tarifas praticadas, desde que a margem operacional líquida (lucro) não ultrapasse o limite estabelecido.
- » Controle do reajustes pela fixação da margem de lucro a ser auferida pela empresa.
- » Fixação de um índice oficial de preços, deduzido de um percentual que corresponde à parte da produtividade obtida. Essa diferença compõe um percentual de reajuste que o regulador revê periodicamente junto à empresa regulada.
- » Seleção e comparação de medidas quantitativas do desempenho das firmas reguladas com as apresentadas por uma empresa referência “ótima” (eficiente).

39_ Para leitura integral consultar o Caderno do 4º Ciclo de Oficinas da ANS. Recomenda-se, ainda, o livro Fundamentos da economia da regulação, de Isaac Benjó, Editora Thex; o trabalho de SALLAI, A. L. e SANT’ANNA, A. P. (2003). Alternativas de regulação do setor de saúde no Brasil, UFF, Niterói. Disponível em: www.producao.uff.pr/rpep/relpeq703.

- » Seleção e comparação de medidas quantitativas do desempenho das firmas reguladas com as apresentadas por uma referência média proveniente do desempenho de empresas semelhantes.

Enquanto todos os modelos de regulação de preços baseados em custo têm como ponto em comum a transferência de custos para o contratante, os modelos por “incentivos” têm como ponto fraco a possibilidade, a ser monitorada, de redução na qualidade dos serviços⁴⁰ prestados. No caso do mercado brasileiro de saúde suplementar, a atual metodologia de reajuste aproxima-se muito da regulação de preços conhecida como yardstick. E a “referência média” utilizada é a média do aumento dos contratos coletivos, monitorado pela ANS. O mercado de contratos coletivos é excepcionalmente interessante para servir como uma referência, pois, como é muito competitivo, a margem, possível de repasse nos reajustes desses contratos, é bastante estreita, sendo que a possibilidade de repassar aumentos por conta de incremento no custo administrativo é praticamente nula. Isto é, a “eficiência alocativa” é maximizada, na medida em que a operadora deverá gerenciar com muita atenção seus custos, pela possibilidade de perder esses contratos para outra operadora. O mercado de planos coletivos, em especial os com patrocinador (antigos planos empresariais), ainda conta com o departamento de recursos humanos da própria empresa, que muitas vezes colabora com campanhas de prevenção de doenças e melhoria das condições de trabalho. Esses contratos têm outra característica importante, para servir de proxy para os planos individuais. Como existe maior liberdade de ajustes de preços durante o contrato, não há necessidade de estipular “preços defensivos” ou com margem predeterminada, para absorver eventuais aumentos de custos durante sua vigência. Isso aproxima ainda mais a variação, comunicada por contrato à ANS, da realidade do aumento do custo assistencial.

Como foi visto no Capítulo 1, existe variação na frequência de utilização entre planos coletivos e individuais, resultado da antisseleção e moral hazard. No entanto, o comportamento, na linha do tempo, desses dois grupos de contratos é bastante similar. Pode-se, então, afirmar que, sendo o custo unitário dos procedimentos em saúde essencialmente o mesmo e a variação de frequência também muito semelhante, a variação total obtida pela média dos reajustes auferida nos contratos coletivos espelhará a variação dos contratos de planos individuais. Essa é uma eficiente aproximação da variação do custo assistencial, pois, como já foi dito, é muito difícil uma empresa compradora de planos

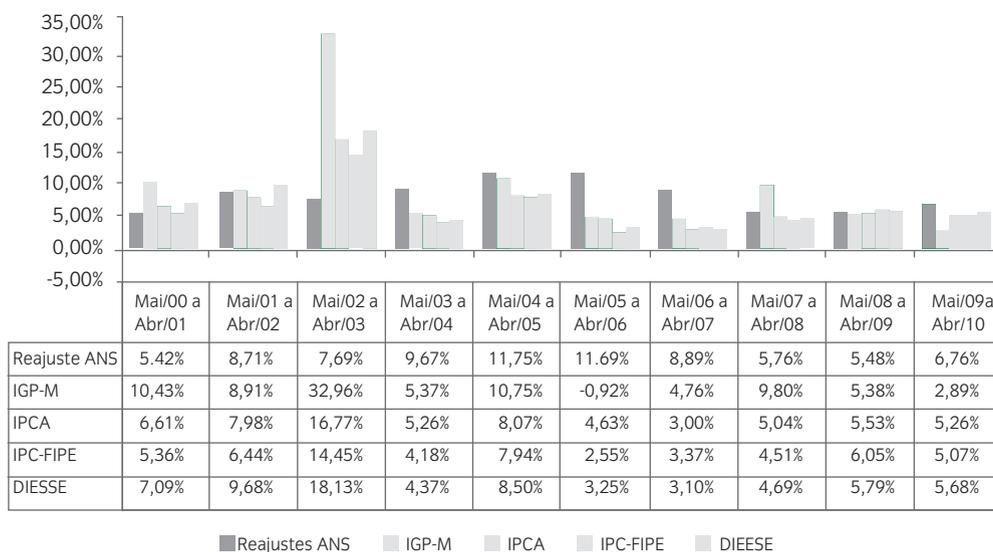
40_ Esta necessidade de monitoramento da qualidade dos serviços, resultado da implantação deste modelo de reajuste de preços, é mais uma justificativa da importância do Programa de Qualificação, a ser discutido adiante ainda neste Capítulo.

de saúde absorver o incremento ou a ineficiência administrativa de uma operadora de planos ou seguros de saúde.

É importante observar que, tradicionalmente, a chamada inflação médico-hospitalar é significativamente superior à inflação geral. Como exemplo, podemos citar, a título de comparação, que, em 2004, os planos de saúde nos Estados Unidos variaram, em média, 12%, enquanto a inflação medida pelo Consumer Price Index foi de 3,2%. Já em 2005 (2009), os planos de saúde variaram 8%⁴¹ e a inflação, 4,3%. Além disso, sabe-se que a espiral de custos nos modelos de atenção à saúde, especialmente aqueles baseados no pagamento por procedimentos, que valorizam os de alto custo e em que não há inflexão do atual modelo assistencial, é agenda de discussão em diversos países. De toda forma, no último ano, a base de dados de comunicados de reajuste de planos coletivos contou com variações de contraprestação pecuniária aplicadas a milhões de beneficiários, no período de abril de 2009 a março de 2010. A variação média ponderada por beneficiários atingiu 6,73%.

A evolução dos reajustes nos últimos anos pode ser vista nos próximos gráficos:

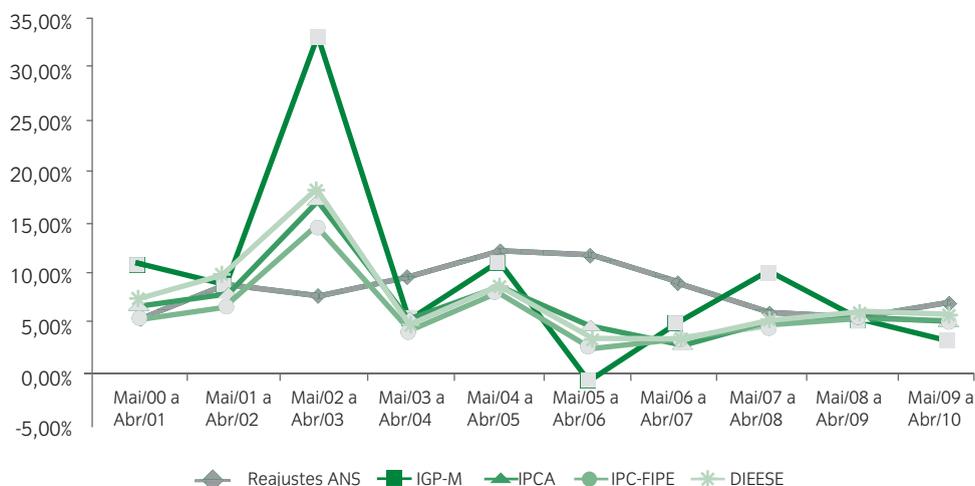
Gráfico 7 – COMPARATIVO DOS REAJUSTES AUTORIZADOS PELA ANS – ÍNDICES DE PREÇOS – PERÍODO DE APLICAÇÃO DO REAJUSTE



FONTE: IBGE, Fipe, FGV, Dieese e ANS

41_ A redução ocorreu em função das medidas agressivas de controle/redução dos custos por parte das empresas norte-americanas. Fonte: Health Care Cost Survey, elaborado pela Towers Perrin HR Services, 2006. Extraído da Nota Técnica da Gerência Geral Econômico-Financeira dos Produtos/Dipro/ANS.

Gráfico 8 – EVOLUÇÃO DE REAJUSTES AUTORIZADOS PELA ANS E ÍNDICES DE PREÇO

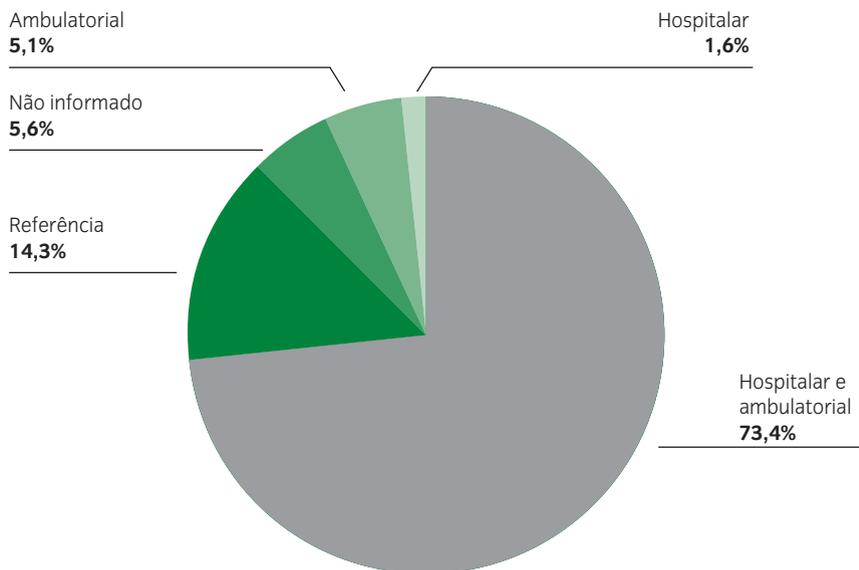


FONTE: IBGE, Fipe, FGV, Dieese e ANS

Ainda sobre essa metodologia de reajustes, destacam-se dois pontos:

- » A possibilidade de haver uma grande distorção por conta de uma possível variação nos tipos de contratos vendidos.
- » A necessidade de se aperfeiçoar e complementar a política de preços. Em relação ao primeiro item, podemos dizer, desde já, que a quantidade de planos ou seguros ambulatoriais e hospitalares, incluídos aí os “planos referência”, é muito mais significativa que a comercialização de planos somente hospitalares ou ambulatoriais, como se vê no Gráfico 9.

Gráfico 9 – BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE POR SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO, BRASIL, MARÇO 2010



FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Ressalte-se que os “não identificados” (que correspondem a 5,6%) do mercado, provavelmente são planos “antigos”, cuja classificação é difícil. Mas, do total de planos médico-hospitalares, 87,7% são planos que contêm assistência médica e ambulatorial. Em relação aos necessários aperfeiçoamentos, deve-se considerar o seguinte:

- » em tese, um modelo de regulação de preços do tipo “por incentivo”, ou yardstick, deve ter, de tempos em tempos, em lugar do reajuste anual pelo indicador de referência, uma análise pormenorizada da evolução real da estrutura de custos para cada firma – operadora de planos ou seguros, no caso. Tal avaliação deverá comparar a evolução real dos custos com os reajustes já autorizados, sendo, então, feitas correções no mesmo ano. Se a empresa teve um ajuste maior que a evolução real de seus custos, o ajuste deverá ser menor nesse ano, de forma a dividir com o consumidor o resultado por sua eficiência. Se, por outro lado, a evolução de custos for maior que a evolução do percentual autorizado, deverá ser feita a compensação. Tal medição, que talvez possa representar a “revisão técnica” que a Lei n. 9.961/00 dispõe, tem elevado o custo de transação, pois requer grande esforço de auditoria, preparação e depuração de informações, também por parte do órgão regulador;
- » a atual metodologia não leva em consideração o tipo de plano contratado dentro do mesmo segmento – ambulatorial ou hospitalar, por exemplo. É necessário que

se firme uma tipologia para classificação dos planos ou seguros de saúde. Estudos preliminares têm apontado que os grandes fatores para a diferenciação de preços entre os planos parecem ser a rede de prestadores e a regulação de acesso de cada plano. Quanto maior for a regulação de acesso, desde franquias ou coparticipações em eventos até direcionamento a certos prestadores e rotinas de pré-autorização, menor tende a ser o preço final do plano. Da mesma forma, quanto menor for o padrão de conforto e complexidade de certos hospitais em um plano, menor tende a ser seu preço. É ainda algo a ser investigado se a variação de custos efetiva em um plano, digamos, de livre escolha e com todos os hospitais ditos de primeira linha em São Paulo, tem a mesma variação de preços de outro plano que opere com menor rede de hospitais e intensiva regulação no acesso.

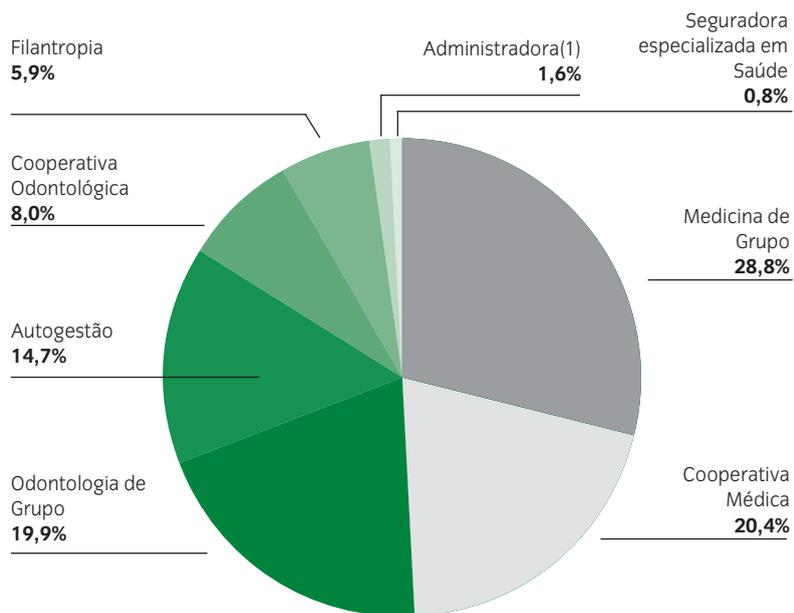
Outra dimensão importante na avaliação de um mercado de “concorrência imperfeita” e que demanda contínua avaliação são as questões relacionadas a mercado relevante, poder de mercado e grau de concentração de empresas. Essas importantes questões têm sido objeto de intensivo trabalho por parte do órgão regulador, mas sua discussão é complexa. Inicia-se pela definição do que seriam produtos concorrentes e chega à área geográfica a ser definida para o estudo concorrencial. Os exemplos dados dos planos individuais em São Paulo ilustram o que estamos afirmando: o plano com livre escolha e rede com hospitais de primeira linha não é concorrente direto do plano com menor rede e maior regulação de acesso. Portanto, há de se definir com maior precisão os mercados relevantes, isto é, que têm produtos equivalentes.

No entanto, é oportuno que dois dados sejam descritos: a divisão dos segmentos no setor e a curva ABC das mais de 1.658 operadoras⁴² ativas, em relação ao número de beneficiários.

42_ Fonte: ANS – Caderno de Informação Saúde Suplementar, junho de 2010.

Em relação aos diversos segmentos do setor, vê-se no Gráfico 10.

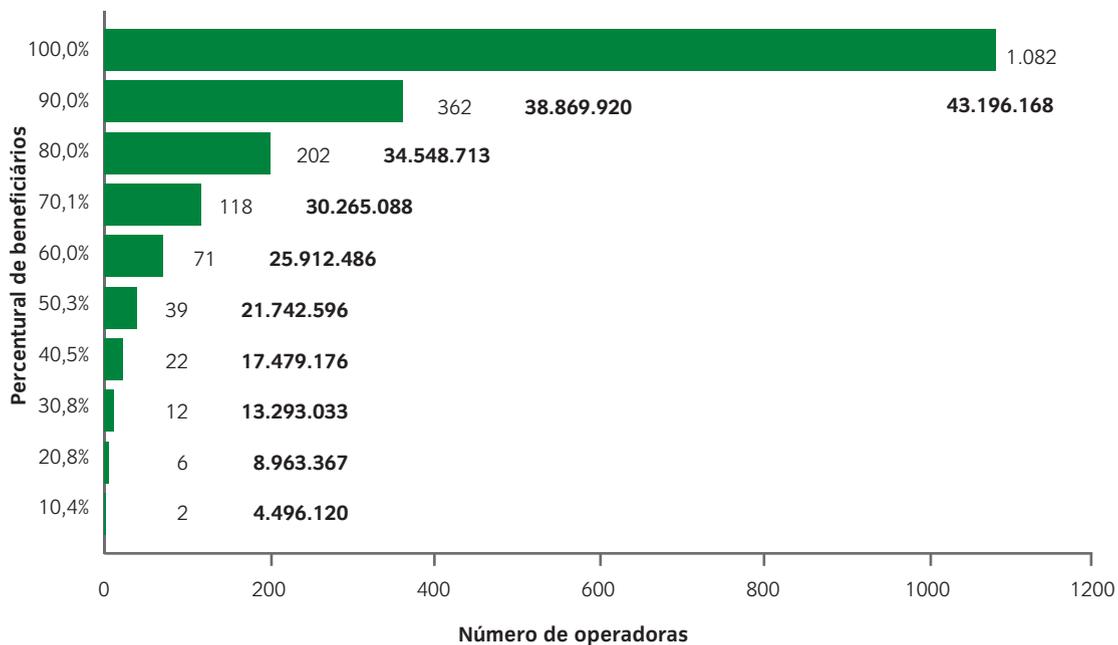
Gráfico 10 – DISTRIBUIÇÃO DAS OPERADORAS ATIVAS, POR MODALIDADE, BRASIL, MARÇO 2010



FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Na divisão do mercado, observa-se maior participação do segmento de medicina de grupo, historicamente mais antigo e numeroso. Sua evolução ao longo dos anos pode ser vista no Gráfico 11.

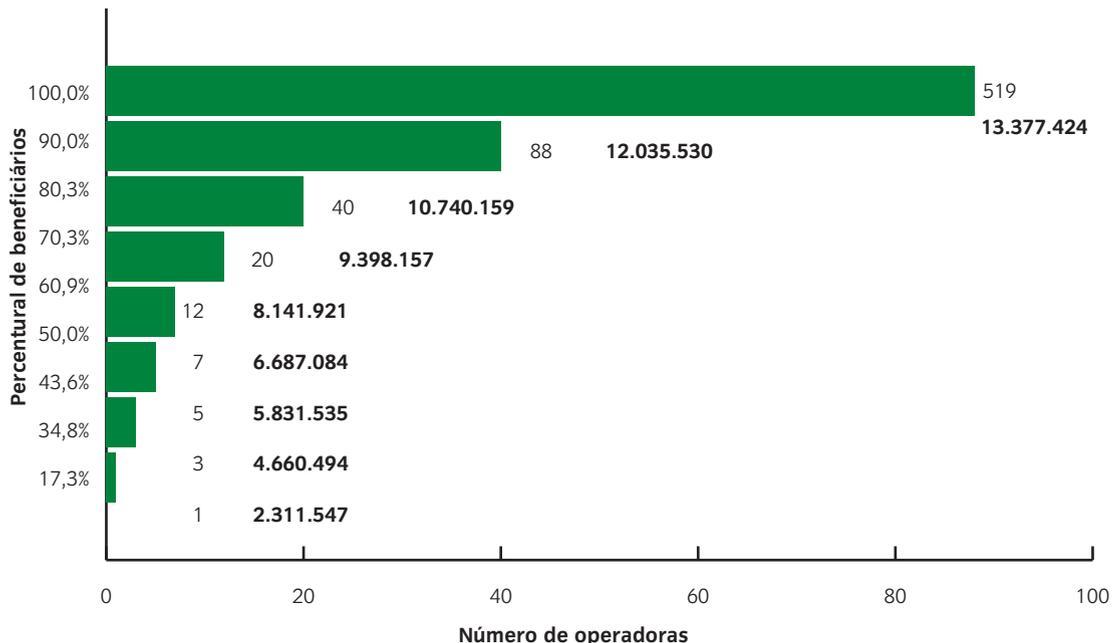
Gráfico 11 – DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE ENTRE AS OPERADORAS, BRASIL, MARÇO 2010



FONTES: Caderno de Informação Saúde Suplementar, junho 2010 (SIB/ANS/MS – 03/2010 e Cadop/ANS/MS – 03/2010)

Entre as operadoras exclusivamente odontológicas, 40 delas detêm mais de 80% dos beneficiários, conforme demonstrado no Gráfico 12.

Gráfico 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE ENTRE AS OPERADORAS, EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS, BRASIL, MARÇO 2010



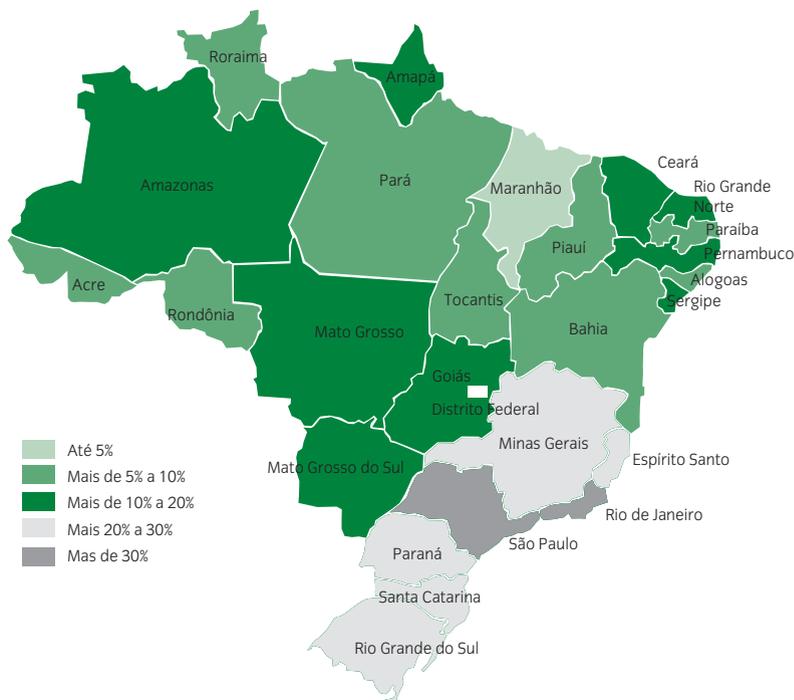
FONTES: Caderno de Informação Saúde Suplementar, junho 2010 (SIB/ANS/MS – 03/2010 e Cadop/ANS/MS – 03/2010)

Tais números são ainda insuficientes, enquanto não forem feitos estudos mais detalhados, envolvendo mercados relevantes e áreas geográficas de comercialização dos produtos. Mas, mesmo que não conclusiva, a observação do gráfico traz à tona a complexidade da questão: não é o fato de existirem 1.658 operadoras “ativas” (com beneficiários) que torna, por si só, o mercado concorrencial.

Finalizando este panorama setorial, é útil apresentar a dispersão de beneficiários de planos de saúde pelos diversos estados.

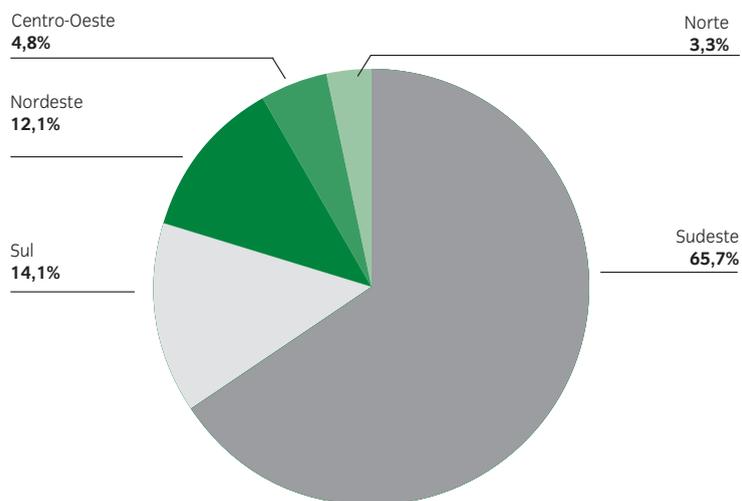
A seguir são apresentados dois mapas distintos: um, para planos com assistência médico-hospitalar; outro, para os planos exclusivamente odontológicos, além de gráficos ilustrando a distribuição percentual beneficiários nas grandes regiões do país e da análise financeira realizada pela ANS, o que nos dá, visualmente, uma ideia do que está ocorrendo.

Figura 4 – TAXA DE COBERTURA DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA POR UNIDADES DA FEDERAÇÃO, BRASIL, MARÇO 2010



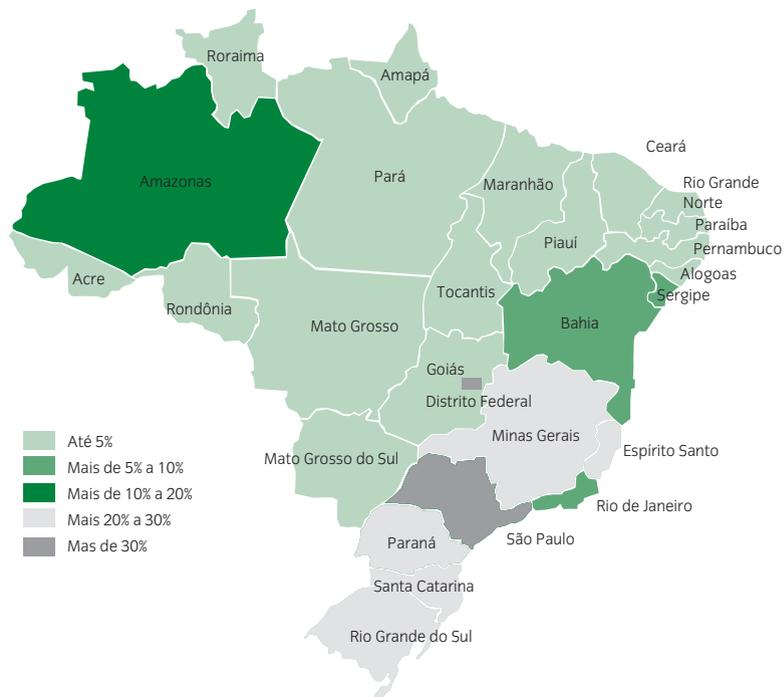
FONTES: SIB/ANS/MS – 03/2010 e População – IBGE/Datasus/2009

Gráfico 13 – BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, SEGUNDO GRANDES REGIÕES, BRASIL, MARÇO 2010



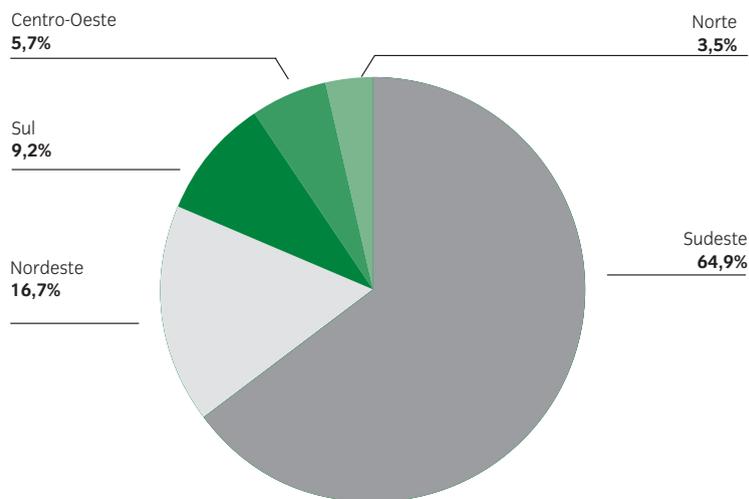
FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Figura 5 – TAXA DE COBERTURA DE PLANOS PRIVADOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS POR UNIDADES DA FEDERAÇÃO, BRASIL, MARÇO 2010



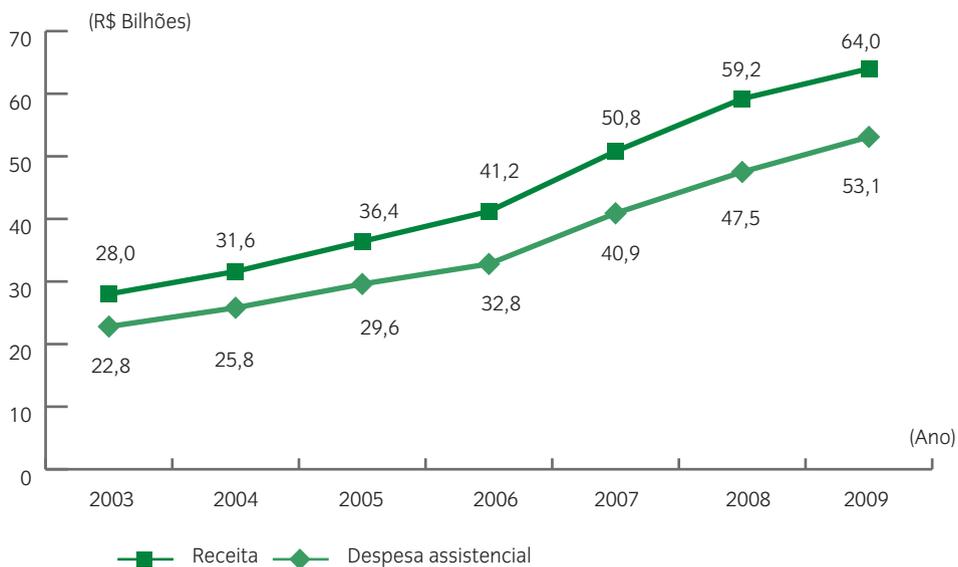
FONTES: SIB/ANS/MS – 03/2010 e População – IBGE/Datasus/2009

Gráfico 14 – BENEFICIÁRIOS DE PLANOS PRIVADOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS, SEGUNDO GRANDES REGIÕES, BRASIL, MARÇO 2010



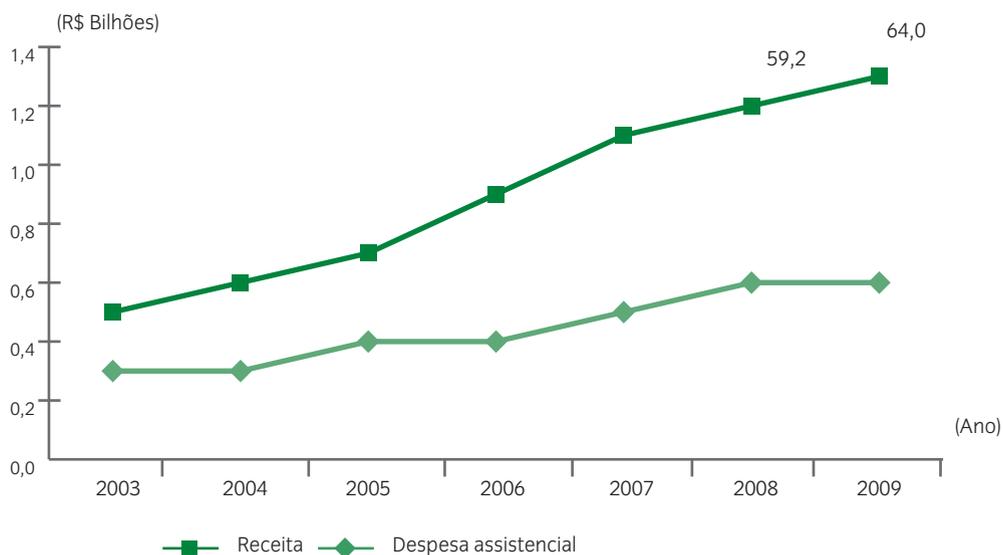
FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Gráfico 15 – RECEITA DE CONTRAPRESTAÇÕES E DESPESA ASSISTENCIAL DAS OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES, BRASIL, 2003-2009



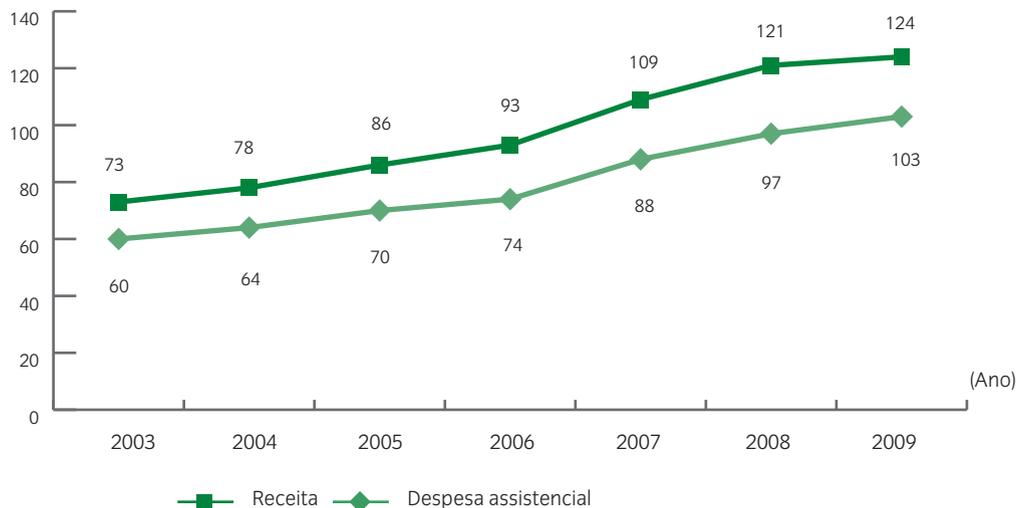
FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Gráfico 16 – RECEITA DE CONTRAPRESTAÇÕES E DESPESA ASSISTENCIAL DAS OPERADORAS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS, BRASIL, 2003-2009



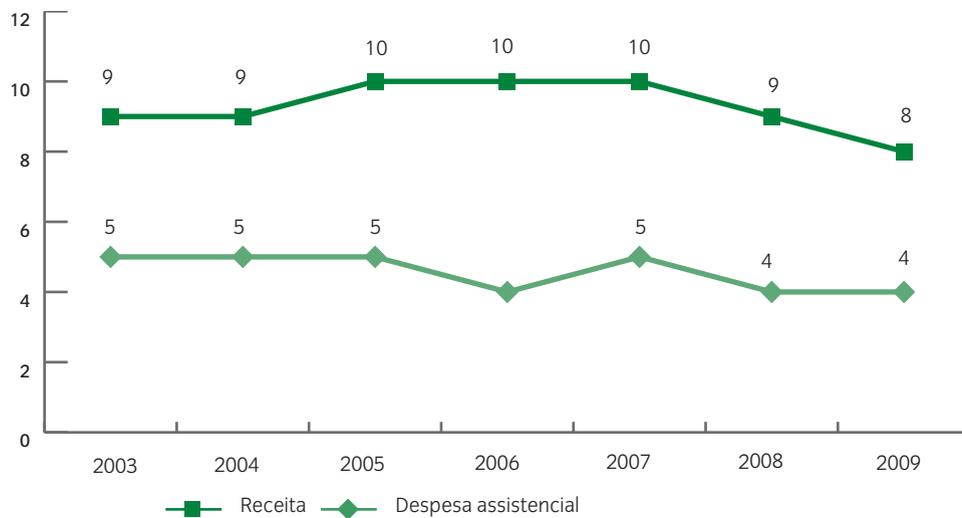
FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Gráfico 17 – DESPESA ASSISTENCIAL E RECEITA MÉDIA MENSAL POR BENEFICIÁRIO DE PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES, BRASIL, 2003-2009



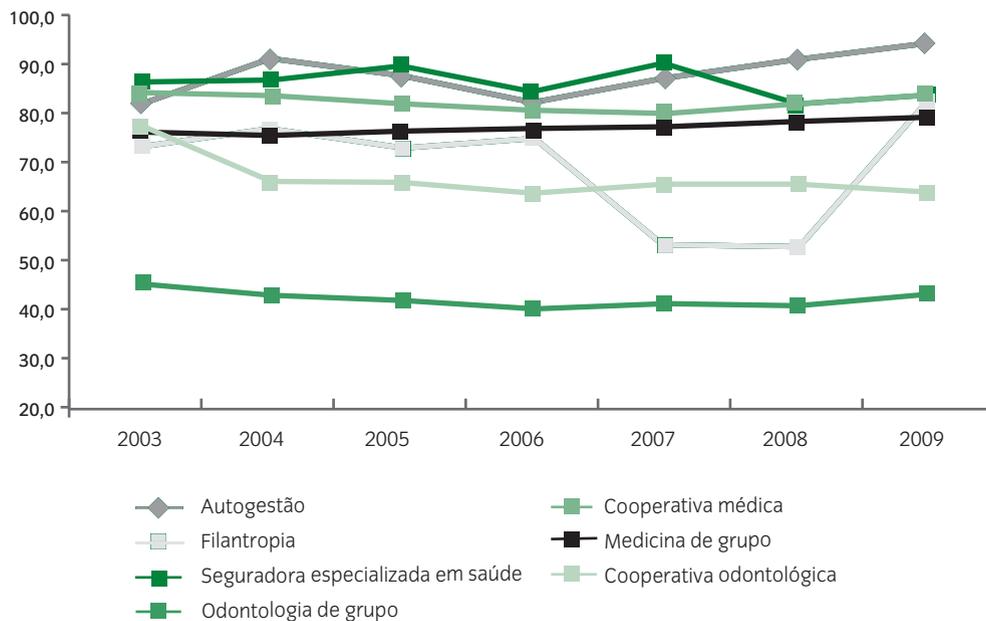
FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Gráfico 18 – DESPESA ASSISTENCIAL E RECEITA MÉDIA MENSAL POR BENEFICIÁRIO DE PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS, BRASIL, 2003-2009



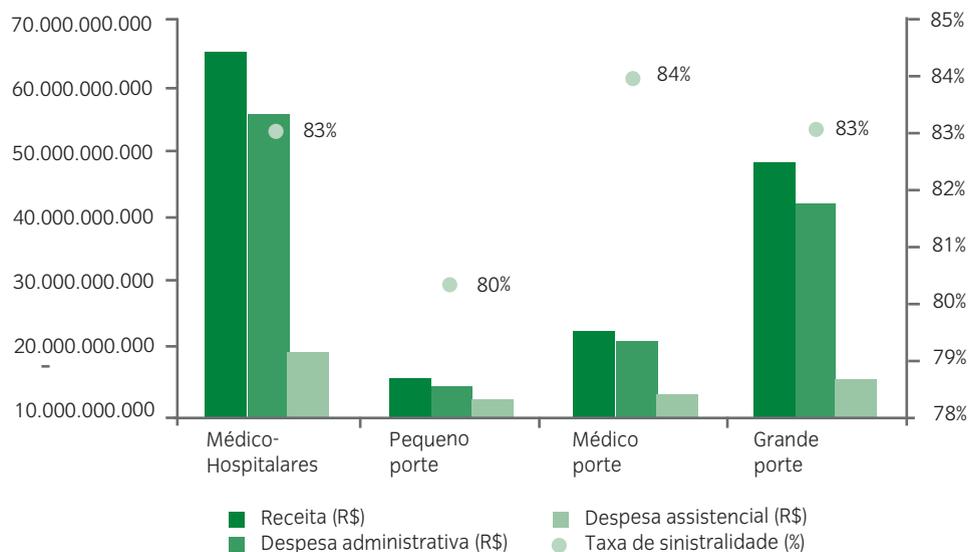
FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Gráfico 19 – TAXA DE SINISTRALIDADE DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE, POR MODALIDADE DA OPERADORA, BRASIL, 2003-2009



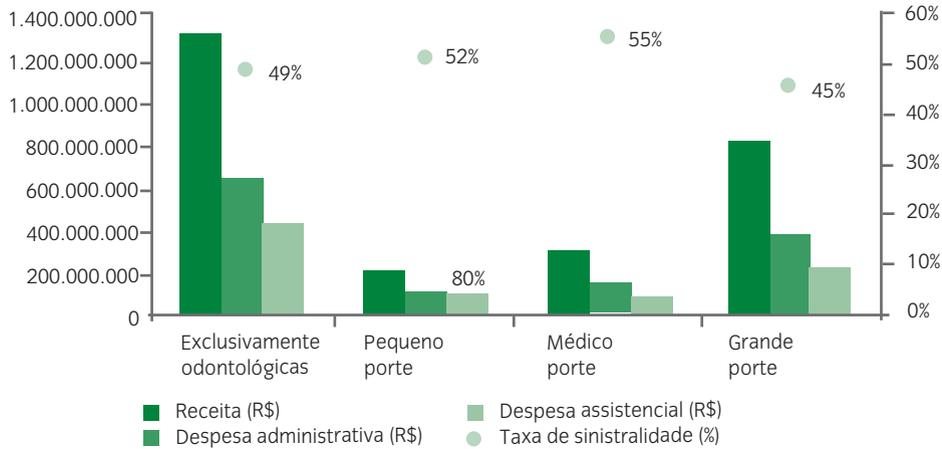
FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Gráfico 20 – RECEITA DE CONTRAPRESTAÇÕES E DESPESAS DAS OPERADORAS DE PLANOS MÉDICO-HOSPITALARES, SEGUNDO PORTE DA OPERADORA, BRASIL, 2009



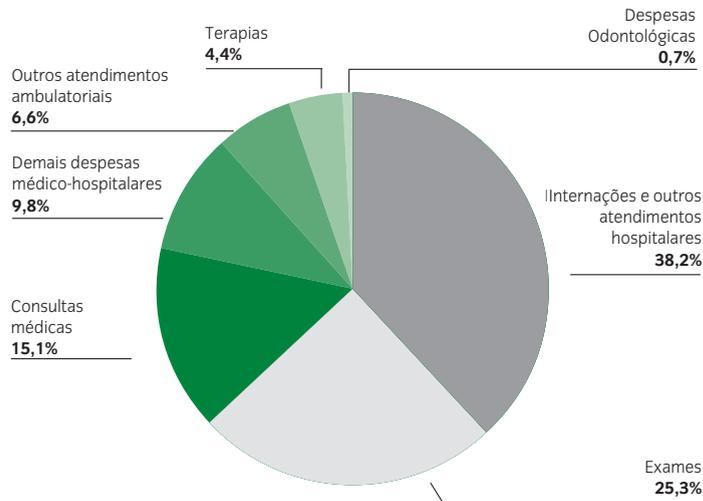
FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Gráfico 21 – RECEITA DE CONTRAPRESTAÇÕES E DESPESAS DAS OPERADORAS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS, SEGUNDO PORTE DA OPERADORA, BRASIL, 2009



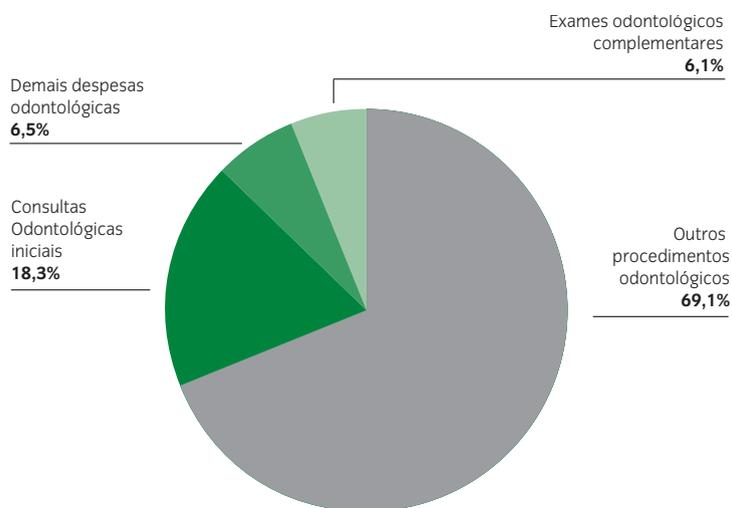
FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Gráfico 22 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA DESPESA ASSISTENCIAL DAS OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES, POR ITENS DE DESPESA, BRASIL, 2009



FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Gráfico 23 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA DESPESA ASSISTENCIAL DAS OPERADORAS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS, POR ITENS DE DESPESA, BRASIL, 2009



FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

2.3 A intervenção da ANS

2.3.1 Dimensão, fiscalização e informação

A ANS vem desenvolvendo e aprimorando inúmeros mecanismos voltados para a geração e a difusão de informações relativas ao setor de saúde suplementar, com a finalidade de estabelecer canais de comunicação com os atores do mercado.

A constituição de câmaras técnicas e a prática de consultas públicas acerca dos mais variados temas têm representado importantes instrumentos para aprofundamento e validação de questões relacionadas à regulamentação.

Para o esclarecimento de dúvidas específicas ou para o recebimento de denúncias dos beneficiários, foram criados o disque ANS – central de atendimento 0800, o portal da ANS na Internet e o correio eletrônico institucional, além dos mecanismos de comunicação tradicionalmente utilizados, como cartas, telefones, fax e atendimentos pessoais, tanto na sede da instituição quanto em seus núcleos regionais de fiscalização (Nurafs).

Existem, no país, 12 núcleos regionais, localizados nas cidades de Belém (PA), Recife (PE), Salvador (BA), Fortaleza (CE), Brasília (DF), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), São Paulo (SP), Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), Ribeirão Preto (SP) e Cuiabá (MT). A ANS tem sua sede localizada no Rio de Janeiro e conta, ainda, com um gabinete da presidência no DF.

Das ligações recebidas em 2008 pelo Disque ANS⁴³, 9% diziam respeito a 7.191 reclamações e, no ano de 2009, as reclamações aumentaram para 12% das consultas recebidas pela Agência, atingindo 12.861, elevando, portanto, o número de reclamações de planos de saúde, entre 2008 e 2009, em 78,85%⁴⁴. Esses atendimentos são classificados como:

- » consultas – representam os atendimentos finalizados no próprio Disque ANS e que representam atendimentos com resolução em até cinco dias⁴⁵;
- » denúncias – representam os atendimentos não solucionados de forma imediata pela Central de Atendimentos e que são encaminhados aos Nurafs para apuração.

Mais de 90% do total de atendimentos verificados são consultas, conforme o Quadro 12.

Quadro 12 – TOTAL DE ATENDIMENTOS DA CENTRAL DE RELACIONAMENTOS (CR) NO PERÍODO DE 2007 A 2008

MÍDIA	2007		2008	
	CONSULTA (%)	DENÚNCIA (%)	CONSULTA (%)	DENÚNCIA (%)
CR	50.335	4.623	302.518	11.261
SUBTOTAL	50.335(91,6)	4.623 (8,4)	302.518 (96,4)	11.261 (3,6)
TOTAL	54.958		313.779	

FONTE: Sistema Integrado de Fiscalização – SIF/ANS, 2009

O Quadro 13, a seguir, apresenta a categorização de temas aplicada aos atendimentos recebidos, discriminando o número de consultas e denúncias relacionadas a cada um desses temas.

43_ Setor criado em junho de 2001.

44_ Fonte: Notícias Idec (entrevista – ANS/2009).

45_ Como disposto na Resolução n. 7, de 29/07/2002, do Comitê Executivo do Governo Eletrônico, Capítulo III – “Da gestão dos elementos interativos dos sítios. Art. 8º – Quanto aos elementos de interação nos sítios de sua responsabilidade, os órgãos e as entidades da Administração Pública Federal implementarão. I – obrigatoriamente, serviço de comunicação direta do usuário com o órgão ou entidade denominado “Fale Conosco”, que: (...) b) responda, sempre que possível, às solicitações encaminhadas no prazo de cinco dias úteis, devendo o usuário ser informado quando esse prazo não puder ser observado; (...)

Quadro 13 – DEMANDAS RECEBIDAS NO DISQUE ANS POR TIPOS (CONSULTAS E DENÚNCIAS) E ANO DE ANÁLISE – 1/1/2006 A 9/7/2010

ANO	DEMANDAS		CONSULTAS		DENÚNCIAS	
	QUANTIDADE	%	QUANTIDADE	%	DENÚNCIAS	%
2006	116.358	23	108.698	25	7.660	12
2007	59.227	12	52.201	12	7.026	11
2008	116.099	23	100.431	23	15.668	25
2009	122.058	24	101.335	23	20.723	34
2010	89.874	18	79.511	18	10.363	17
TOTAL	503.616	100	442.176	100	61.440	100

FONTE: Sistema Integrado de Fiscalização, julho 2010

O último Relatório de Gestão da ANS, relativo ao ano de 2009, informa que 137.027 beneficiários acessaram o Disque ANS. Isto significa que o número de atendimentos representa quase o total de atendimentos referente aos anos de 2001, 2002 e 2003, que juntos somaram 160.000 atendimentos.

De acordo com o consolidado de 1º/1/2006 a 09/07/2010, apresentado pela Diretoria de Fiscalização, do total de 503.616 demandas acolhidas pelo Disque ANS, 442.176 são relativas a consultas distribuídas em diversos temas, e 61.440 são referentes a denúncias recebidas. Vide Quadro 14.

Quadro 14 – DEMANDAS RECEBIDAS NO DISQUE ANS POR TEMAS E TIPOS (CONSULTAS E DENÚNCIAS) – CONSOLIDADO DE 1/1/2006 A 9/7/2010

TEMAS	CONSULTAS		DENÚNCIAS		TOTAL	
	QUANTIDADE	%	QUANTIDADE	%	QUANTIDADE	%
Cobertura Assistencial	125.883	28,47	25.671	41,78	151.554	30,09
Operadoras e Planos de Saúde	62.907	14,23	3.451	5,62	66.358	13,18
Contrato e Regulamento	55.629	12,58	9.694	15,78	65.323	12,97
Aumento de Mensalidade	44.111	9,98	7.054	11,48	51.165	10,16
Outros	44.966	10,17	1.355	2,2	46.301	9,19
ANS	26.452	5,98	93	0,15	26.545	5,27
Rede Prestadora	12.432	2,81	6.764	11,01	19.196	3,81
Carência	16.822	3,8	409	0,67	17.231	3,42
Aposentados, exonerados demitidos	10.948	2,48	508	0,83	11.476	2,28
Mecanismo de Regulação	8.179	1,85	2.159	3,51	10.338	2,05

Doença e lesão preexistente	8.809	1,99	1.474	2,4	10.283	2,04
Reembolso	6.747	1,52	1.859	3,03	8.606	1,71
Portabilidade	8.264	1,87	199	0,32	8.463	1,68
Urgência e emergência	3.446	0,78	454	0,74	3.900	0,77
Internação	2.116	0,48	178	0,29	2.294	0,46
Tipo de Abrangência	2.194	0,5	85	0,14	2.279	0,45
Sugestão e críticas	1.762	0,4	-	0	1.762	0,35
SUS	509	0,12	33	0,05	542	0,12
TOTAL	442.176	100	61.440	100	503.616	100

NOTA: O tema Portabilidade foi incluído no Disque ANS em 2009. No tema “Outros” são consideradas majoritariamente as categorias “tema não informado”, “temática nova” e “consultas a processos”.

FONTE: Sistema Integrado de Fiscalização, julho 2010

Todas as denúncias geram processos administrativos e são apuradas, podendo ser concluídas por arquivamento, quando o resultado das diligências considera a denúncia improcedente, ou acarretar a autuação da operadora ou seguradora alvo da denúncia.

É interessante ressaltar que muitas vezes os órgãos de defesa do consumidor – os Procons – utilizam o atendimento do Disque ANS. Agora, só para ter uma visão das reclamações contra as operadoras, a ANS divulgou em seu portal o último levantamento, relativo ao período de novembro de 2009 a abril de 2010, quando se pode observar que o índice acumulado ficou em 4,58% – vide a seguir:

Quadro 15 – ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

GRUPO	ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES					
	ABR/10	MAR/10	FEV/10	JAN/10	DEZ/09	NOV/09
Setor de saúde suplementar	0,29	0,35	0,23	0,31	0,24	0,29
Operadoras de grande porte	0,31	0,37	0,24	0,32	0,26	0,29
Operadoras de médio porte	0,26	0,3	0,2	0,29	0,21	0,31
Operadoras de pequeno porte	0,26	0,3	0,23	0,3	0,2	0,27

FONTE: ANS/Difis

Foi criado, no ano de 2004, um grupo técnico específico voltado para agilizar as análises de denúncias recebidas, com indícios de infração à legislação, seja via Disque ANS, seja via Ministério Público, Ministério da Saúde, Poder Judiciário e órgãos de defesa do consumidor. E, a partir de 2008, a ANS firmou vários convênios e fez reuniões com os Procons.

Existe, também, a área de atendimento telefônico específico para operadoras de planos de assistência, a Central de Atendimento de Operadoras ou Disque Operadoras, que recebe uma média mensal de 3.000 demandas.

2.3.1.1 FISCALIZAÇÃO E MONITORAMENTO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Para desenvolver a fiscalização econômico-financeira e médico-assistencial das operadoras, apoiar os beneficiários de planos de saúde e desenvolver parcerias com os órgãos de defesa do consumidor, a ANS utiliza inúmeras estratégias voltadas para agilização e controle de todo o processo de fiscalização – componente fundamental da regulação do setor.

A ANS, para desempenhar essas ações de fiscalização, vem elaborando, desde sua criação, uma série de resoluções e instruções normativas a serem praticadas pelo mercado. Grosso modo, existem dois grandes blocos de medidas estratégicas: o primeiro, constituído por medidas de cunho preventivo: são os processos de ajuste acordados entre a ANS e as operadoras de planos de saúde. O segundo, constituído pelos regimes especiais: direção técnica e fiscal. São medidas de cunho preventivo: onde entra o plano de recuperação. Pela expressão técnica do glossário temático utilizado pela Agência, estes são identificados como:

- » Plano de recuperação – instrumento que a operadora submete à análise da ANS, em que se compromete a implementar atividades voltadas a sua recuperação econômico-financeira, com prazos e metas pactuados.
- » Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC) – é um acordo celebrado entre a ANS e as operadoras, em que estas se comprometem a corrigir ou cessar práticas consideradas irregulares, que contrariem a legislação vigente ou que possam comprometer o mercado de saúde suplementar.
- » Direção Fiscal – processo instaurado pela ANS quando as empresas descumprem algum dos processos de ajuste ou sempre que são detectadas insuficiências das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde.
- » Direção Técnica – processo de monitoramento das anormalidades administrativas detectadas nas operadoras em face da qualidade do atendimento aos consumidores e de outros aspectos assistenciais.

O número de instauração de Direção Fiscal e Direção Técnica no ano de 2004 foi de

20, e no ano de 2005, foram instauradas 30; já em 2009 tinha-se o seguinte panorama para os Regimes Especiais:

- » Direções Fiscais
 - › instaurações no ano: 99
 - › em andamento no início do ano: 52
 - › em andamento no fim do ano: 130
 - › encerrados com cancelamento do registro da operadora: 06
 - › encerrados com a decretação da liquidação extrajudicial: 12
- » Direções Técnicas
 - › instaurações no ano: 2, concomitantemente com Direção Fiscal
 - › em andamento no início do ano: 6
 - › encerrados com a decretação da liquidação extrajudicial: 1
- » Liquidação Extrajudicial
 - › liquidações em andamento no ano: 77
 - › liquidações iniciadas no ano: 14
 - › liquidações revogadas no ano: 3
 - › falências decretadas no ano: 14

Segundo informação da ANS, o ano de 2009 apresentou um número significativamente maior de instauração de direções fiscais, demonstrando um rigor cada vez maior em relação aos atos normativos publicados e seu respectivo acompanhamento. Portanto, quando nenhuma das medidas para saneamento surte efeito, é decretada a liquidação da empresa. Nos casos das liquidações extrajudiciais decretadas, a ANS orienta a absorção da carteira pelo mercado, a fim de evitar prejuízo à continuidade da assistência aos beneficiários afetados.

A ANS desenvolve, ainda, dois projetos voltados para a fiscalização das operadoras de planos de saúde, denominados “Cidadania Ativa” e “Olho Vivo”, respectivamente. Esses programas não se restringem somente à fiscalização de caráter punitivo, na medida em que atuam também como instrumento de transformação de comportamento do mercado, pretendendo estabelecer novos padrões de conduta das operadoras, tanto no que diz respeito ao cumprimento das normas de regulação do setor quanto ao desenvolvimento de ações que priorizem e respeitem os beneficiários/consumidores.

As fiscalizações realizadas pela ANS podem ser ainda reativas ou descentralizadas

(Quadro 16), quando oriundas de denúncias do consumidor ou de instituições como o Ministério Público, órgãos de defesa do consumidor, entre outros, e planejadas ou proativas, quando realizadas por amostra decorrente de índices de risco de operadoras.

Quadro 16 – FISCALIZAÇÕES DESCENTRALIZADAS

ORIGEM DAS DEMANDAS	2003		2004		2005	
	QUANT.	%	QUANT.	%	QUANT.	%
Disque ANS	7.853	72,59	11.126	64,13	2.085	78,38
Atendimento pessoal	2.965	27,41	5.790	33,37	553	20,79
Outros	0	0,00	433	2,50	22	0,83
TOTAL	10.818	100,00	17.349	100,00	2.660	100,00

FONTES: Diretoria de Fiscalização da ANS

É importante ressaltar que muitas outras fiscalizações podem ser realizadas para apuração de denúncias recebidas por meio das demais diretorias que compõem a ANS.

Outra medida desenvolvida pela ANS, voltada para o monitoramento de operadoras, é o índice médio de reclamações do setor de saúde suplementar, que é calculado a partir da relação entre o total de reclamações com indício de irregularidade registrada no Disque ANS para uma determinada operadora e o total de beneficiários cadastrados na operadora, em um determinado período. O índice é obtido a partir do cruzamento da listagem das operadoras que enviaram dados cadastrais de beneficiários com os quantitativos de reclamações de beneficiários por operadora. Os índices são divulgados por meio do site da ANS, agrupadas da seguinte forma:

- » operadoras com índice de reclamações acima da média do setor;
- » operadoras com índice de reclamações abaixo da média do setor;
- » operadoras sem reclamações no período analisado.

Além das informações do mês de referência, são exibidos, ainda, os índices e as médias acumuladas durante o ano e no ano anterior.

Da divulgação feita no primeiro semestre pela ANS, num total de 295 operadoras, que tiveram reclamações de beneficiários analisadas, 40,34% das reclamações são relativas às operadoras de médio porte, contra 30,17% das de grande porte, e 29,49% para as operadoras de pequeno porte. Vide Tabela abaixo, referente ao número de operadoras analisadas e beneficiários:

Tabela 3 – ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES POR PORTE DAS OPERADORAS E NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS

GRUPO	OPERADORAS	%	BENEFICIÁRIOS	%
Operadoras com reclamações	295	20,91	42.069.429	74,39
Operadoras de grande porte com reclamações	89	30,17	35.540.296	84,48
Operadoras de médio porte com reclamações	119	40,34	5.680.739	13,50
Operadoras de pequeno porte com reclamações	87	29,49	848.394	2,02
Operadoras sem reclamações	1.116	79,09	14.485.096	25,61

FONTE: ANS/Difis

2.3.1.2 PROJETO OLHO VIVO

O projeto traz a ideia de uma ação de vigilância constante e ampla do funcionamento das operadoras, de caráter preventivo e pedagógico, em que o resultado esperado é a transformação das condutas das operadoras, a partir de uma maior percepção e amplitude de suas responsabilidades.

As fiscalizações geradas pelo projeto Olho Vivo têm uma característica que as diferencia das anteriormente descritas – são proativas, isto é, são fiscalizações planejadas e executadas de forma continuada, com o objetivo de verificar o equilíbrio econômico-financeiro, a conformidade legal e o padrão de qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras. Em 2004 foram totalizadas 207 ações de fiscalização.

O programa Olho Vivo, dentro do processo fiscalizatório, encontrou uma nova forma de interferir nas práticas de mercado e proteger os direitos dos beneficiários, consolidando assim maior interação com os órgãos de defesa do consumidor, de forma a aumentar a capilaridade da ANS. As ações por parte da ANS são:

1. buscar conhecimento das demandas locais dos órgãos de defesa do consumidor;
2. consolidar a relação com órgãos do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor e Centrais Sindicais;
3. implantar mecanismos de avaliação da satisfação dos cidadãos com o atendimento realizado pela Central de Relacionamento da Agência.

2.3.1.3 PROJETO PARCEIROS DA CIDADANIA

O projeto foi elaborado no ano de 2003 e tem como objetivo promover o aperfeiçoamento e a racionalização das atividades dos órgãos que compõem o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, no que diz respeito ao atendimento dos consumidores de planos de saúde.

A ANS entende que, a partir da integração e da uniformização de entendimentos acerca da legislação vigente e do fortalecimento do papel institucional de cada uma das entidades parceiras, haverá melhoria dos serviços oferecidos aos consumidores, com resultados concretos que possam coibir práticas infracionais contrárias ao interesse da população. A uniformização de entendimentos entre as instituições parceiras foi de fundamental importância para a estabilidade do mercado e para a segurança dos beneficiários de planos de saúde, possibilitando a difusão, junto à população e à mídia, do trabalho e dos serviços oferecidos pelo órgão regulador, a ANS, e permitindo que os órgãos de defesa do consumidor forneçam cada vez mais serviços especializados em saúde suplementar.

Vários encontros foram promovidos, cuja clientela é constituída por técnicos de instituições especializadas em defesa do consumidor, com atuação nas esferas públicas municipais e estaduais, como Procons, Ministério Público, Defensoria Pública, Delegacia do Consumidor, Comissão de Defesa do Consumidor e entidades civis. Já participaram desses eventos cerca de 300 diferentes instituições, abrangendo diversos municípios dos oito estados parceiros que sediaram os encontros regionais.

Assim, o projeto tem possibilitado um intercâmbio de informações entre os técnicos dos diversos órgãos, levando a um maior entendimento de questões técnicas e jurídicas, criando um ambiente propício ao diálogo e à participação efetiva na busca de soluções de problemas comuns.

Quadro 17 – ACORDOS CELEBRADOS NO ÂMBITO DO PROGRAMA PARCEIROS DA CIDADANIA, 2007-2009

ACORDO DE COOPERAÇÃO	SNDC	CENTRAIS SINDICAIS	DEFENSORIAS PÚBLICAS	TOTAL
2007	2	3	-	5
2008	9	3	-	12
2009	5	-	1	6
TOTAL	16	6	1	23

FONTE: Relatório de Gestão ANS, janeiro 2004 a abril 2010

2.3.2 Dimensão, regulação e indução

A publicação dos dispositivos legais que instituíram a regulação por parte do Estado do setor de saúde suplementar e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar possibilitaram maior conhecimento do setor com definição dos critérios de entrada das operadoras no mercado de planos e seguros saúde. Neste contexto, apesar da existência

de inúmeros “conflitos de interesses” entre os diversos atores sociais envolvidos – operadoras, prestadores, beneficiários e a própria ANS – em dezembro de 2004 foi apresentado o projeto de qualificação da saúde suplementar, cujo objetivo principal é tornar o setor mais competitivo e transformar operadoras de plano e seguros de saúde em gestores de saúde; prestadores de serviços, em produtores de cuidados à saúde; e beneficiários, em usuários com consciência sanitária.

A proposta de avaliação da qualidade da saúde suplementar tem como eixos norteadores:

- » a avaliação da estrutura e do processo de produção das ações de saúde, assim como o impacto dessas ações na população beneficiária;
- » a perspectiva de sistema;
- » a avaliação sistemática e progressiva de indicadores, com explicitação dos critérios utilizados para sua construção.

O programa foi estruturado a partir de dois componentes: um de avaliação da qualidade das operadoras e outro de avaliação da qualidade institucional. O componente de qualificação das operadoras pretende induzir que o setor de saúde suplementar opere de forma equilibrada e ágil, com informações consistentes e oferta de serviços adequada aos seus beneficiários.

A ênfase na qualidade da atenção à saúde adotada pela ANS representa uma iniciativa do órgão regulador de integração de ações com o Ministério da Saúde, caracterizando uma estratégia para a modificação do modelo de saúde vigente, visando à organização da rede de saúde suplementar a partir do dimensionamento das necessidades de saúde dos beneficiários dos planos de saúde, pautada nos princípios do acesso, da integralidade e da resolubilidade.

Este caminho pode contribuir para o estabelecimento de novos processos e novas práticas de micro e macrorregulação. A avaliação dos resultados obtidos possibilita que a ANS monitore o desempenho de cada uma das operadoras que comercializam planos e seguros de saúde e do setor como um todo. Além disso, a divulgação e a publicação periódica dos resultados tornam mais transparente o processo de prestação de serviços, como estimulam a melhoria da qualidade e do desempenho da saúde suplementar.

Já no componente de qualidade institucional, a ANS definiu a necessidade do aprimoramento contínuo do processo de trabalho, comprometendo-se com a eficiência e a efetividade da regulação desenvolvida e responsabilizando-se pelo cumprimento de sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na atenção suplementar à saúde. Neste sentido, torna-se imprescindível, para a qualificação institucional o

acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas pela ANS, mensuradas por meio de indicadores de processo e de resultados capazes de dimensionar sua eficácia, seu custo e sua efetividade. Maiores informações a respeito do componente Qualificação Institucional podem ser obtidas no sítio da ANS: <http://www.ans.gov.br/>.

2.3.2.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS OPERADORAS

A avaliação da qualidade das operadoras é feita por meio de quatro dimensões, que são de avaliadas por meio de indicadores⁴⁶ que devem guardar características referentes à sensibilidade, objetividade e confiabilidade, constituindo-se em indicadores de monitoramento: (i) dos aspectos de atenção à saúde dos planos de saúde; (ii) do desempenho econômico-financeiro dos planos de saúde; (iii) de aspectos de estrutura e operação dos planos de saúde; e (iv) da satisfação dos beneficiários quanto aos serviços prestados.

I. Qualidade da atenção à saúde – dimensão que deve avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados de saúde, buscando identificar o impacto das ações de saúde em suas condições de vida.

II. Qualidade econômico-financeira – dimensão que deve identificar a situação econômico-financeira da operadora frente à manutenção dos contratos assumidos, em acordo com a legislação vigente.

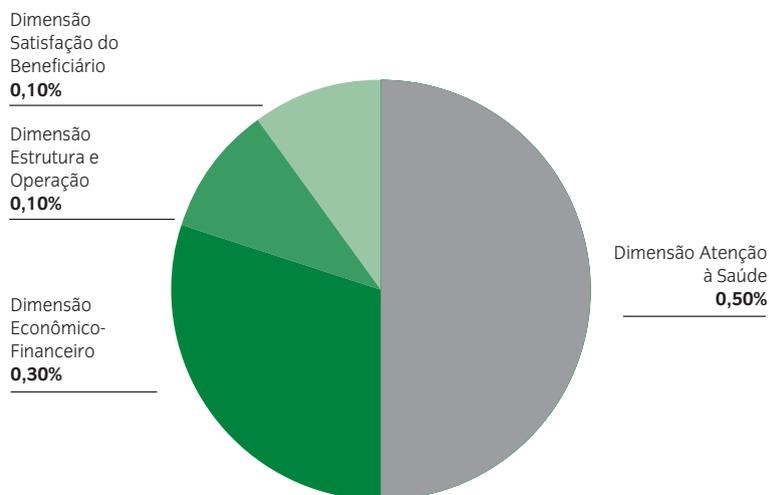
III. Qualidade de estrutura e operação – dimensão que deve identificar o modus operandi das operadoras.

IV. Satisfação dos beneficiários – dimensão que deve identificar a visão dos usuários quanto ao cumprimento do estabelecido nos contratos com a operadora.

Para finalizar, registramos que o componente de Qualificação das Operadoras avalia o seu desempenho, por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Este índice varia de zero a um, sendo que 50% é dado pelo Índice de Desempenho da Atenção à Saúde (Idas); 30% pelo Índice de Desempenho Econômico-Financeiro (Idef); 10% pelo Índice de Desempenho de Estrutura e Operação (Ideo) e 10% pelo Índice de Desempenho da Satisfação dos Beneficiários (IDSB), conforme demonstrado abaixo. Cada um desses índices é medido por um grupo de indicadores. O resultado do índice de desempenho de cada dimensão é dado pelo quociente entre a soma dos pontos obtidos pela operadora, em cada indicador, e a soma do máximo de pontos possíveis de todos os indicadores específicos daquele índice que foram aplicados à operadora avaliada.

46_ A dimensão assistencial é avaliada como indicador composto, contendo indicadores da qualidade dos serviços prestados, como materno-infantil, oncologia, odontologia, atenção a doenças crônicas, entre outros. Fonte de dados: Sistema de Informação de Produtos (SIP).

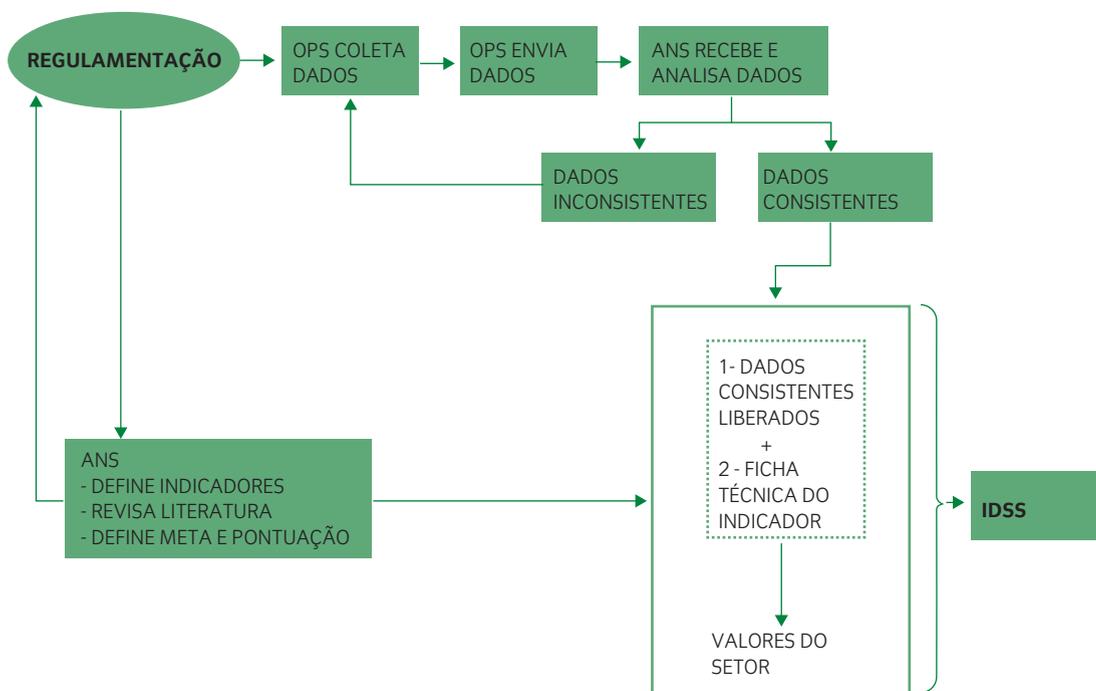
Figura 6 – DIMENSÕES DO IDSS



FONTE: ANS – Qualificação da Saúde Suplementar – nova perspectiva no processo de regulação

Para conhecimento, a Figura 7, abaixo, mostra as etapas do processamento do IDSS, o que dá uma visão geral da elaboração do IDSS.

Figura 7 – VISÃO GERAL DA ELABORAÇÃO DO IDSS



FONTE: ANS – Qualificação da Saúde Suplementar – nova perspectiva no processo de regulação

Portanto, a qualificação da saúde suplementar reúne simultaneamente o conjunto de políticas, diretrizes e ações, em relação ao mercado, tendo como componente principal a capacidade de qualificar as operadoras e a própria agência reguladora, que registrou em um de seus Relatórios de Gestão que:

A avaliação da qualidade do setor da saúde suplementar, pela medição do desempenho das operadoras e da ANS, deve ser capaz de contribuir para a análise da situação do setor e de sua capacidade de produção de saúde, ao mesmo tempo em que deve ter agilidade para indicar as mudanças necessárias, tendo em vista a melhoria dos níveis de saúde da população brasileira coberta por planos privados de saúde.

Fechando este tema, fica evidenciado, pelos informativos da ANS, que a edição 2008 do programa de qualificação, no componente Operadora, registrou 31 indicadores, dois a menos que a edição de 2007, devido ao aperfeiçoamento nos critérios de pontuação de determinados indicadores, o que tornou possível, em 2009, que a Diretoria de Gestão/ANS (Diges) avaliasse a qualidade das operadoras em termos assistenciais, econômico-financeiros, operacionais e de satisfação dos beneficiários, além do desempenho geral.

Os resultados obtidos a partir da avaliação das operadoras foram divulgados pela ANS em maio e dezembro de 2005 (primeira fase), em setembro de 2006 (segunda fase), em 2007 (terceira fase), em agosto de 2008 (quarta fase).

2.3.2.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE INSTITUCIONAL

A avaliação do componente da qualidade institucional para a ANS configura-se como um componente necessário ao processo de qualificação da saúde suplementar. Para Donabedian (1980), a avaliação da qualidade pressupõe a relação entre meios e fins. Os meios são as estratégias utilizadas para alcançar as mudanças desejadas e o fim é o impacto produzido por essas estratégias.

O desempenho institucional foi entendido como a capacidade do governo de formular políticas, planejar e implementar projetos, por meio do uso eficiente e eficaz dos recursos (materiais, financeiros, humanos e cognitivos), promovendo maior responsabilidade pública na regulação da saúde suplementar no Brasil.

Para a ANS, o grande desafio é a institucionalização da prática do monitoramento e da avaliação, integrando as atividades analíticas às de gestão, tendo como base o planejamento estratégico, a programação e a gestão da informação.

Foram previstas duas fases para implantação da avaliação da qualidade institucional. A primeira fase apresenta indicadores relativos ao ano de 2004 e a segunda, indicadores relativos ao ano de 2005.

A avaliação de desempenho da ANS está sendo feita de forma global a partir da aferição do conjunto de indicadores propostos para cada fase, considerando que os mesmos têm governabilidade interna que refletem diferentes dimensões do projeto implementado pela ANS.

As dimensões utilizadas na avaliação são: (i) Implementação de processos regulatórios – PR; (ii) Desenvolvimento institucional – DI; e (iii) Imagem institucional – II.

A pertinência das três dimensões foi analisada a partir da articulação e compatibilização de outros indicadores, relativos ao contrato de gestão, firmado com o Ministério da Saúde para o ano de 2005, ao planejamento estratégico da agência, aos acordos de cooperação técnica firmados com organismos internacionais, como PNUD e Unesco, e ao próprio projeto de qualificação institucional, de tal forma que os indicadores não se superpussem e pudessem refletir diferentes momentos do processo organizativo da instituição.

O índice de desempenho institucional é calculado a partir do somatório dos valores obtidos nas três dimensões de análise do componente de qualificação institucional, ponderadas da seguinte forma: 45% – PR; 35% – DI e 20% – II, variando de zero a um.

A Diges apresentou em 2008 à Diretoria Colegiada, considerando o valor do componente Qualificação Institucional na perspectiva de melhoria da capacidade regulatória, um projeto de reformulação da “avaliação institucional”, a fim de fortalecer o Programa de Qualificação.

Quadro 18 – OPERADORAS ATIVAS EM 2008 E 2009 E QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS, POR SEGMENTO, SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO POR FAIXAS DO IDSS, NA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO REFERENTE AO ANO DE 2008

SEGMENTO	FAIXA IDSS	OP	PERC.	BENEFICIÁRIOS	PERC.
Médico-Hospitalar	0,00 a 0,19	274	25,4%	1.805.244	4,5%
	0,20 a 0,39	270	25,0%	7.3873.812	18,6%
	0,40 a 0,59	332	30,8%	12.891.109	32,4%
	0,60 a 0,79	194	18%	17.544.506	44,2%
	0,80 a 1,00	8	0,7%	104.087	0,3%
MÉDICO-HOSPITALAR TOTAL		1,078	100%	39.732.758	100%
Exclusivamente Odontológico	0,00 a 0,19	144	35,8%	330.215	4,2%
	0,20 a 0,39	101	25,1%	1.054.239	13,5%
	0,40 a 0,59	90	22,4%	1.721.831	22,1%
	0,60 a 0,79	60	14,9%	4.417.790	56,7%
	0,80 a 1,00	7	1,7%	272.049	3,5%
EXCLUSIV. ODONTOLÓGICAS TOTAL		402	100%	7.796.124	100
TOTAL GERAL		1.480		47.528.882	

FONTE: ANS

2.3.2.3 AVANÇOS

A análise do programa de Qualificação da Saúde Suplementar sugere que houve avanços na nova perspectiva de regulação do setor. Os avanços podem ser encarados como alavanca na reestruturação do setor e na melhoria de qualidade da atenção à saúde dos beneficiários, possibilitando, a médio e longo prazo, o alcance de metas necessárias, tais como:

- » Operadoras: capazes de ofertar um conjunto de intervenções necessárias à promoção e à recuperação da saúde do beneficiário.
- » Prestadores: produtores do cuidado de saúde capazes de articular os diferentes saberes e tecnologias na perspectiva de uma atenção integral às necessidades do beneficiário.
- » Beneficiários: usuários com consciência sanitária e com capacidade de superar o processo de medicalização a que estão submetidos.
- » ANS: órgão qualificado e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde.

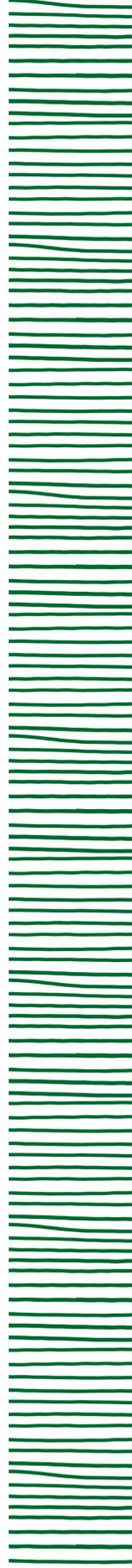




3

INTERFACES DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR COM O SUS

- 3.1 **Mecanismos de articulação institucional**
- 3.2 **O Registro de Planos e Rede Prestadora e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: importância para o registro dos planos e seguros**
- 3.3 **Ressarcimento ao SUS**





3 INTERFACES DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR COM O SUS

Existem inúmeras interfaces entre o Sistema Único de Saúde e o setor de saúde suplementar, sendo a mais visível o ressarcimento ao SUS. No entanto, outras conexões, tão ou mais importantes, serão exploradas ao longo deste capítulo.

É importante compreender, inicialmente, por que o setor de planos de saúde no Brasil é denominado suplementar.

Essa denominação integra a classificação utilizada pelas seguradoras e significa a opção de pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público por meio de um sistema nacional de saúde. Bahia, 1997.

Para a OECD⁴⁷ existem quatro categorias de assistência: suplementar, complementar, duplicada e principal. Cabe observar que, de acordo com essa classificação, uma categoria não exclui outra, podendo o setor de planos e seguros de saúde ter características de mais de uma categoria no mesmo país, dependendo do desenvolvimento do setor público de saúde e da política governamental para o setor em cada país. Nessa classificação, os planos e seguros privados de saúde que oferecem cobertura não ofertada pelo setor público desempenham um papel de complementaridade em relação ao setor público. No caso brasileiro, que possui um sistema universal e que garante o atendimento integral, como incluir, na ótica da OECD, o setor suplementar? Poder-se-ia dizer, por exemplo, que seriam suplementares os serviços de hotelaria oferecidos por unidades hospitalares que não são oferecidos pelo SUS?

Com base nesta classificação, o chamado Sistema de Saúde Suplementar no Brasil estaria mais de acordo com um sistema duplicado ou paralelo, quando oferece às pessoas que já estão cobertas pelo sistema público de saúde uma cobertura privada alternativa com o mesmo “cardápio” de serviços, oferecido por diferentes prestadores ou não.

Uma vez que temos sistemas paralelos, público e privado, seria um sistema de “duas camadas” (two-tiers), em que a diferenciação do acesso aos serviços é dada pela existên-

47_ A OECD foi criada em 1961, com sede em Paris. É uma organização de 30 países desenvolvidos, que seguem os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado.

cia ou não do vínculo com o seguro privado, no qual as pessoas que têm planos privados de saúde podem ir aos serviços públicos, uma vez que a filosofia constitucional de nosso país define que os cuidados de saúde devem ser alocados com base na necessidade e não na capacidade de pagar⁴⁸ (OCKÉ-REIS, tradução livre).

Two-tiers é um sistema que diferencia o acesso aos serviços pela existência ou não do vínculo seguro privado.

Porém, mais importante do que classificar o setor, é a compreensão da conformação que a saúde suplementar tem no Brasil hoje e qual a sua inserção dentro do sistema de saúde brasileiro. Uma das características apontadas no estudo da OECD sobre os sistemas duplicados refere-se ao fato de que, nesses, o setor privado pode representar uma diminuição da pressão dos custos sobre o setor público, transferidos, em última instância, para os beneficiários dos planos e seguros de saúde. Considerando-se os princípios constitucionais do SUS, que estratégias devem ser desenvolvidas para que essa situação não agrave ainda mais a iniquidade no acesso à assistência médica e à saúde em nosso país?

A ANS, como órgão regulador, tem desenvolvido diferentes estratégias e ações visando à integração desse setor com o SUS, conforme veremos a seguir.

3.1 Mecanismos de articulação institucional

A realização sistemática de encontros entre técnicos e gerentes da Agência com gestores do SUS tem sido uma oportuna ação de integração. Outra importante iniciativa situa-se na área de incorporação de tecnologias em saúde, onde a ANS vem buscando articular parceria para a construção de uma política de gestão destas tecnologias no setor.

3.1.1 Encontros de integração com o SUS

O objetivo desses encontros é a construção de uma agenda comum voltada ao aperfeiçoamento do sistema nacional de saúde.

Os eventos são desenvolvidos regionalmente, contando com a participação de representantes da ANS, do Ministério da Saúde, dos governos estaduais e municipais, do Ministério Público, dos conselhos de saúde e do setor de saúde suplementar.

O “I Encontro de Integração com o SUS” foi promovido em novembro de 2004, no Rio de Janeiro, reunindo a região Sudeste. Após, seguiram os Encontros de Belém, Recife, Curitiba e Brasília, cada qual reunindo suas respectivas regiões.

48_ OCKÉ-REIS. Challenges to the Private Health Plans Regulation in Brazil. Texto para discussão n. 1.013, Rio de Janeiro, Ipea, março de 2004, disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Artigo_Challenges.pdf.

A programação dos Encontros Regionais contemplou os seguintes temas:

- » Planejamento e regulação em serviços de saúde – complexos reguladores;
- » Transformação do modelo de atenção à saúde;
- » Integração com o SUS;
- » Ressarcimento ao SUS;
- » Informação em saúde e informação em saúde suplementar;
- » Gestão da incorporação tecnológica: protocolos e diretrizes clínicas.

Entre as discussões, algumas áreas obtiveram consenso, estabelecendo-se, assim, como áreas prioritárias da agenda comum: o modelo de atenção à saúde, a regulação da oferta e da demanda de serviços de saúde, os mecanismos de articulação institucional, os encontros de integração com o SUS, a informação em saúde e a incorporação tecnológica.

3.1.1.1 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ficou evidente a necessidade de mudança do enfoque das operadoras de planos de saúde, considerado exclusivamente assistencial, com ações ou serviços pulverizados, para um modelo de atenção que utilize o cuidado integral como eixo condutor das ações de saúde.

A ANS vem estimulando essas mudanças por meio do projeto qualificação da saúde suplementar.

O processo de qualificação, elaborado pela Agência, pretende ser um indutor na mudança do modelo assistencial, em que o cuidado de saúde prestado pelos planos de saúde considere todos os níveis de complexidade: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Em sintonia com essa proposta e com o compromisso estabelecido pelo PAC Saúde, a ANS editou, como medida legal da atenção à saúde, resolução normativa dispondo sobre a portabilidade de carências – matéria a que abaixo fazemos referencia, além da implementação do Fundo Garantidor, outro tema do Programa Mais Saúde.

3.1.1.1.1 Mobilidade com portabilidade de carência

O projeto da mobilidade com portabilidade de carência é parte integrante do Programa de Aceleração do Crescimento do Governo Federal – PAC, dentro do Programa Mais Saúde, cujas regras estão na RN 186, de 14 de janeiro de 2009. A partir dessa data, as operadoras contaram com 90 dias para se adaptar às novas regras; com isso, a medida efetivamente só entrou em vigor em abril daquele ano.

Segundo a Agência, a portabilidade de carência é um instrumento de estímulo à concorrência no mercado de saúde suplementar, permitindo que o consumidor tenha maior autonomia de escolha, ou seja, mudar de plano de saúde, levando consigo as carências já cumpridas – essa é a origem.

Anterior à edição da resolução normativa da ANS, o beneficiário de plano de saúde individual tinha direito de sair de uma operadora e contratar um plano de outra, a qualquer época, mas não estava isento do cumprimento das carências impostas ao novo plano. Hoje, com a portabilidade, tornou-se mais fácil o beneficiário de contrato individual trocar de plano e de operadora, desde que cumpra algumas condições impostas pela RN 186/2009.

As regras da portabilidade de carência

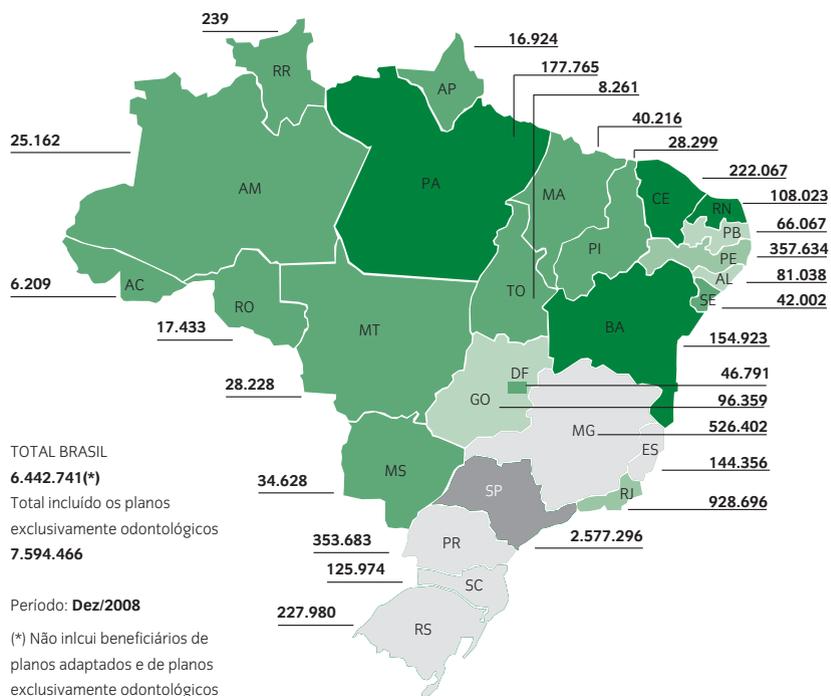
Em abril de 2009, aqueles beneficiários de planos individuais, ao exercer a mobilidade com portabilidade de carências, tinham que cumprir o seguinte:

- » estar em dia com a mensalidade;
- » estar há pelo menos dois anos na operadora de origem ou três anos, caso tenha cumprido a cobertura parcial temporária ou nos casos de doenças e lesões preexistentes (a partir da segunda portabilidade, prazo de permanência passa a ser de dois anos para todos os beneficiários);
- » que o pedido da mobilidade seja feito entre o mês do aniversário do contrato e o mês seguinte;
- » a portabilidade de carências não poderá ser exercida para planos de destino que estejam cancelados ou com comercialização suspensa;
- » a portabilidade de carência não poderá ser pedida a operadora em processo de alienação compulsória de sua carteira, ou em processo de oferta pública do cadastro de beneficiários, ou ainda em liquidação extrajudicial.

De acordo com o levantamento da Agência de Saúde Suplementar, o quantitativo impactado atinge mais de seis milhões de beneficiários de planos individuais/familiares, contratados a partir de janeiro de 1999, em todo o território brasileiro. Veja no mapa a distribuição por UF:

Hoje a portabilidade de carências está em fase inicial, mas segundo a ANS já tinham sido computadas, até 9 de julho de 2010, 199 denúncias e 8.264 consultas sobre portabilidade. Vide Quadro 14.

Figura 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS INDIVIDUAIS/FAMILIARES POR UNIDADE FEDERATIVA, A PARTIR DE 1999



FONTE: ANS

3.1.1.1.2 Fundo Garantidor

O Fundo Garantidor de Saúde Suplementar – FGS foi instituído pela RN n. 191, de 8 de maio de 2009, como um instrumento de regulação do setor, conforme previsto na Alínea “e”, Inciso IV, do Art. 35-A da Lei n. 9.656/98, e, portanto, aumenta a proteção dos beneficiários de planos de saúde, diminuindo o risco de concentração do mercado e da inadimplência perante os prestadores de serviços. O eixo central do Fundo Garantidor é a sustentabilidade do mercado.

Se observarmos que a principal garantia de solvência das operadoras de planos de saúde é a formação dos ativos garantidores, o FGS vem oferecer ao mercado da saúde suplementar condições mais rápidas e diligentes de transferência de carteira e, consequentemente, a criação do fundo garantidor com recursos oriundos das operadoras para a manutenção da assistência à saúde do beneficiário, com qualidade e segurança, por aquela operadora que está adquirindo a carteira da operadora insolvente.

O modelo proposto se encontra no site da ANS.

3.1.1.2 REGULAÇÃO DA OFERTA E DEMANDA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os participantes dos Encontros de Integração com o SUS perceberam a importância de um planejamento integrado do setor de saúde suplementar com o setor público, para o estabelecimento de uma regulação assistencial articulada.

Para tanto, faz-se necessária a composição e a organização da rede de serviços, com definição dos fluxos, visando a um planejamento da oferta e da demanda adequado às necessidades dos beneficiários.

Foi proposta a implantação de complexos reguladores, que deveriam ser parte integrante de uma nova política de regulação da atenção à saúde. Os complexos atuariam sobre os prestadores públicos e privados, de modo a orientar a produção de ações de saúde, na busca da garantia de acesso e da integralidade, equidade, resolubilidade e humanização dessas ações.

A implantação de centrais de internação, consultas e exames, e de instrumentos de monitoramento construídos a partir de protocolos e diretrizes clínicas seriam essenciais à efetivação da proposta de regulação integrada.

Os objetivos dos complexos reguladores, tirados do encontro da etapa Sul, seriam:

- » gerenciar os leitos disponíveis (eletivos e de urgência), a agenda de consultas especializadas e de SADTs, integrado ao processo de contratação e atualização dos cadastros (estabelecimentos, profissionais e usuários);
- » integrar a regulação do atendimento pré-hospitalar (Samu) com a de leitos e com transporte de usuários não urgentes;
- » padronizar a solicitação de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio dos protocolos;
- » estabelecer referência entre unidades, segundo fluxos e protocolos padronizados, integrados com as ações de solicitação e de autorização de procedimentos;
- » organizar fluxos de referência especializada intermunicipal de forma integrada ao processo de regionalização e da PPI.

Neste tema, foi considerada fundamental a participação dos gestores estaduais e municipais articulados pelo CONASS e Conasems.

3.1.1.3 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A informação foi considerada fundamental para o conhecimento e para o planejamento do setor, configurando-se como ferramenta estratégica de integração ao SUS.

A compatibilidade dos bancos de dados e a divulgação de informações surgem como

instrumentos de gestão que ampliam a capacidade de regulação, permitindo a construção de indicadores de qualidade para o sistema nacional de saúde. Mostrou-se necessário o desenvolvimento de um sistema de informações que viabilizasse a troca de informações entre a Agência, operadoras de planos e prestadores.

A Agência, com o objetivo de levar ao conhecimento dos gestores públicos e privados de saúde, de estudiosos e pesquisadores as informações em saúde, criou o Caderno de Informação da Saúde Suplementar, com publicação trimestral, em duas versões: uma impressa e outra digital.

3.1.1.4 INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA

Segundo o diagnóstico elaborado nos Encontros de Integração, o país possui uma incorporação acrítica de novas tecnologias. Isso tem concorrido para o aumento crescente nos gastos com assistência médica, com um desperdício de recursos ainda não totalmente dimensionado.

Ficou evidenciada a necessidade da construção conjunta de um novo modelo de incorporação e avaliação tecnológica, em que todos os atores possam contribuir para uma melhor utilização dos recursos disponíveis. Quando da realização dos Encontros de Integração, o processo de inclusão de procedimentos na tabela do SUS ou no rol da ANS não utilizava critérios ou metodologias preestabelecidas de avaliação de tecnologias de saúde.

Houve o entendimento de que a incorporação tecnológica configura-se como uma função macropolítica que envolve, necessariamente, o Ministério da Saúde, a ANS e a Anvisa. Cabe a esta última avaliar, sob o ponto de vista econômico, o lançamento de novos produtos e emitir pareceres acerca do impacto econômico decorrente da introdução de novos produtos no mercado, inclusive, sobre os reflexos no acesso da população a esses produtos.

O ressarcimento ao SUS foi um dos temas que mais suscitou debates e discussões, dada a sua especificidade e interesse, tanto pelo setor público quanto pelo setor suplementar. Discutiremos o tema em item específico.

3.1.2 Avaliação e incorporação de tecnologia em saúde – Encontro de Gestão de Tecnologias em Saúde Suplementar

As diversas modificações ocorridas, ao longo do tempo, nos conceitos de saúde e doença encontram-se relacionadas, principalmente, à evolução da medicina e às transformações da sociedade.

O diagnóstico, resultante anteriormente da conjugação das percepções de médicos e

doentes, cedeu lugar a critérios e evidências cada vez mais objetivos. Os novos métodos diagnósticos, surgidos a partir da segunda metade do século XIX, relacionavam-se a quatro grandes conjuntos de técnicas:

- » visualização de lesões de estruturas anatômicas;
- » visualização de microorganismos;
- » análise bioquímica para identificação de alterações funcionais;
- » identificação de alterações fisiopatológicas⁴⁹.

Essa evolução dos métodos determinou, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento das indústrias de equipamentos, materiais médicos e medicamentos.

Os sistemas nacionais de saúde dos países em desenvolvimento vêm apresentando graves problemas relacionados à escassez de recursos financeiros, decorrentes da vertiginosa ampliação de tecnologias na área da saúde. O mesmo vem ocorrendo também em sistemas de saúde de alguns países desenvolvidos. Desta forma, torna-se cada vez mais urgente o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento das questões relativas à incorporação tecnológica desordenada.

No Brasil, o Ministério da Saúde criou, em julho de 2003, por meio da Portaria n. 1.418, o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, cujo objetivo é subsidiar a avaliação de tecnologias já incorporadas ao SUS, quanto a sua efetividade, eficácia e custo, com vistas à tomada de decisão quanto à incorporação de novas tecnologias no sistema de saúde. Em novembro do mesmo ano foi criado, no âmbito do referido conselho, o grupo permanente de trabalho de avaliação de tecnologias em saúde (ATS), que definiu os seguintes critérios de priorização para estudos nessa área:

- » Tecnologias em desenvolvimento ou na fase de pré-registro na Anvisa.
- » Tecnologias ainda não incorporadas pelo Ministério da Saúde, com pressão de demanda para serem incorporadas.
- » Tecnologias já incorporadas, com necessidade de avaliação de custo e efetividade.

O panorama nacional de incorporação tecnológica demonstra a ocorrência de um processo de absorção passivo, desordenado e acrítico, tanto de equipamentos quanto de tecnologias, além de apresentar uma grande irregularidade na distribuição regional dessas tecnologias.

49_ Caetano, R. Inovações e trajetórias tecnológicas no território das imagens médicas. Tese (doutorado) – Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 2002.

A incorporação de tecnologias em saúde, como foi visto, vem pressionando os gestores do sistema de saúde quanto ao aumento dos custos, à formação e à capacitação de recursos humanos, às necessidades de regulamentação e certificação e aos investimentos na infraestrutura física, influenciando a aplicação de recursos financeiros, materiais e humanos no setor.

É inegável a necessidade de conter a evolução dos gastos em saúde, por isso, a seleção de intervenções, baseada em sua efetividade, deve ser também um meio de obter eficiência na alocação de recursos financeiros para a saúde. Para o gestor, que precisa decidir sobre a alocação de recursos frente a uma demanda cada vez maior de intervenções, o problema não se resolve apenas com a identificação da eficácia clínica, mas necessita também da identificação do que, pelo menos, é efetivo quanto ao custo.

As discussões sobre o processo de adoção e incorporação de tecnologias são fundamentais para o estabelecimento de políticas relacionadas à aquisição, financiamento e ampliação do acesso aos recursos tecnológicos. É necessário que a ATS se constitua em um programa integrante das políticas do setor saúde.

Em fevereiro de 2006, a ANS realizou, no Rio de Janeiro, um encontro entre representantes de operadoras, técnicos e gerentes da ANS, da Anvisa e do Ministério da Saúde, voltado para a construção de uma política de gestão de tecnologias no setor de saúde suplementar. Foram compartilhadas experiências e estratégias, adotadas pelas operadoras no processo de incorporação tecnológica, e identificadas às possibilidades de parcerias com outros órgãos de governo.

A ANS apresentou algumas de suas iniciativas para a efetivação do processo de gestão e incorporação tecnológica, ou seja:

- » Revisão do rol de procedimentos para a possível inclusão de procedimentos com comprovada eficácia.
- » Articulação com a Anvisa para aprimoramento dos processos afins.
- » Participação em câmaras técnicas da Anvisa e da Associação Médica Brasileira (AMB).
- » Participação em comissões e grupo de trabalho do Ministério da Saúde: (1) grupo permanente de avaliação de tecnologias em saúde, em que vêm sendo apresentadas as demandas do setor de saúde suplementar no processo de avaliação de novas tecnologias; (2) comissão para elaboração da política de gestão tecnológica no âmbito do SUS; e (3) comissão para incorporação de tecnologias em saúde.

Desse encontro, foram tiradas algumas propostas de ação que passam desde a identificação de outras experiências de gestão de tecnologia em saúde, visando o uso racional de recursos, até a elaboração de uma proposta baseada nas experiências identificadas. Para tanto, ficou acertada a formação de um grupo técnico de trabalho com representantes de operadoras, prestadores, AMB, Conselho Federal de Medicina, gestores do SUS e do Ministério Público. A ANS concretizou os itens acima, instituiu o grupo técnico de trabalho. O Informe ATS e o Brats são produtos da gestão tecnológica.

Informe ATS

Lançado em 2008 por iniciativa na área de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) para servir como instrumento de divulgação das pesquisas realizadas pela ANS neste campo. No Informe se faz um levantamento da melhor evidência disponível, quando se identifica e se avalia, criticamente, o impacto clínico (eficácia, efetividade e segurança), a relevância epidemiológica e as implicações da tecnologia em questão.

O Informe ATS é revisado por especialistas escolhidos por seu notório saber sobre o tema específico. A partir de 2009, a divulgação dos Informes ATS passou a compor o Programa de Qualificação Institucional por meio do indicador Diats (Divulgação de Informes ATS).

A Agência espera que o Informe ATS possa contribuir para a melhoria da gestão tecnológica, sendo que atualmente se encontram disponíveis sete Informes ATS, entre eles o que diz respeito à cirurgia a laser para correção de miopia, hipermetropia e astigmatismo; testes genéticos moleculares para doenças neurodegenerativas; e radioterapia de intensidade modulada (IMTR) para câncer de próstata.

O trabalho desse grupo técnico terá que ser validado e submetido à consulta pública e, posteriormente, será publicado sob forma de resolução normativa da Diretoria Colegiada da ANS.

Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde – Brats

Este boletim é uma publicação digital com disseminação trimestral que contribui para a tomada de decisão quanto ao uso e/ou incorporação de tecnologias no âmbito do SUS e da saúde suplementar.

O Brats é resultado de um trabalho conjunto da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que identificaram a necessidade de divulgar informações responsáveis sobre as tecnologias para todos aqueles envolvidos na atenção à saúde no Brasil. A metodologia aplicada na busca e na avalia-

ção crítica da literatura segue o prisma da medicina baseada na evidência e se encontra disponível no site da Anvisa.

Em 2009 o Brats continua com seu processo de aprimoramento, visando contribuir para a tomada de decisão em relação à incorporação de tecnologias na saúde suplementar e no SUS.

3.1.3 Troca de informações em saúde suplementar

A ANS instituiu, por meio da Resolução Normativa n. 114⁵⁰, de 25 de outubro de 2005, o padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de planos e seguros de saúde sobre os eventos de saúde realizados em seus beneficiários, o padrão Tiss (Troca de Informações em Saúde Suplementar). Criou ainda, pela mesma RN, um Comitê de Padronização da Informação em Saúde – Copiss, de caráter consultivo, com atribuição de supervisionar, coordenar, estabelecer prioridades e propor modificações e melhoria no padrão Tiss, em outras, e tem a participação de entidades representativas do setor (Poder Público, operadoras de planos e seguros de saúde, prestadores de serviços, entidades de consumidores e instituições de ensino e pesquisa).

O Copiss é estruturado em grupo de trabalho composto pelos representantes das entidades, cuja coordenação fica a cargo da Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Esses grupos movimentam discussões específicas que são submetidas ao Comitê para decisão e, caso sejam aceitas, são divulgadas mediante normativo específico da ANS.

A padronização das informações para o setor de saúde suplementar é importante para a melhoria da qualidade do atendimento à saúde da população. A rede de serviços de saúde é altamente capilarizada e distribuída geograficamente por todo o país, e o cliente pode ser atendido por diferentes profissionais e em diferentes unidades de saúde, o que acarreta a necessidade de uma intensa troca de informações entre os atores envolvidos.

Assim, médicos e demais prestadores de serviços necessitam de informações para o atendimento adequado dos pacientes; as operadoras de planos de saúde necessitam de informações para a gestão dos custos e da qualidade do atendimento; os órgãos públicos de gestão da saúde – o Ministério da Saúde, os gestores estaduais e municipais do SUS, a ANS, a Anvisa – necessitam de informações para o planejamento, a fiscalização e a avaliação dos serviços de saúde.

Para uma adequada utilização das informações, é necessário que elas sejam padronizadas, visto que o setor convive com uma grande multiplicidade de fontes e termos de saúde (são mais de 150.000 termos médicos); existe uma diversidade de plataformas

50_ RN 114, alterada pelas RN 127, 135 e 138, sendo que a RN 153, de 28/5/2007, revogou a RN 138 e trouxe outras definições e mantendo o Copiss.

de software e hardware utilizados pelo setor; e a necessidade de realização de estudos clínicos e epidemiológicos exige que os sistemas de informações sejam intercambiáveis.

O padrão Tiss é composto de quatro partes: o padrão de conteúdo e estrutura; o padrão de representação de conceitos em saúde; o padrão segurança e o padrão de comunicação:

- » **O padrão de conteúdo e estrutura** constitui modelo de apresentação dos eventos realizados no beneficiário e compreende as guias e os demonstrativos de retorno utilizados no padrão Tiss.
- » **O padrão de representação de conceitos em saúde** constitui conjunto padronizado de terminologias, códigos e descrições utilizados no padrão Tiss.
- » **O padrão segurança e privacidade** estabelece os requisitos mínimos das proteções administrativas, técnicas e físicas necessárias à garantia da confidencialidade das informações em saúde.

Os padrões de segurança utilizados no Tiss obedecem a normas de segurança e privacidade já existentes, como os recomendados em resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), no manual de requisitos de segurança, conteúdo e funcionalidades para sistemas de registro eletrônico em saúde (RES), na publicação conjunta do CFM e da sociedade brasileira de informação em saúde e em resoluções da ANS⁵¹. Portanto, as operadoras e os prestadores de serviços devem constituir proteções administrativas, técnicas e físicas para impedir o acesso eletrônico ou manual impróprio à informação de saúde.

- » **O padrão de comunicação** define a linguagem para se estabelecer comunicação entre os sistemas de informação das operadoras de plano privado de assistência à saúde e os sistemas de informação dos prestadores de serviços de saúde e as transações eletrônicas.

Para a implantação do padrão Tiss, a ANS estabeleceu prazos diferenciados, iniciando pela implantação das guias padrão em papel e, a seguir, a implantação do padrão de troca eletrônica, com prazos diferentes, de acordo com a complexidade do prestador de serviço. Por fim, para aperfeiçoar o sistema de identificação de procedimentos e unificação da linguagem utilizada no mercado de saúde suplementar, a ANS implantou o Tuss – Terminologia Unificada em Saúde Suplementar, com o objetivo de padronizar e igualar a terminologia empregada pelos prestadores de serviços.

O programa de padronização – Tiss teve os seguintes resultados, no ano de 2009: (i) uniformização da representação dos conceitos para procedimentos médicos e odontológicos; (ii) uniformização dos processos de elegibilidade, autorização e faturamento; (iii) maior integração com o sistema público; (iv) estímulo para o uso da tecnologia da infor-

51_ Resolução CFM n. 1.639; RN n. 21 e RDC n. 64 da ANS.

mação em saúde que se aproxima aos padrões internacionais; (v) redução da assimetria da informação em saúde complementar.

3.2 O registro de planos e rede prestadora e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: importância para o registro de planos e seguros

A trajetória do sistema de saúde no Brasil, como já visto, evidenciou problemas que ainda precisam ser resolvidos. O papel do setor privado no financiamento e na produção dos serviços de saúde, bem como sua articulação com o setor público, constitui-se, ainda hoje, em tema central do debate do sistema de brasileiro.

Os mais diferentes setores e atores da saúde vêm abordando essas questões fundamentais para os gestores do SUS. Na formulação de Bahia e Viana, “esse grande mercado privado – profissionais médicos, ambulatórios, hospitais, serviços diagnóstico-terapêuticos, laboratórios – vende serviços de saúde tanto para o setor público como para os planos e seguros privados”⁵². Segundo Santos:

Existem diferentes formatos para o credenciamento dos estabelecimentos de saúde privados, sendo que um mesmo estabelecimento pode ser conveniado ao SUS, credenciado a uma ou mais operadoras de plano e/ou seguro de saúde e ainda pode vender seus serviços para indivíduos e famílias de forma privada direta. Dependendo do prestador, ele também pode ser a própria operadora de planos de saúde, como é o caso de vários hospitais filantrópicos⁵³.

O tema foi bastante discutido em 2003, no Fórum da Saúde Suplementar, coordenado pela ANS, de onde saíram contribuições importantes a serem utilizadas como subsídios para o contínuo debate desse assunto. Para Bahia, “todas as empresas e inclusive o SUS possuem uma rede de provedores, se não coincidente, como no caso dos municípios do interior, bastante semelhante, como nas grandes metrópoles”⁵⁴.

Nesse sentido, Almeida⁵⁵ faz uma leitura essencial ao assunto quando avalia que “a superposição de diferentes formas de remuneração em uma mesma unidade de saúde evidencia não apenas a importância do SUS para a oferta de serviços privados no país,

52_ Bahia, L. & Viana, A. L. http://www.ans.gov.br/portal/upload/ans/publicacoes/livro_regulacao_e_saude.pdf.

53_ Santos, I. S.: O Setor de planos e seguros de saúde e a saúde do trabalhador: que rumo devemos seguir?. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAabrangenciadaregulacao/3_ISOaresSantos_SetorPlanosSeguros.pdf

54_ Bahia, L.: Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil. Tese, 1999.

55_ Almeida, C.: O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica complementar.

mas também as enormes disparidades regionais em relação à dependência dos prestadores do SUS e/ou de planos e seguros privados”.

Apesar da riqueza do debate, não é objetivo deste livro aprofundá-lo, uma vez que se encontra muito bem documentado na literatura. O que nos interessa, no momento, é apontar, para os gestores estaduais, a distribuição de algumas unidades que compõe a sua rede, considerando tanto as que prestam serviços de saúde para o setor público quanto para os planos e seguros de saúde, por meio das informações do CNES. Acredita-se que esse seja um passo importante para a construção de um modelo de gestão que identifique os recursos mobilizados pela Saúde Suplementar e pelo sistema público.

Por outro lado, é importante ressaltar que, sendo o CNES um instrumento potencialmente útil no planejamento, apontaremos algumas ações que a ANS vem implantando de modo a privilegiar a utilização desse cadastro.

Como é de conhecimento dos gestores, o CNES foi instituído pela Portaria SAS/MS n. 376, de 3/10/2000, publicada no Diário Oficial da União, de 4 de outubro de 2000. Em 29/12/2000 foi editada a Portaria SAS/MS n. 511/2000, que normalizou o processo de cadastramento em todo o território nacional. De acordo com essas portarias, todos os estabelecimentos de saúde existentes no Brasil, sejam eles prestadores de serviços de saúde ao SUS ou não, devem estar cadastrados.

Esses estabelecimentos de saúde se caracterizam por possuir endereço próprio, cadastro nacional de pessoa jurídica (CNPJ), estrutura física específica para a assistência à saúde, equipamentos e profissionais de saúde.

O CNES contém todas as informações sobre a base instalada para atendimento a população, equipamentos, leitos e profissionais, por especialidade, vinculados a um determinado estabelecimento. Essas informações são utilizadas pelos gestores de saúde para identificar o potencial de oferta de serviços em seu território. Esse instrumento (CNES) é um orientador do processo de contratação de serviços de saúde, e tem sido fator nuclear de mudança do sistema de saúde, em que a lógica de disponibilização de serviços ainda é orientada pela oferta. Nesse sentido, a identificação dos prestadores que executam serviços para as operadoras e para o SUS é essencial para o gestor.

A ANS, ao publicar as resoluções normativas para a contratualização⁵⁶ entre prestado-

56_ RN/42 – Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares, entre eles o registro da entidade hospitalar no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS n. 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS n. 511, de 2000.

res de serviços, hospitais, clínicos ou profissionais de saúde e as operadoras de planos de saúde, contribuiu para a aceleração do processo de cadastramento dos estabelecimentos junto aos gestores locais. Por conseguinte, o CNES se tornou um instrumento de integração de ações do Ministério da Saúde, além de orientar as ações de planejamento em saúde no âmbito do SUS e do setor privado de planos e seguros de saúde. A ANS estipulou que, no fim de 2006, as operadoras só podem vincular (ou ter vinculado) à sua rede prestadora de serviços os estabelecimentos com código do CNES.

Antes de apresentar algumas análises dos dados do CNES, vale destacar que, para superar algumas limitações do banco de dados, como a identificação fidedigna dos serviços conveniados, em princípio, poderá se trabalhar com duas variáveis, a saber:

- » tipo de convênio: SUS, particular, plano/seguro próprio, plano/seguro terceiro, plano de saúde público e plano de saúde privado;
- » natureza da organização: administração direta da saúde (MS, SES e SMS); administração direta de outros órgãos (MEC, Ministério do Exército, Marinha etc.; Administração Indireta (autarquias); Administração Indireta (fundação pública); Administração Indireta (empresa pública); Administração Indireta (organização social pública); empresa privada; fundação privada; cooperativa; serviço social autônomo; entidade beneficente sem fins lucrativos; economia mista e sindicato.

Essas variáveis foram agrupadas conforme Quadro 19, a seguir:

RN/49 – Acrescenta parágrafo único no Art. 3º da Resolução – RN n. 42, de 4 de julho de 2003, estabelecendo que a informação sobre o código do CNES da entidade deverá ser incorporada em aditivo contratual específico a ser firmado no prazo máximo de 30 dias, contados da data da sua divulgação no sítio www.datasus.gov.br.

RN/54 – Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais vinculadas aos planos privados de assistência à saúde que operam, mediante instrumentos formais jurídicos a serem firmados nos termos e condições estabelecidos por esta Resolução Normativa, com exigência do registro da entidade no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS n. 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS n. 511, de 2000.

RN n. 71/2004 – Estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.

Quadro 19 – TIPOS DE CONVÊNIOS, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO CNES

DESCRIÇÃO DO TIPO DE CONVÊNIO	CLASSIFICAÇÃO UTILIZADA
SUS	apenas SUS
Particular	exceto SUS
Plano/Seguro próprio	exceto SUS
Plano/Seguro terceiro	exceto SUS
Plano de Saúde Público	exceto SUS
Plano de Saúde Privado	exceto SUS

FONTE: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – ANS/MS, 7/9/2006

Comparando o número de estabelecimentos, segundo o tipo de convênio com a natureza da organização, encontram-se variações, conforme o quadro proposto. Optou-se por utilizar os dados segundo a natureza da organização, entendendo ser esse o parque tecnológico que o gestor precisa identificar como aquele em que há potencialmente uma “competição” na utilização pelos convênios da saúde suplementar e os usuários do SUS.

Completando os dados, temos a Tabela 5, a seguir, que registra o tipo de atendimento (SUS, particular, plano de saúde público e plano de saúde privado).

Tabela 5 – ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR TIPOS DE CONVÊNIO, SEGUNDO TIPO DE ATENDIMENTO, BRASIL, MARÇO 2010

TIPO DE ATENDIMENTO	SUS	PARTICULAR	PLANO DE SAÚDE PÚBLICO	PLANO DE SAÚDE PRIVADO
Ambulatoriais	63.829	134.008	4.987	74.871
Para internação	5.962	4.107	352	1.738
Serviços de apoio à diagnose e terapia	21.490	28.352	1.289	12.398
Urgência	7.122	3.652	274	1.437

FONTE: Caderno de Informação da Saúde Suplementar, junho 2010

Quadro 20 – CLASSIFICAÇÃO DA NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO, SEGUNDO O CNES

CÓDIGO	NATUREZA	TIPO
1	Administração Direta da Saúde (MS, SES, e SMS)	Público
2	Administração Direta outros órgãos (MEX, MEx, Marinha, ...)	Público
3	Administração Indireta - Autarquias	Público
4	Administração Indireta - Fundação Pública	Público

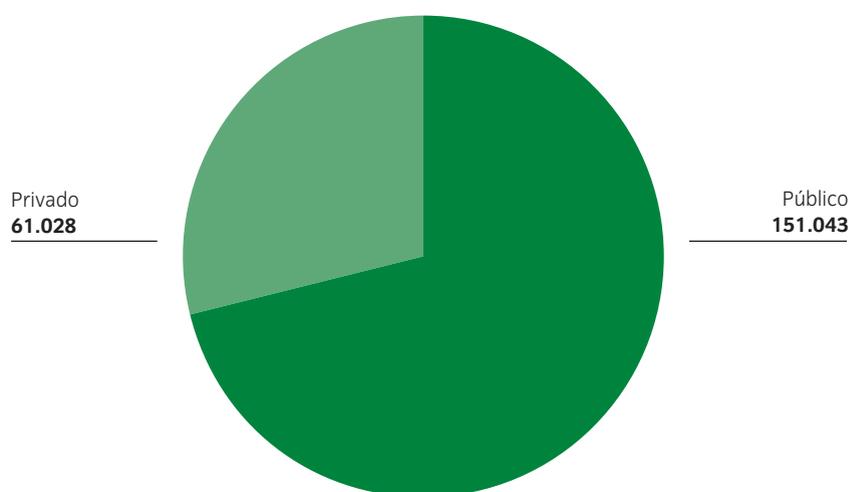
(continuação - Quadro 20)

CÓDIGO	NATUREZA	TIPO
5	Administração Indireta - Empresa Pública	Público
6	Administração Indireta - Organização Social Pública	Público
7	Empresa Privada	Privado
8	Fundação Privada	Privado
9	Cooperativa	Privado
10	Serviço Social Autônomo	Privado
11	Entidade Beneficiante sem fins lucrativos	Privado
12	Economia Mista	Privado
13	Sindicato	Privado

FONTE: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – TabNet, maio 2010

Atualmente, o CNES já tem cadastrado pouco mais de 212 mil estabelecimentos, sendo 29% públicos e 71% privados.

Gráfico 24 – NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE REGISTRADOS NO CNES SEGUNDO A NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO



FONTE Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – TabNet, maio 2010

Existem 5.292 hospitais (hospital geral, especializado e hospital-dia isolado) cadastrados no CNES, sendo que 2.075 (39%) são de natureza pública e 3.217 (61%) privados.

Observa-se que a rede hospitalar privada está fortemente vinculada ao gestor municipal (70%), cabendo ao gestor estadual 15% e estando em gestão dupla os outros 15% dessa rede.

No Quadro 21, pode-se observar que serviços básicos (unidades básicas, postos de saúde, unidades mistas, hospital-dia, pronto-socorro geral, unidades de vigilância em saúde e centrais de regulação) encontram-se, fundamentalmente, sob gestão pública. Esses serviços representam mais de 28% do total de estabelecimentos do CNES.

Quadro 21 – PERCENTUAL DE SERVIÇOS PRESTADOS PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, SEGUNDO O CNES

TIPO DE ESTABELECIMENTO	PÚBLICO	PRIVADO
Central de Regulação de Serviços de Saúde	100%	0%
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	68%	31%
Centro de Atenção Psicossocial	99%	1%
Centro de Apoio a Saúde da Família	100%	0%
Centro de Parto Normal	80%	5%
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	99%	1%
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	11%	87%
Consultório Isolado	2%	98%
Cooperativa	0%	100%
Farmácia Medic. Excepcional e Prog Farmácia Popular	74%	24%
Hospital Dia	11%	87%
Hospital Especializado	22%	66%
Hospital Geral	34%	41%
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	99%	1%
Policlínica	26%	71%
Posto de Saúde	99%	1%
Pronto Socorro Especializado	37%	63%
Pronto Socorro Geral	88%	12%
Secretaria de Saúde	100%	0%
Unidade Mista - atendimento 24h: atenção básica, internação/urgência	90%	7%
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	100%	0%
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	6%	93%
Unidade de Vigilância em Saúde	100%	0%
Unidade Móvel Fluvial	96%	4%
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	74%	26%
Unidade Móvel Terrestre	91%	8%

FONTE: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – TabNet, maio 2010

Quando avaliamos a distribuição dos serviços de alta complexidade, segundo a sua natureza, encontramos mais serviços privados do que públicos em quase a totalidade dos estados brasileiros. Vide Quadro 22, a seguir:

Quadro 22 – SERVIÇOS PRESTADOS PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, SEGUNDO O CNES

TIPO DE ESTABELECIMENTO	PÚBLICO	PRIVADO
Central de Regulação de Serviços de Saúde	549	-
Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica	80	37
Centro de Atenção Psicossocial	1.684	11
Centro de Apoio a Saúde da Família	226	-
Centro de Parto Normal	16	1
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	29.772	286
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	3.147	25.476
Consultório Isolado	1.864	102.928
Cooperativa	-	259
Farmácia Medic. Excepcional e Prog Farmácia Popular	448	144
Hospital Dia	41	321
Hospital Especializado	261	787
Hospital Geral	1.773	2.109
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	66	1
Policlínica	1.171	3.175
Posto de Saúde	11.353	62
Pronto Socorro Especializado	56	95
Pronto Socorro Geral	565	75
Secretaria de Saúde	2.771	4
Unidade Mista - atendimento 24h: atenção básica, internação/urgência	801	63
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	60	-
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	1.038	15.040
Unidade de Vigilância em Saúde	2.277	-
Unidade Móvel Fluvial	22	1
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	312	107
Unidade Móvel Terrestre	675	60

FONTE: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – TabNet, maio 2010

Como citado anteriormente, o órgão regulador da saúde suplementar vem utilizando o CNES para visualizar a rede prestadora de serviços, garantir acesso aos serviços de saúde e para o cumprimento dos contratos firmados. Algumas medidas foram adotadas para que o CNES fosse efetivamente utilizado como instrumento de cadastramento das operadoras de planos de saúde.

3.2.1 Registro de planos

Para a ANS, a rede assistencial constitui-se em um conjunto de estabelecimentos de saúde vinculados à operadora e aos produtos no registro de planos de saúde (RPS). Essa rede deve ser compatível com a quantidade e distribuição geográfica de beneficiários da operadora e com os serviços produzidos e informados à ANS, por meio do sistema de informação de produtos (SIP). No momento da solicitação do registro⁵⁷, a operadora deve informar todos os prestadores próprios ou contratados. Segundo Santos, essa exigência estará “possibilitando a gestão e a regulação do setor público, do conveniado e, mais recentemente, do setor privado”.

A estrutura da rede indicada pela operadora, adequada à segmentação e à cobertura prevista para o plano, deverá apresentar os serviços e procedimentos previstos na IN/Dipro n. 23⁵⁸. Esses somente são reconhecidos quando possuem o número de identificação do CNES. A rede será analisada conforme os seguintes critérios:

- » Os estabelecimentos são identificados como hospitais especializados, hospitais gerais, hospitais-dia, prontos-socorros, unidades de apoio, unidades mistas, clínicas especializadas e consultórios isolados, com os respectivos números do CNES. No momento do registro do plano deverão estar vinculados a estes os estabelecimentos hospitalares para efeito de análise. Deverão ser informados apenas os serviços que não sejam exclusivamente SUS. Quando for indicada uma unidade pública ou que atenda exclusivamente o SUS, o que aparentemente contraria a legislação vigente, é solicitado o contrato entre a operadora e o prestador, para análise.
- » Devem ser disponibilizados leitos de UTI adulto, pediátrico e neonatal, mantendo a relação com o total de leitos gerais, segundo a recomendação da PTMS 1.101/02.
- » É verificada a existência de serviços de urgência e emergência disponíveis 24 horas, além dos três tipos de leitos de UTI (adulto, pediátrico e neonatal) e de leitos de psiquiatria.

57_RN n. 100/05

58_ Art. 7º - Informações referentes à rede assistencial com respectivo número de registro no CNES

» A existência de serviços de anatomopatologia, angiografia, densitometria óssea, ecocardiografia, eletrocardiograma, endoscopia das vias aéreas, endoscopia das vias digestivas, hemodinâmica, holter, mamografia, medicina nuclear, patologia clínica, radiodiagnóstico, ressonância nuclear magnética, teste ergométrico, tomografia computadorizada, ultrassonografia, fisioterapia, hemoterapia, litotripsia extracorpórea, quimioterapia, radiologia intervencionista, radioterapia, terapia renal substitutiva, videolaparoscopia e atendimento psicossocial. A operadora deve ainda indicar, por meio de correspondência, prestador(es) que disponibilize(m) os serviços de angiografia, litotripsia extracorpórea e radiologia intervencionista, visto que os mesmos não podem ser observados diretamente no CNES.

As variáveis consideradas para o registro do plano são a abrangência geográfica (municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados e nacional) e a segmentação do plano (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, referência e odontológico).

Após a análise de rede, é solicitado que a operadora informe o registro no CNES das entidades que o possuem, por meio do aplicativo RPS, quando for um plano novo, ou de ARPS, quando for um plano já existente, com registro provisório. As entidades prestadoras que não possuem o CNES devem ser orientadas, pela operadora, a providenciá-lo junto ao gestor de saúde local, para aprovação do registro do plano.

3.2.2 Redimensionamento de rede das operadoras (planos)

De acordo com a Lei n. 9.656, o redimensionamento significa a supressão de uma unidade da rede, cabendo às unidades restantes a absorção do atendimento, e a substituição é a troca de uma unidade por uma ou mais que não se encontravam originalmente na rede da operadora ou do plano de saúde.

A alteração na rede deve ser solicitada à ANS, quer seja a relação contratual direta ou indireta, e é passível de pagamento de taxa, exceto nas situações previstas na RN 100/05. A operadora deve enviar informações à Agência, na forma dos Anexos III, III-a e III-b da IN/Dipro n.11/2005 e IN/Dipro n. 12/2005. A alteração da rede só é aprovada quando é comprovada a equivalência⁵⁹ entre as unidades a serem excluídas e as que passam a absorver a demanda. Para atendimento a esse critério, são analisados aspectos de disponibilidade, no que tange a serviços de urgência/emergência e de diagnóstico e terapia, previstos na IN 11/05 e IN 12/06. São considerados também aspectos quantitativos, no

⁵⁹ Art. 17 da Lei n. 9.656/98.

que dizem respeito a leitos em geral e específicos das UTIs, similaridade de perfil assistencial e/ou complexidade das unidades e proximidade geográfica.

Para ser analisada uma solicitação de alteração de rede, a operadora deverá informar à entidade que absorverá a demanda e a que será excluída. Além dos serviços dispostos nas instruções normativas mencionadas, são necessários os seguintes dados:

- » justificativa para decisão;
- » CNPJ e razão social das entidades hospitalares envolvidas;
- » tipo de contratação (total ou parcial);
- » número de internações realizadas pela operadora em cada uma das entidades hospitalares envolvidas nos últimos 12 meses;
- » total de internações realizadas pela operadora na sua rede hospitalar, vinculada aos registros de planos de saúde a serem alterados, nos últimos 12 meses;
- » total de leitos (geral e UTI) contratados pela operadora na área de abrangência dos produtos envolvidos;
- » perfil assistencial com as principais características da cobertura contratada às entidades hospitalares envolvidas;
- » número dos registros de planos de saúde a serem alterados, nos casos específicos;
- » documento que comprove o encerramento das atividades do estabelecimento, caso as atividades sejam canceladas.

Dessa forma, é comparado o percentual de internações da operadora no estado, em relação ao hospital a ser excluído e à(s) entidade(s) apresentada(s) para absorver a demanda. Além disso, é analisada a variação da utilização da capacidade de internação anual desse conjunto em relação à capacidade total de internações. Os recursos de atendimento de urgências/emergências 24 horas e SADT têm a sua equivalência analisada de tal forma que a demanda do hospital excluído possa ser absorvida pelos prestadores indicados para absorção e isso é caracterizado quando os serviços disponibilizados na unidade a ser excluída estão em quantitativo menor do que nas unidades a serem consideradas para absorção. Outro ponto importante é se o prestador indicado localiza-se a uma distância e tempo de deslocamento que não prejudique o paciente.

3.2.3 Contratualização

A RN n. 42/2003 da ANS, que estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e pres-

tadores de serviços hospitalares, e a RN n. 54/2003, que determina os quesitos da contratualização entre as operadoras e os prestadores de serviços de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais incluem, como cláusulas obrigatórias nos contratos, no item qualificação específica, o registro da operadora na ANS e o registro do prestador no CNES.

Além disso, a RN n. 95/2004 define que, para cada entidade hospitalar da rede de atendimento do plano, devem ser informados no contrato os seguintes dados: razão social, registro no CNPJ, Unidade da Federação (UF), município, registro no CNES, tipo de vínculo (próprio ou contratado), tipo do contrato (direta, com instrumento jurídico assinado pelas partes, ou indireta, intermediada por outra operadora, convênio de reciprocidade ou intercâmbio operacional, entre outros

3.3 O ressarcimento ao SUS

3.3.1 Aspectos jurídicos: o Art. 32 e o questionamento de sua constitucionalidade: a liminar do ministro Maurício Correa.

A Lei n. 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde, estabelece, em seu art. 32⁶⁰, a obrigatoriedade do ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde, previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos

60_ “Art. 32 – Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o Inciso I e o § 1º do Art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1º – O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

§ 2º – Para a efetivação do ressarcimento, a ANS disponibilizará às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º – A operadora efetuará o ressarcimento até o décimo-quinto dia após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4º – O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3º será cobrado com os seguintes acréscimos:

I – juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;

II – multa de mora de dez por cento.

§ 5º – Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, à qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.

§ 6º – O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.

§ 7º – A ANS fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 8º – Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores e nem superiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o Inciso I do § 1º e o Art. 1º desta Lei.”

dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS.

Poucos meses depois, a Confederação Nacional de Saúde (CNS) – hospitais, estabelecimentos e serviços – propôs Ação Direta de Inconstitucionalidade – a Adin 1.931-8/DF, na qual questiona a constitucionalidade da lei, incluído o Art. 32. O julgamento da Adin 1.931-8 ainda não está concluído, no entanto, em sessão realizada em agosto de 2003, ocorreu o julgamento de medida liminar e, no que diz respeito ao Art. 32, não foi aceita a alegação de inconstitucionalidade formal da norma. Os autores da ação alegaram que, com o texto do Artigo 32, o Estado revelava a intenção de transferir para a iniciativa privada o ônus de assegurar saúde para todos (Art. 196 da CF), além de violar a garantia constitucional de ser livre à iniciativa SUS, pelas operadoras de planos e seguros de saúde, dos serviços de privada a assistência à saúde, inscrita no Art. 199 da CF. Além disso, afirmam que o ressarcimento teria caráter tributário, entendido como fonte destinada a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social. E, por ser tributo, violaria o § 4º do Art. 195, combinado com o Art. 154 I da Constituição, que exige lei complementar para tal fim, e não lei ordinária e medidas provisórias.

A argumentação apresentada pela ANS “sustentou a tese da constitucionalidade do ressarcimento ao SUS”, tendo em vista que o referido instituto em nada compromete o atendimento universal estabelecido na Constituição Federal de 1988, pois o ressarcimento em nada altera a relação entre o cidadão e o Estado, apenas cria uma nova relação obrigacional entre o Estado e as operadoras. Além disso, apresenta o ressarcimento ao SUS como obrigação civil, destinada à recomposição do erário, de caráter indenizatório, decorrente do enriquecimento sem causa, a ser experimentado pelas operadoras no caso do não-cumprimento dos termos contratuais ao auferirem valores (mensalidades) sem a correspondente contraprestação no custeio dos procedimentos médico-ambulatoriais e hospitalares realizados, na prática, suportado pelo Estado⁶¹.

A decisão pela constitucionalidade do ressarcimento ao SUS foi dada por meio de liminar⁶² que não tem efeito vinculante, o que permite a ocorrência de decisões divergentes em outros tribunais. Tal fato permite que as operadoras obtenham decisões judiciais suspendendo ou anulando essa cobrança, o que leva a um crescente número de ações judiciais. Esse quadro deverá perdurar até o julgamento do mérito da Adin 1.931-8.

61_ SCATENA, M. A. N. O ressarcimento ao SUS: análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos. Tese de dissertação para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.

62_ O objetivo da liminar é resguardar direitos ou evitar prejuízos que possam ocorrer ao longo do processo, antes do julgamento do mérito da causa (<http://www.direitonet.com.br>).

Além das demandas judiciais, observa-se que o ressarcimento ao SUS encontra ainda questionamentos na própria literatura. Para Bahia e Viana⁶³, “existem indícios, porém, da ineficácia de medidas eminentemente tecnocráticas para regular os tradicionais mecanismos de transferência de clientes entre os setores público e privado”.

3.3.2 A operacionalização do ressarcimento ao SUS

3.3.2.1 A REGULAMENTAÇÃO DO RESSARCIMENTO AO SUS

A partir da Resolução Consu n. 9, de 4 de novembro de 1998, o Consu e, posteriormente, a ANS publicaram uma série de normas e resoluções com o objetivo de regulamentar e aperfeiçoar os procedimentos para o ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde, prestados a usuários de plano ou seguros de saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do SUS.

Inicialmente, de acordo com a Resolução Consu n. 9, a administração dos procedimentos relativos ao ressarcimento era de competência dos gestores do SUS – a saber: o Ministério da Saúde, os estados, o Distrito Federal e os municípios (estes últimos quando habilitados para a gestão plena do sistema, conforme normas operacionais do Ministério da Saúde – redação dada pela Resolução Consu n. 22, de 21 de outubro de 1999). Tal norma foi mantida pela ANS, por meio da resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 18, de 30 de março de 2000, permanecendo até a RDC n. 62, de 20 de março de 2001, que altera a sistemática do ressarcimento, centralizando os procedimentos na ANS. Posteriormente, a Resolução Normativa (RN) n. 5, de 19 de abril de 2002, determinou que os processos do ressarcimento referentes ao sistema anterior à RDC n. 62 e que estivessem aguardando decisão da câmara de julgamento, ou com recurso de decisão da mesma câmara, deveriam ser encaminhados, em determinado prazo, para a ANS dar continuidade ao processo. Além disso, deveriam ser informados à ANS, em prazo determinado, os processos que sofreram ou não, impugnação e que foram ou não encaminhados para a cobrança.

Com a publicação dessas normas, a ANS passou a ser responsável também pela análise das impugnações e dos recursos da cobrança, num movimento de “centralização” desses procedimentos. Considerando-se o princípio constitucional da descentralização do SUS e a importância da integração do SUS com a saúde suplementar, deve-se definir uma estratégia a ser desenvolvida, de forma articulada pela ANS e pelos gestores do SUS, para capacitar esses mesmos gestores a retomarem essa atividade, após identificação e superação dos entraves e das dificuldades enfrentadas anteriormente pelos gestores

63_ BAHIA, L. & VIANA, A. L. Introdução. In: Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, ANS, 2002, p.9.

estaduais e municipais, no período em que eram responsáveis pela operacionalização do ressarcimento.

Outro fato que merece destaque é a alteração do processamento operacional do ressarcimento ao SUS, com a publicação da RN n. 185, de 30 de dezembro de 2008, que institui o procedimento eletrônico do ressarcimento previsto no Art. 32 da Lei n. 9.656/98 e estabelece regras sobre a repetição de indébito e de repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS.

3.3.2.2 A RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RN 185/2008 – SISTEMA DE RESSARCIMENTO ELETRÔNICO AO SUS – SISREL

As atuais normas para o ressarcimento ao SUS, previsto no Art. 32 da Lei n. 9.656/98, estão contidas na RN n. 185, de 30/12/2008⁶⁴, que institui o processamento eletrônico e estabelece regras sobre a repetição de indébito e o repasse dos valores recolhidos. De acordo com essa resolução normativa, será ressarcida pelas operadoras a utilização de serviços de atendimento à saúde, por beneficiários e dependentes, em prestador público ou privado, conveniado ou contratado, integrante do SUS, desde que coberto pelo plano ou seguro de saúde a que está vinculado o beneficiário, ainda que o prestador não integre a rede assistencial da operadora (Art. 3º).

Por fim, a norma estabelece que os valores recolhidos pelas operadoras serão partilhados pela ANS em ato conjunto com o Ministério da Saúde, cujo demonstrativo de repasse será publicado pela Agência na sua página na Internet, com as seguintes informações: I – identificação do gestor do SUS responsável pelos atendimentos ressarcidos; II – competência dos atendimentos ressarcidos; III – valor recolhido; e IV – data do repasse, conforme legislação específica. E caberá à Diretoria de Desenvolvimento Setorial (Dides) estabelecer as rotinas, critérios, procedimentos, fluxos e prazos para a operacionalização do ressarcimento – que está contida na IN 37, de 9 de junho de 2009.

Os valores recolhidos pelas operadoras serão repassados pela ANS até o quinto dia útil do mês seguinte, para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), os valores referentes aos juros e à multa de mora previstos no Art. 45 da RN n. 185 e o fundo de saúde a que o prestador do atendimento estiver vinculado, o valor principal do crédito recolhido. No caso de pagamento indevido, a ANS restituirá à operadora o valor respectivo (Art. 51).

3.3.2.3 TABELA ÚNICA NACIONAL DE EQUIVALÊNCIA DE PROCEDIMENTOS (TUNEP)

A formação da tabela única nacional de equivalência de procedimentos (Tunep) foi objeto de extensivo debate. Enquanto as entidades médicas propunham a utilização dos

64_ Revogada a RDC 62/2001 pela RN 185/209 – ver site www.ans.gov.br

valores praticados em suas tabelas, as operadoras e os técnicos do Ministério da Saúde propunham um valor intermediário. O Consu, com base no Artigo 32 da Lei n. 9.656/98, instituiu a Tunep, através da Resolução n. 23, em 21 de novembro de 1999.

Desse modo, é concebida a tabela, cujos valores para fins de ressarcimento ao SUS variavam, conforme previsão legal, entre os valores pagos pelo SUS e os valores da tabela da AMB.

Essa tabela foi republicada pela ANS por meio da RDC n. 17, de 4 de abril de 2000, e atualizada dez vezes, sendo a última pela RN n. 177, de 3 novembro de 2008, em vigor até o dia de hoje.

Os valores da tabela foram determinados a partir de uma série de fatores⁶⁵:

- a. Honorários médicos foram “tomados” do mercado a partir da tabela adotada pelo Comitê Integrado de Entidades Fechadas de Assistência (Ciefas), associação representante de parcela do segmento de autogestões. Pressupõe codificação e valoração construídas e aprimoradas a partir da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB-92).
- b. Valores de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) foram inicialmente estimados, automática e proporcionalmente, frente aos honorários médicos acima descritos, mediante percentuais globais observados em estatísticas de autogestões coletadas no momento inicial dos estudos de implantação.
- c. Valores de diárias calculados mediante tabela hospitalar de referência aleatoriamente escolhida, sendo utilizada a tabela dos hospitais privados do Rio de Janeiro, proporcionados segundo a média de permanência hospitalar projetada para o procedimento.
- d. Valores e taxas de salas cirúrgicas e de recuperação projetados automaticamente, mediante os valores previstos na mesma tabela escolhida para as diárias.
- e. Valores de taxas diversas estimados proporcionalmente, mediante o valor atribuído final de taxas e diárias acima descritos, mantendo uma proporção lógica global ao efetivamente observado em algumas autogestões.
- f. Valores de materiais e medicamentos estimados automática e proporcionalmente, nas mesmas bases percentuais das adotadas pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

A RN n. 185/2009 preconiza que o ressarcimento será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – Tunep

65_SCATENA, M. A. N., op. cit.

(Art. 4º) ou na Tabela do SUS (se a Tunep não estiver atualizada), não podendo ser inferior aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras.

Para os procedimentos que não constarem da Tunep, considerar-se-ão os valores da tabela de procedimentos unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares SIA/SIH-SUS do mês de competência do atendimento. Caso o valor do procedimento na Tabela SIA/SIH-SUS venha ser superior ao constante na Tunep, o valor devido será o da tabela de procedimentos do SIA/SIH até que seja atualizada a Tunep.

3.3.2.4 A IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

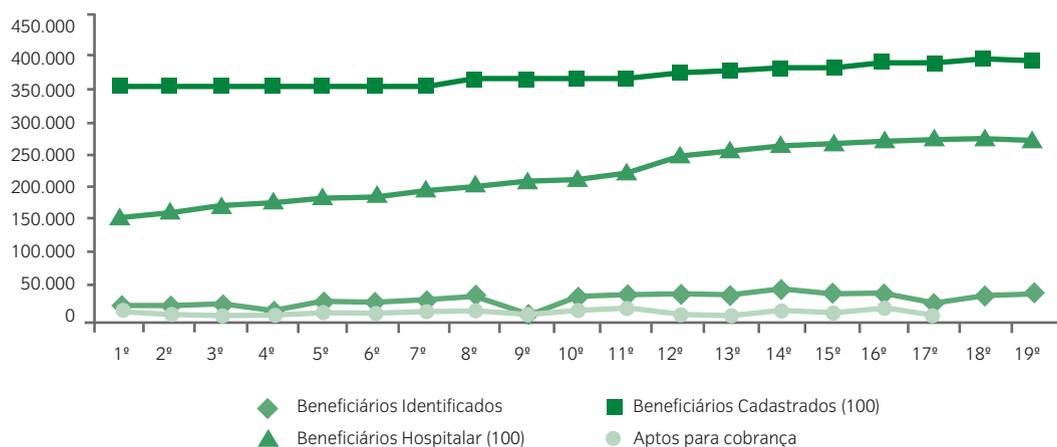
As operadoras de planos e seguros de saúde, por força de regulamentação, fornecem à Agência informações de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitem a identificação dos beneficiários e seus dependentes, para fins do ressarcimento ao SUS. Essas informações alimentam o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), que é atualizado mensalmente, e são comparadas por meio de relacionamento nominal de banco de dados, com as bases do SIA/SIH/SUS. Em 2006, o Ministério da Saúde descentralizou o processamento das AIHs, passando a ser executado pelos gestores estaduais e municipais, o que acarretou dificuldades de consolidação das bases de dados das AIHs, que por sua vez interrompeu a rotina de transferências de bases de dados do Datasus para a ANS. Já em 2007, a Agência, buscando reaver o processamento da identificação dos atendimentos, encaminhou uma minuta de Acordo de Cooperação Técnica ao Ministério da Saúde, propondo a transferência das bases de dados dos atendimentos efetuados pelo SUS e faturados através do SIH/SUS e do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS – acordo celebrado em 15 de janeiro de 2008. A partir dessa data, o Ministério da Saúde, por meio do Datus, fornece mensalmente à ANS as bases de dados das AIHs e Apacs necessárias para o batimento.

A identificação é feita por meio da comparação do nome do beneficiário com o nome dos pacientes atendidos pelo SUS. Após a identificação, faz-se a triagem com outros itens – verificação de “fonetização” das diferentes grafias, redução dos nomes para evitar que eventuais abreviaturas interfiram na comparação, verificação de data de nascimento e, por fim, do nome. Verificada igualdade em determinado percentual, considera-se que houve a identificação de um beneficiário de plano de saúde com o paciente da AIH.

Para muitos esse processo é sujeito a falhas – por exemplo, no caso de uma não-atualização do cadastro de beneficiários pelas operadoras de planos e seguros de saúde. Também não existe, atualmente, um número único para identificar o paciente, tanto do setor público quanto do privado. O cartão nacional de saúde, ainda não implantado, poderá representar um importante passo nessa direção, tornando desnecessário o batimento nominal.

Quanto à identificação dos beneficiários, é possível verificar no Gráfico abaixo a evolução dos beneficiários cadastrados, dos beneficiários identificados, dos beneficiários que têm plano hospitalar e aqueles atendimentos que estão aptos à cobrança. Pode-se ver no gráfico que o número de beneficiários identificados é constante, sem variações importantes ao longo do tempo, sendo relativamente baixo o percentual de beneficiários de planos de saúde com cobertura hospitalar que utilizam o atendimento ao SUS.

Gráfico 25 – BENEFICIÁRIOS CADASTRADOS, IDENTIFICADOS, COM PLANO HOSPITALAR E ATENDIMENTOS APTOS PARA COBRANÇA⁶⁶



FONTE: Sistema de Controle de Impugnações (SCI/ANS)

O Quadro 23 mostra o número de AIHs de beneficiários de planos de saúde, entre setembro de 1999 e dezembro de 2005, cujo cruzamento das informações de morbidade do SIH/Datasus/MS com o cadastro de beneficiários do SIB/ANS permitiu à ANS identificar um total de 914.297 AIHs de beneficiários de planos de saúde.

66_ Na 9ª NBI o cruzamento corresponde a somente um mês e na 4ª e 17ª há dois meses. O número de beneficiários refere-se a vínculos contratuais. As 18ª e a 19ª NBIs ainda não possuem atendimentos aptos para cobrança, pois estão em fase de análise.

Quadro 23 – INTERNAÇÕES NO SUS DE BENEFICIÁRIOS POR ESPECIALIDADE AIH, SET. 1999 A DEZ. 2005

ESPECIALIDADE CLÍNICA DO AIH	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL	
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	%
Clínica médica	11.592	37.945	38.693	43.312	47.148	54.729	45.371	278.790	30,4
Crônico e FPT*	159	536	398	474	739	746	882	3.934	0,4
Não identificada	10	63	32	251	1.241	31	0	1.628	0,2
Obstetrícia	7,212	27.226	22.750	30.178	34.564	38.627	34.054	194.611	21,0
Pediatria	3.077	11.369	12.236	13.493	15.589	16.882	15.835	88.481	9,6
Psiquiatria	2.552	8.302	3.196	2.311	9.141	9.523	11.022	46.047	5,1
Psi-hosp/dia	139	620	664	745	942	931	1.394	5.435	0,6
Reabilitação	7	25	13	13	149	98	254	559	0,1
Tisiologia	31	98	89	69	117	121	173	698	0,1
TOTAL	35.291	122.897	111.691	129.098	162.312	179.679	173.329	914.297	100,0

FONTE: Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS (SIH/Datasus/MS e SIB/ANS)

3.3.2.5 AS IMPUGNAÇÕES E OS RECURSOS

A impugnação ao ressarcimento é “o mecanismo através do qual as operadoras podem alegar, em caráter de defesa e atendendo aos princípios de direito à ampla defesa e ao devido processo legal, a desobrigação de proceder ao ressarcimento ao SUS”⁶⁷. Entre as hipóteses que desobrigam o ressarcimento ao SUS está o cumprimento de período de carência contratual pelo beneficiário, a falta de cobertura contratual, no caso de o plano assistencial do beneficiário ser de segmentação que não obrigue a realização do procedimento, ou no caso de o atendimento ter ocorrido fora da área de abrangência geográfica prevista no contrato, atendimento de acidente do trabalho, beneficiário ou dependente excluído do plano, atendimento já pago (Anexo III da IN n. 37). Fatos como esses podem ser alegados nessa fase de impugnação, que será dirigida ao diretor da Dides por meio de formulário eletrônico e conterà:

- I. a referência ao número do processo administrativo, ao número e ao mês de competência de cada atendimento impugnado;
- II. os motivos da impugnação, conforme classificação exemplificativa da tabela de moti-

67_ SCATENA, M. A. N., op.cit.

vos, com exposição dos fatos e dos fundamentos individualizados para cada atendimento impugnado;

III. a formulação dos pedidos, conforme a ser disposto exemplificativamente por Instrução Normativa n. 37/2009 da Dides;

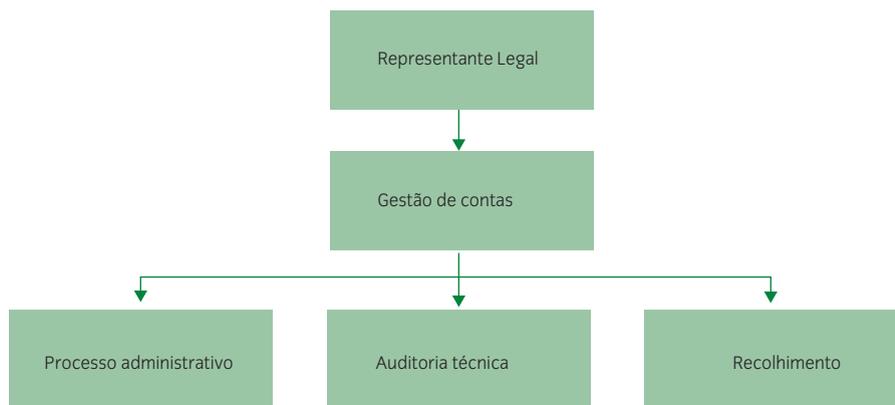
IV. a indicação das provas documentais das alegações (vide IN n. 37); e

V. outras informações essenciais para análise, conforme exigências especificadas na IN n. 37.

Tanto a RN n. 185, que institui o Sisrel, como a IN-Dides n. 37/2009, que dispõe sobre o sistema informatizado do ressarcimento ao SUS, para o armazenamento, tramitação e visualização de processos, notificações, intimações e transmissão de peças processuais (petições, impugnações, recursos e documentos), preveem que toda a comunicação da Dides aos representantes da operadora, credenciados como usuários do Sisrel, será feita por meio de publicação eletrônica, no portal na Internet. Portanto, cada usuário está obrigado a ter cadastro de assinatura eletrônica, com certificação digital emitida por autoridade certificadora credenciada pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira – ICP-Brasil.

A Figura abaixo representa a hierarquia de credenciamento de usuários certificados para a operação no sistema eletrônico de ressarcimento ao SUS.

Figura 9 – HIERARQUIA DE CREDENCIAMENTO DO USUÁRIO DO SISREL



FONTE: ANS/Dides

O prazo para a operadora apresentar impugnações foi reduzido para 15 dias corridos, iniciando-se após o décimo dia da fase de “notificação”. Observa-se pela norma que a ANS/Dides colocará no portal as informações para que a operadora tome ciência do aviso, e a partir dos dez dias desta ciência o prazo para impugnação começará a correr, independentemente da data em que o usuário tenha acessado o portal.

Pela norma as operadoras devem apresentar, junto ao diretor da Dides, por meio de formulário eletrônico, a impugnação das cobranças, conforme dispõe a IN/Dides n. 37, de 9 de junho de 2009, quando caberá ao seu diretor o respectivo julgamento. As alegações da operadora serão inicialmente acolhidas como verdadeiras, sendo desnecessário o envio de prova, tão-somente exigida nos processos escolhidos pela Dides, por amostragem, ou na fase de recurso – aquela que agir de má-fé será punida com multa processual e obrigada a comprovar as suas alegações. As impugnações de natureza técnica deverão ser assinadas eletronicamente pelo auditor de saúde da operadora, devidamente cadastrado na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde e credenciado junto à ANS. Caso seja necessária a auditoria antes da decisão, a impugnação técnica será encaminhada à Secretaria de Atenção à Saúde ou ao gestor do SUS, em especial se houver indício de fraude ao Sistema Único de Saúde.

O recurso da operadora deverá ser dirigido ao Diretor da Dides, que se manifestará preliminarmente sobre sua admissibilidade, podendo, inclusive, reconsiderar sua decisão em despacho fundamentado. Já em reconsiderando sua decisão, o diretor notificará a operadora da decisão. Não reconsiderando sua decisão, ou reconsiderando apenas parcialmente, a Dides encaminhará o processo devidamente instruído à Diretoria Colegiada. Apreciado o recurso, a decisão da Diretoria Colegiada será publicada, em extrato, no Diário Oficial da União e o processo será encaminhado à Dides, que notificará a operadora da decisão.

Os procedimentos não impugnados no prazo legal serão encaminhados para cobrança, como aqueles considerados improcedentes.

A norma prevê, ainda, os prazos para o pagamento do ressarcimento pelas operadoras (Art. 49), os juros e multas, no caso de atraso do pagamento, a inscrição no Cadin e na dívida ativa, com a consequente cobrança judicial (§ Único do Art. 49). A inscrição do inadimplente no Cadastro de Inadimplentes (Cadin) está prevista na Lei n. 10.522, de 19 de julho de 2002.

3.3.2.6 MELHORIAS PROPOSTAS PELA ANS

O Artigo 32 da Lei n. 9.656/98 prevê que serão ressarcidos pelas operadoras os atendimentos de saúde, previstos nos contratos das operadoras, realizados em seus beneficiários e dependentes, em instituições integrantes do SUS, não havendo, hoje, distinção entre os variados tipos de atendimento (hospitalar, ambulatorial, hospital-dia, atendimento domiciliar). Todos são passíveis de cobrança do ressarcimento.

Na regulamentação do ressarcimento, até a RDC n. 62, de 20 de março de 2001, eram

objeto de ressarcimento os atendimentos “realizados por unidades públicas de saúde e os de urgência e emergência feitos por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo SUS”. A RN n. 93, de 18 de março de 2005, alterou esse dispositivo, retirando os dois incisos que delimitavam o tipo de atendimento a ser ressarcido.

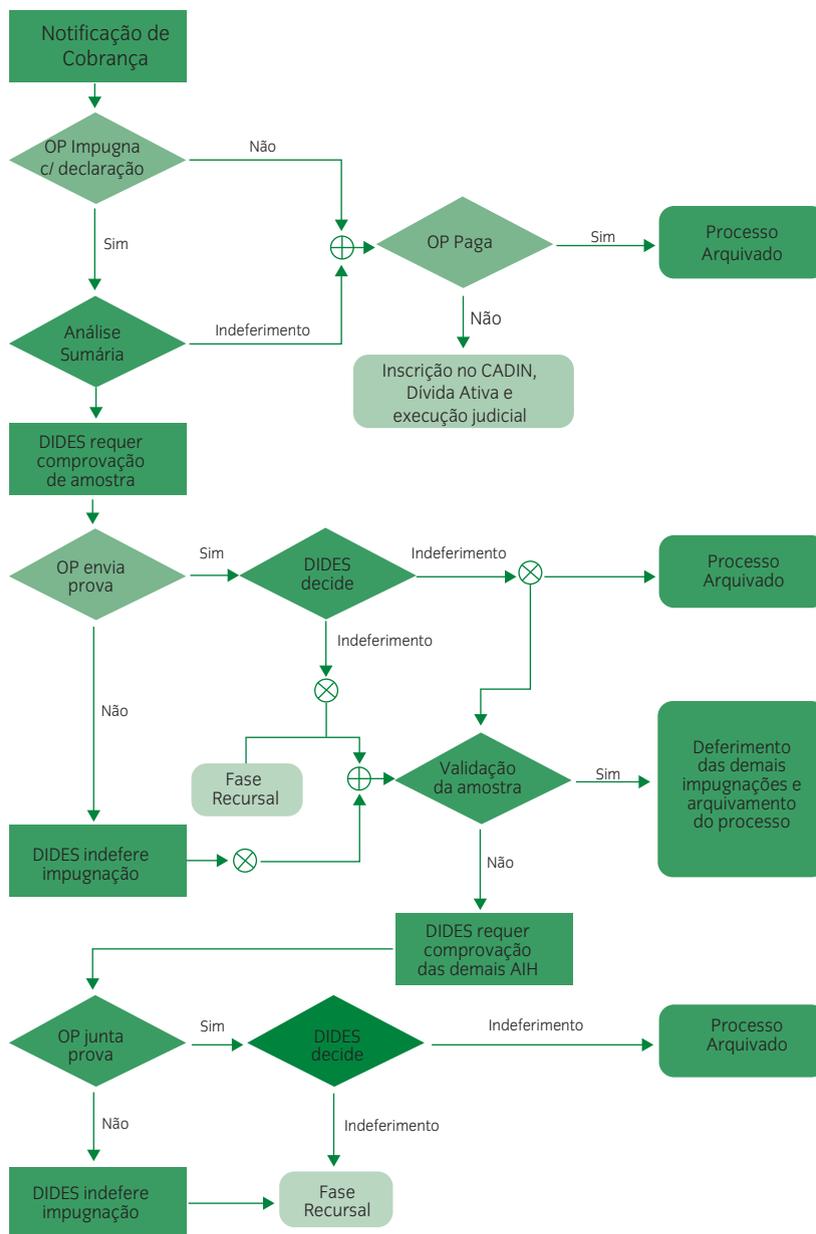
Segundo Relatório de Gestão/2009 da ANS, estão em curso às seguintes melhorias no processo de ressarcimento ao SUS:

- » revisão, em conjunto com o Ministério da Saúde, do procedimento de geração do arquivo de exportação das informações das ASIH do Datasus para a ANS;
- » definição, em conjunto com o Ministério da Saúde, das regras e do procedimento de repasses dos valores arrecadados a título de ressarcimento ao SUS para os favorecidos;
- » alteração da metodologia de cálculo da Tunep.

3.3.3 Dados e informações sobre o ressarcimento ao SUS

A Figura a seguir apresenta o fluxograma do novo processo administrativo eletrônico de instauração, impugnação e julgamento em primeira instância, chamado Sisrel.

Figura 10 – FLUXOGRAMA DO PROCESSO ELETRÔNICO

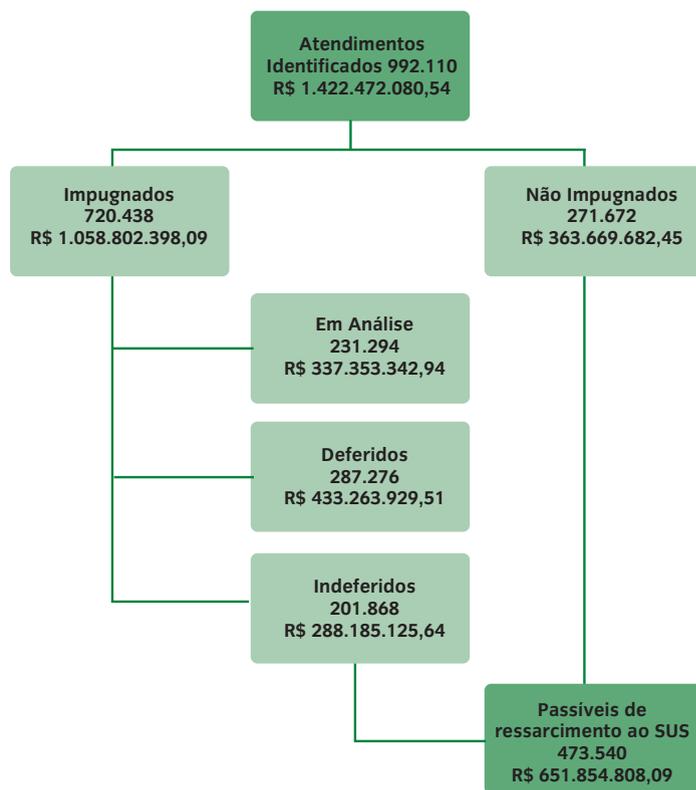


FONTE: Sistema de Controle de Impugnações – SCI/ANS

3.3.4 Cobrança, recebimento e repasse⁶⁸ do ressarcimento ao SUS

Pelo exame de dados dos atendimentos e cobranças passíveis de ressarcimento ao SUS, contidos no Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS/2009, apresentamos nas Figuras abaixo a situação dos atendimentos identificados pelos técnicos da Dides e as respectivas cobranças, de setembro de 1999 a junho de 2006.

Figura 11 – ATENDIMENTOS IDENTIFICADOS PASSÍVEIS DE RESSARCIMENTO AO SUS – SETEMBRO 1999 A JUNHO 2006



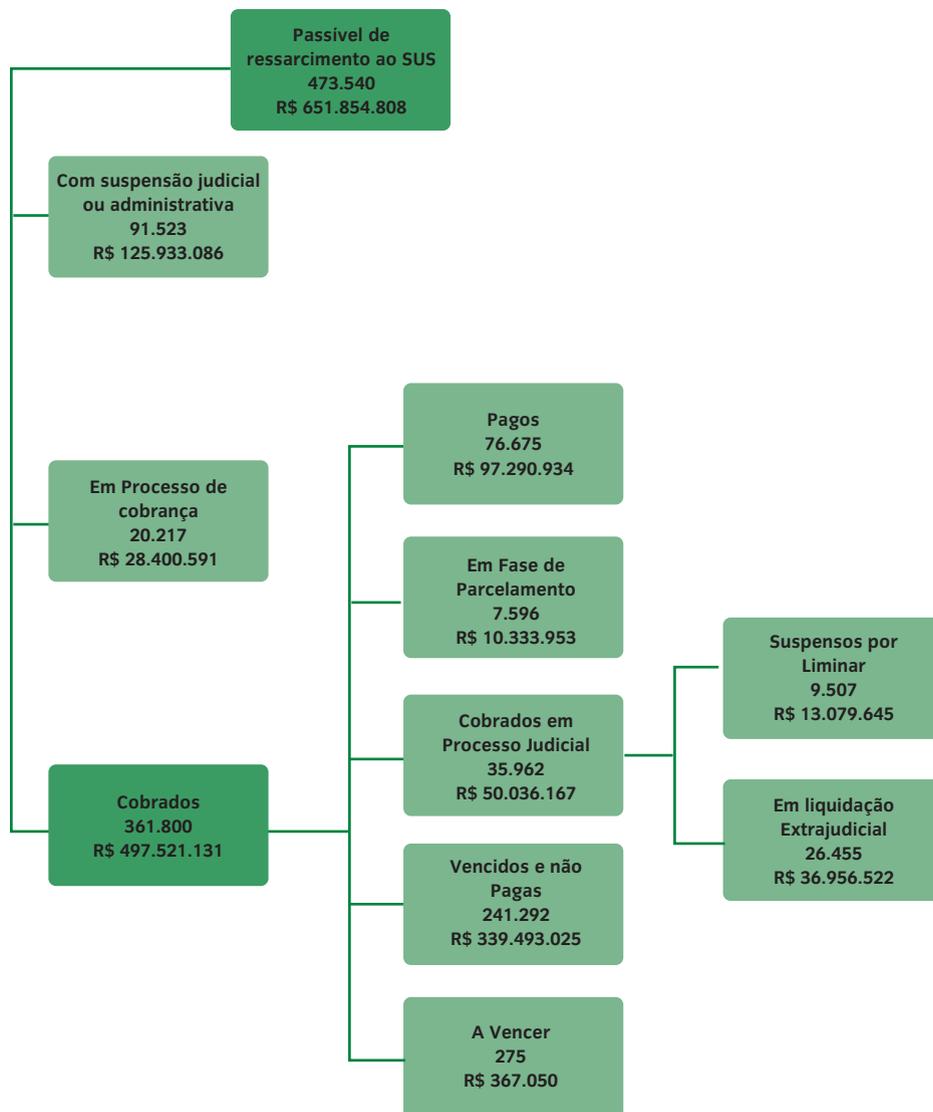
Nota: Os números apresentados representam a fotografia de um determinado momento no sistema. Inclusões ou cancelamentos modificam os números em períodos diferentes.

FONTE: Sistema de Controle de Impugnações – SCI-ANS

68_ Os valores ressarcidos pelas operadoras ao SUS foram recolhidos pela ANS e repassados ao Fundo Nacional de Saúde e à unidade prestadora do serviço (Art. 14 da Resolução ANS n. 6 (RE n. 6/2001) e Art. 7º da Portaria SAS n. 168, de 21/05/2001).

– Atualmente, a Resolução Normativa ANS n. 185/2008 estabelece a nova normatização relativa ao repasse, que será feito ao Fundo Nacional de Saúde e ao fundo de saúde a que o prestador do atendimento estiver vinculado.

Figura 12 – COBRANÇAS PASSÍVEIS DE RESSARCIMENTO AO SUS – SETEMBRO 1999 A JUNHO 2006



Nota: Os números apresentados representam a fotografia de um determinado momento no sistema. Inclusões ou cancelamentos modificam os números em períodos diferentes.

FONTE: Sistema de Controle de Impugnações – SCI-ANS

Tabela 6 – DETALHAMENTO DA COBRANÇA REFERENTE AO RESSARCIMENTO AO SUS, EM R\$, NOS ANOS DE 2007 A 2009

VALORES DO RESSARCIMENTO AO SUS POR ANO DE VENCIMENTO E SITUAÇÃO DA COBRANÇA						
ANO	COBRADO	PAGO	PARCELADO	SUSPENSO JUDICIALMENTE	LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL	VENCIDO
2007	64.466.756,82	7.275.108,08	1.109.239,49	2.149,73	2.591.182,16	53.489.077,36
2008	28.626.020,49	5.875.242,47	340.887,36	18.894,08	1.362.038,92	20.964.482,15
2009	12.883.663,19	1.011.270,33	209.028,94	_	215.672,97	11.447.690,95
TOTAL GLOBAL	105.976.440,50	14.161.620,88	1.659.155,79	21.043,81	4.168.894,05	85.901,250,46

Observações:

1 - Para as informações da tabela acima, considera-se a data de vencimento da GRU para classificá-la. Isso significa que o valor pago em determinado ano não representa o total recebido naquele ano. O mesmo raciocínio vale para as outras situações.

2 - Os valores das colunas: “pago” e “parcelado” não consideram os juros e as multas pagos, apenas os valores das AIH.

3 - Excluídas as cobranças canceladas.

FONTE: Sistema de Controle de Impugnações – SCI/ANS 2010

Tabela 7– VOLUME DE RECURSOS RECEBIDOS A TÍTULO DE RESSARCIMENTO AO SUS, POR EXERCÍCIO

EXERCÍCIO	VALOR RECEBIDO EM R\$
2007	R\$ 8.230.636,92
2008	R\$ 11.829.562,28
2009	R\$ 5.621.433,05

FONTE: Relatório de Gestão ANS – 2009

Pelo exposto nas tabelas acima, vale registrar que a ANS, no Relatório de Gestão de 2009, esclareceu os motivos da redução do valor recolhido em 2009 com os demais exercícios, fazendo uma comparação detalhada, que reproduzimos abaixo:

Conforme a Tabela 6, na comparação com os demais exercícios, o valor recolhido de débitos vencidos em 2009 (R\$ 1.011.270,33) foi inferior aos de anos anteriores tanto em números absolutos, como em relativos. O valor recebido de 2009 representa 7,85% do valor cobrado no ano, percentual inferior ao de 2008 (10,56%) e de 2007 (11,29%).

Mesmo considerando os valores recebidos de débitos vencidos nos demais exercícios, verifica-se queda na arrecadação. De acordo com a Tabela 7, os recursos recebidos em 2009 totalizaram R\$ 5.621.433,05, dos quais R\$ 2.380.591,51 (42,35%) originaram-se de parcelamentos de débitos em andamento em 2009. Dos R\$ 3.240.841,54 restantes, R\$ 2.402.248,08 correspondem a recebimentos de valores da Tunep, enquanto R\$ 838.593,46 são pagamentos de eventuais juros e multas. Houve, portanto, uma

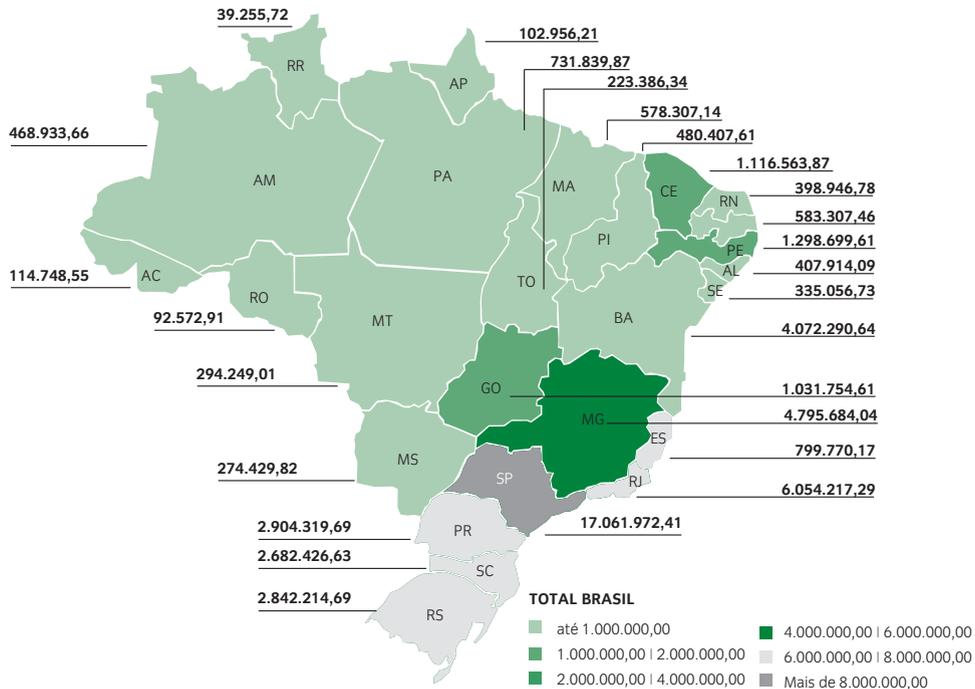
redução de 52,44% em relação a 2008, durante o qual foi recolhido um total de R\$ 11.820.562,28.

A redução de um ano para outro foi motivada pela queda da arrecadação, como também pela alteração da regra de repasse, introduzida pela RN 185/2008. Essa mudança no sistema de repasse deu origem a três obstáculos: (i) não-conhecimento de qual fundo (se municipal, estadual ou nacional) arcou com a despesa do atendimento, visto que pela AIH não é possível inferir esta informação; (ii) nem todo município é habilitado à gestão plena do sistema de saúde; (iii) dados bancários dos fundos municipais e estaduais de saúde não são mencionados no CNES.

Atualmente, segundo registro da ANS, em seu Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração ao SUS (junho/2009), entre janeiro de 2000 e junho de 2009, o repasse aos fundos de saúde foi no valor de R\$ 93.496.008,95, sendo que, destes, R\$41.232.129,07 foram transferidos para o Fundo Nacional de Saúde, o que vale dizer 44% do total ressarcido.

No Mapa abaixo fica demonstrado o valor total partilhado por UF.

Figura 14 – O VALOR TOTAL PARTILHADO POR UF NO PERÍODO DE 2000 A 2009



FONTE: Sistema de Controle de Impugnações – SCI/Dides/ANS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.
- ALMEIDA, C. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: Ipea/PNUD.
- ANDRADE, M. V. *Ensaio em economia da saúde*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola de Pós-Graduação em Economia da Fundação Getúlio Vargas, 2000.
- ANDRADE, L. O. M. *SUS passo a passo – normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec; Sobral, UVA, 2001.
- AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de Doutorado. Campinas, SP: Unicamp, Faculdade de Ciências Médicas, 1975.
- ARROW, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, 1963, 53: 941-73.
- BAHIA, L.; VIANA, A. L. Introdução. In: *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Ministério da Saúde/ANS, Rio de Janeiro, 2002.
- BAHIA, L. *O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação*. In: Oficina Dipro/GGTAP. Imaginando e operando a gestão da atenção no âmbito da saúde suplementar (Textos de Apoio). ANS – Dir. Norm Hab Prod. Rio de Janeiro, 2002.
- _____. A regulamentação dos planos e seguros de saúde: avanços e lacunas na legislação. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.
- _____. *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.
- BARBOSA, L. *Igualdade e meritocracia*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B; ROESSNER, J. Curing health care, new strategies for quality improvement, a report on the national demonstration project on quality improvement in health care. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1991.
- BODSTERN, R. *Atenção básica na agenda da saúde*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002, 7 (3): 401-237.
- BOLETIM DE SAÚDE DE FORTALEZA. Sl Sit. 1: ano 4, 2000.

BORCH, K. *The Economics of Insurance – Advanced Textbooks in Economics*. North-Holland, 1990, p.317.

BRASIL. Lei n. 8.080, Lei Orgânica da Saúde, 19 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. ANS. Dados do setor. Brasília, DF: acesso em: 6 fev. 2004. Disponível em: <www.ans.gov.br/porta/site/dados_setor/dados_sobre_operadoras_tópico_6679.asp?tópico=operadoras>.

_____. Ministério da Saúde. ANS. *Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: Série ANS 4, 2003.

_____. Ministério da Saúde. ANS. *Resolução Normativa n. 81*. Rio de Janeiro: 3 set. 2004.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Planejamento estratégico* (Texto de apoio aos participantes da Videoconferência realizada em Brasília). Projeto Eurobrasil. Disponível em: <www.planejamento.gov.br/arquivosdown/seg/es/eurobrasil/planejamentoestrategicotexto.pdf>.

BUENO, H; COSTA LIMA, J. R. *Sala de situação de saúde*. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde – Ripsa (CD-ROM). Brasília, 2002 .

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR – dezembro 2009.

CAETANO, R. *Inovações e trajetórias tecnológicas no território das imagens médicas*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR., M.; CARVALHO, Y. M. de (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; São Paulo: Hucitec, 2006.

CECÍLIO, L. C. de (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. Modelos technoassistenciais: pirâmide ao círculo: uma possibilidade a ser explorada. In: *Cadernos de Saúde Pública* (3): 469-78. Rio de Janeiro, 1997.

_____. Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil. In: ANS/Dipro/GGTAP. Relatório parcial do projeto de pesquisa. Rio de Janeiro, 2003.

COELHO, K. S. C. *Indicadores materno-neonatais na saúde suplementar: uma análise do Sistema de Informações de Produtos*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Instituto de Medicina Social, 2004.

DENIS & CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: Hartz Z (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: *Explorations in quality assessment and monitoring*. H A P (1). Ann Arbor, Michigan, 1980.

_____. *Explorations in quality assesment and monitoring*. In: Health administration press, Ann Arbor, Michigan, 1982.

_____. La investigación sobre la calidad de la atención médica. In: *Salud Pública de México*. Ciudad de México, 1986.

_____. Quality assurance in health care: consumers role quality. Health care, 1992.

DONNANGELO, M. C. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DRUMOND, JR., M. *Epidemiologia nos municípios – muito além das normas*. In: Col. Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec, 152, 2003 .

DUARTE, M. C. R. *Modelo organizacional da Unimed: estudo de caso sobre medicina suplementar*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

FLEURY, S. (Org). *Saúde coletiva? Questionando a onipotência social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. In: The Carnegie Foundation: (4), 1910.

GERSCHMAN, S; VIANNA, M. L. W. (Orgs.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. *Análise e relatório final contendo os modelos assistenciais existentes para os componentes de autogestão e seguros-saúde*. Agência Nacional de Saúde/Dipro/GEPEQ: Pesquisa, Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais para a ANS, 2004.

JÚNIOR, H. M. M. *O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte*. Dissertação de Doutorado, 2006.

KEESSNER, E.; KALK, C.; Y SINGER, J. Assessing health quality. The case for tracers. The New England Journal of Medicine, 1973, p.1888-194 (v.2888).

LEE, R. I.; JONES, L. W. *The fundamentals of good medical care*. In: Committee on the Costs on Medical Care. Chicago: University of Chicago Press (22), 1993.

MATUS, C. *Estratégias políticas*. São Paulo: Fundap, 1996.

_____. 1993. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Ipea. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br>>. Acesso em abril 2004.

MALTA, D. C. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte. Tese de Doutorado. Campinas, SP: Unicamp, Faculdade de Ciências Médicas, 2001.

MALTA, D. C.; MERHY, E. *A micropolítica do processo de trabalho em saúde*, revendo alguns conceitos. In: Revista Mineira de Enfermagem. Belo Horizonte: jan.-jun. 2003; 3; (7):61-6.

MATTOS, R. A. *Integralidade e a formulação de políticas específicas em saúde*. In: Mattos, R. A.; PINHEIRO, R. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. IMS/Uerj. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003, p.45-59.

MELLO, C. A. B. de. *Curso de direito administrativo*. 11ª ed. Malheiros Editores, 1999, p.629-30.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS I*. Salvador: ISC/UFBA; Casa da Qualidade Editora.

_____. *Os grandes dilemas do SUS II*. Salvador: ISC/UFBA; Casa da Qualidade Editora.

_____. *Uma agenda para a saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. E. *A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA, R. C. *Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde*. In: *Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento*. Brasília: (1), 1992.

MERHY, E. E. et al. *Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde*. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p.113-50.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. In: *Saúde em debate*. São Paulo: Hucitec (145), 2002.

MONTONE, J. Coletânea de artigos e palestras sobre o setor da saúde suplementar no Brasil. In: Ministério da Saúde/ANS: 2000-2003. Rio de Janeiro, 2004 .

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. *A Gestão do Sistema Único de Saúde: caracterís-*

ticas e tendências. In: *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.45-94.

OCKÉ, R. *Challenges to the private health plans regulation in Brazil*. In: Texto para discussão. Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

OLIVEIRA, L. C. M. de B. *As agências reguladoras e a terceirização do governo*. Folha do Estado de São Paulo, 14 mar. 2003.

O que é o planejamento estratégico situacional? In: Revista Espaço Acadêmico, janeiro de 2004. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, OMS. *A saúde no Brasil*. Brasília, 1998.

OMS. Evaluación de los programas de la salud, normas fundamentales. In: Serie Salud para todos, 1981.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Salud para todos en ano 2000*. Estratégias. Documento oficial n. 173, 1980.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PAIM, J. S. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: ISC/Ceps, 2002. 447 p.

PIOLA, S. F; VIANNA, S. M. *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. 3ª ed. Brasília: Ipea, 2002.

PUTNAM, R. *Comunidade e democracia*. (A experiência da Itália moderna). Rio de Janeiro: FGV, 1996.

SANTOS, L. A. Agencificação, publicização, contratualização e controle social – possibilidade no âmbito da reforma do aparelho do Estado. Brasília: Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar – Diap, 2000.

SANTOS, I. S. *O setor de planos e seguros de saúde e a saúde do trabalhador: que rumo devemos seguir?* 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAabrangenciadaregulacao/3_IsoaresSantos_SetorPlanosSeguros.pdf>.

SANTOS, F. P. *A regulação pública da saúde pública no Brasil: caso da saúde suplementar*. Dissertação de Doutorado, 2006.

SCATENA, M. A. N. *O ressarcimento ao SUS: análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2004.

STOVER, C.; QUIGLEY, K.; KRAUSHAAR, D. L. Guidelines for setting up a managed health care plan, health financing and management guidelines. In: Management Sciences for Health. Boston, 1996.

TEIXEIRA, A. *Mercado e imperfeições de mercado: o caso da saúde suplementar*. In: Cadernos de Saúde Suplementar. Segundo Ciclo de Oficinas. Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2000.

TEIXEIRA, A.; BAHIA, L.; VIANNA, M. L. W. *Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas no Brasil*. In: TEIXEIRA, A. (Org.). Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ANS, 2002, p.19-35.

THOMPSON, J. W. et al. *The NCQA's Quality Compass: evaluating managed care in the United States*. In: Health Affairs. New York: 1998, p.152-8 (17).

UGÁ, M. A. D. et al. *A regulação da atenção à saúde nos EUA*. In: TEIXEIRA, A. (Org.). Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da Atenção Médica Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002, p.264.

VICTORIA, C. G. *Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil*. In: Revista Brasileira de Epidemiologia. Rio de Janeiro, 2001 (4).

VILAÇA, E. *Atuar em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.

TESTA, M. *Planejamento em saúde: as determinações sociais*. Opas, 2001.

WALKER, G. J. A.; WINT, B. *Evaluación de la calidad de la atención médica en Jamaica*. In: Fórum Mundial de la Salud, 1987 (8), p.568-73.

WANICK, A. T. de S. *Risco moral, seleção adversa e regulação no mercado de saúde suplementar*. Dissertação de Mestrado, 2002.

ANEXOS

Quadro I - BENEFICIÁRIOS DE PLANOS COM COBERTURA HOSPITALAR

	RELATÓRIO APROVADO NA CÂMARA DOS DEPUTADOS - ARTIGO 12	LEI N. 9.656/98 ALTERADA PELA MEDIDA PROVISÓRIA N. 1.665 DE 04/06/1998 - ARTIGO 12
I	Caput - São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:	Caput - São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde, nas segmentações previstas nos incisos de I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano ou seguro-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:
II	I - quando incluir atendimento ambulatorial: a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializada, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;	I - quando incluir atendimento ambulatorial: a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;
III	II - quando incluir internação hospitalar: a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;	II - quando incluir internação hospitalar: a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
IV	II - quando incluir internação hospitalar: d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;	II - quando incluir internação hospitalar: d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

VI	<p>II - quando incluir internação hospitalar: e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato; § 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro referência, mencionado no art. 10 deve constar: I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido; II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.</p>	<p>II - quando incluir internação hospitalar: e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato; Parágrafo único. Da documentação relativa à contratação de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro referência, mencionado no art. 10, deve constar declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano ou seguro-referência, a de que este lhe foi oferecido.</p>
----	---	--

Quadro II CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

MODELO I PROJETO APROVADO PELA CÂMARA DOS DEPUTADOS EM OUT. DE 97	MODELO II LEI N. 9.656/98 ALTERADA PELA MEDIDA PROVISÓRIA 1665
<p>Art. 6º Fica criada a Câmara de Saúde Suplementar como órgão do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, com competência privativa para se pronunciar acerca das matérias de sua audiência obrigatória, previstas no art. 3º, bem como propor a expedição de normas sobre:</p>	<p>O art. 6º é revogado, e o artigo 3º é alterado com a supressão do “ouvido, obrigatoriamente, o órgão instituído nos termos do art. 6º desta Lei, ...”. A CSS passa a ser regida pelo Art. 35 - B, que cria o CONSU, em seu parágrafo segundo:</p>
<p>I - regulamentação das atividades das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde;</p>	<p>Fica instituída, no âmbito do CONSU, a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo, integrada: I - por um representante de cada Ministério a seguir indicado; a) da Saúde, na qualidade de seu Presidente; b) da Fazenda; c) da Previdência e Assistência Social; d) do Trabalho; e) da Justiça</p>
<p>II - fixação de condições mínimas dos contratos relativos a planos e seguros privados de assistência à saúde;</p>	<p>II - pelo Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário</p>
<p>III - critérios normativos em relação aos procedimentos de credenciamento e destituição de prestadores de serviço do sistema, visando assegurar o equilíbrio das relações entre os consumidores e os operadores de planos e seguros privados de assistência à saúde;</p>	<p>III - pelo Superintendente da SUSEP, ou seu representante;</p>

<p>VI - estabelecimento de mecanismos de garantia, visando preservar a prestação de serviços aos consumidores;</p>	<p>VI - por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicados:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Conselho Nacional de Saúde; b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde; d) das entidades de defesa do consumidor; e) de entidades de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde; f) dos órgãos superiores de classe que representem os estabelecimentos de seguro; g) dos órgãos superiores de classe que representem o segmento de auto-gestão de assistência à saúde; h) dos órgãos superiores de classe que representem a medicina de grupo; i) das entidades que representem as cooperativas de serviços médicos; j) das entidades filantrópicas da área de saúde; l) das entidades nacionais de representação da categoria dos médicos; m) das entidades nacionais de representação da categoria dos odontólogos; n) dos órgãos superiores de classe que representem as empresas de odontologia de grupo; o) da Federação Brasileira de Hospitais.
<p>V - o regimento interno da própria Câmara.</p>	<p>§ 4º Os membros da Câmara de Saúde</p>

