

Integração do Setor de Saúde Suplementar ao Sistema de Saúde Brasileiro

(3 anos da lei 9.656)

Januario Montone, Diretor Presidente da ANS

Rio de Janeiro-RJ

SÉRIE ANS - 2

Integração do Setor de Saúde Suplementar ao Sistema de Saúde Brasileiro

(3 anos da Lei 9.656)

Januario Montone, Diretor Presidente da ANS

**Palestra proferida no Conselho
Nacional de Saúde**

Julho de 2001

Rio de Janeiro - RJ

Presidente da República: Fernando Henrique Cardoso

Ministro da Saúde: José Serra

Secretário-Executivo: Barjas Negri

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

PRESIDÊNCIA

Diretor-Presidente: Januario Montone

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS

Diretor : João Luís Barroca de Andréa

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

Diretor: Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

Diretora: Solange Beatriz Palheiro Mendes

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

Diretora: Maria Stella Gregori

DIRETORIA DE GESTÃO

Diretor: Januario Montone

É permitida a reprodução, total ou parcial, desde que citada a fonte.

Tiragem: 5.000 exemplares

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar
Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde
brasileiro / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde
Suplementar - Rio de Janeiro: ANS, 2001.

35 p. il.

ISBN 85-334-0374-7

1) Saúde Suplementar - Regulamentação do setor. I. Brasil.
Agência Nacional de Saúde Suplementar. II. Título.

Série ANS- número 2

CDU - 614.2(81)

Sumário

Introdução	7
Modelo de Regulação no Brasil	8
Objetivos da Regulamentação do Setor de Saúde Suplementar ..	11
Estratégias de Implantação	12
Revisão das Estratégias de Implantação	16
Balço da Regulamentação e das Estratégias de Atuação	19
Indicadores e Resultados	25
Impactos e Desafios	28
Perspectivas	31

INTRODUÇÃO



Qualquer avaliação da ação da ANS na regulamentação dos planos privados de assistência à saúde, assim como dos impactos mais gerais da regulação no setor de saúde suplementar, deve considerar as estratégias de implementação definidas por seus marcos legais: a lei 9.656/98, a MP 1.661/98 (hoje MP 2.097) e a lei 9.961/00.

Definidas a partir da realidade do setor, que se desenvolveu num período de mais de trinta anos sem estar submetido a qualquer regulamentação específica, e revistas ao longo do próprio processo como decorrência natural do maior acúmulo de informações sobre o setor, elas estabelecem as dimensões de atuação da ANS, base, portanto, da avaliação de sua atuação e dos impactos e perspectivas da regulação num sentido mais amplo.



O modelo de regulação do setor de saúde suplementar que emerge do Congresso Nacional, depois de quase uma década de discussão, é diferenciado em relação à experiência internacional. Na maioria dos países a regulação é feita a partir da atividade econômica em si, atuando sobre as empresas do setor, garantindo suas condições de solvência e a competitividade do mercado. No Brasil a opção foi por regular também - e fortemente - o produto oferecido, ou seja a assistência à saúde, com medidas inovadoras como a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos.

É importante lembrar que a regulamentação do setor de saúde suplementar, exigida pela Constituição de 1988, surge apenas em 1998, quando o SUS já apresentava, no mínimo, cinco importantes marcos em seu processo de construção: a Lei Orgânica da Saúde, lei 8080/90, a extinção do INAMPS, a NOB – Norma Operacional Básica/93, a NOB/96 e a implantação do PAB - Piso da Atenção Básica em 1998.

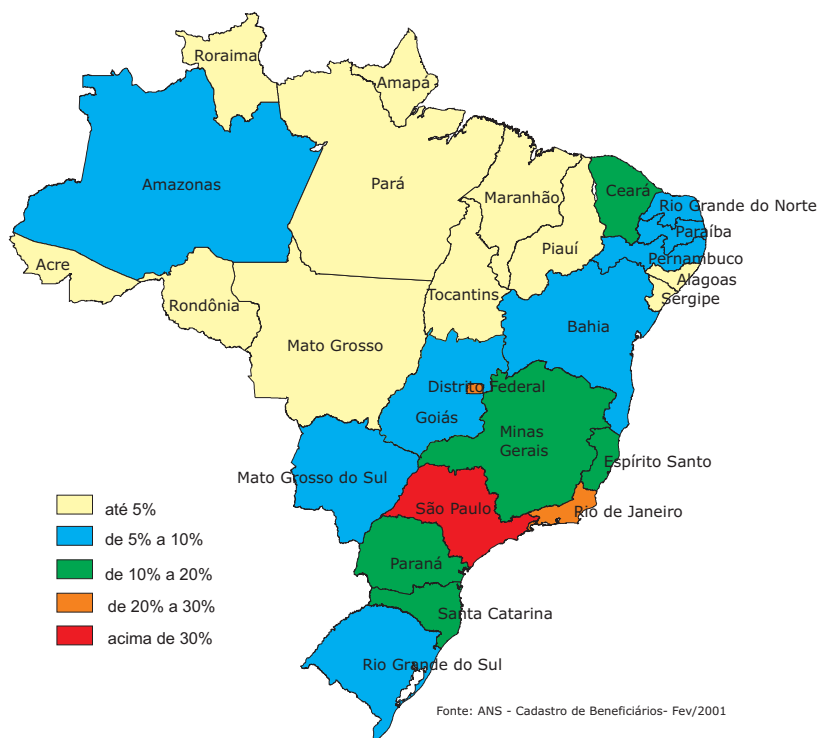
Também é importante reafirmar a relevância da regulamentação desse setor por seus evidentes impactos na população brasileira. Dois aspectos merecem destaque: a taxa de cobertura da população brasileira pela saúde suplementar e a taxa de concentração do número de beneficiários por operadoras.

Taxa de Cobertura: considerando os dados cadastrais da ANS, de fevereiro de 2001, 16,2% dos brasileiros são usuários

de planos privados de assistência à saúde, embora as estimativas elaboradas com base na PNAD/IBGE (de 1998) indiquem que a taxa de cobertura da população brasileira pelos planos de saúde atingiria cerca de 1/4 da população.

É no estado de São Paulo que, indicam os dados cadastrais, registra-se a maior taxa de cobertura da população: 35,15%. O Distrito Federal (com 25,65%) e o Rio de Janeiro (com 23,48) vêm a seguir. As demais unidades federativas registraram taxas de coberturas inferiores a 20%.

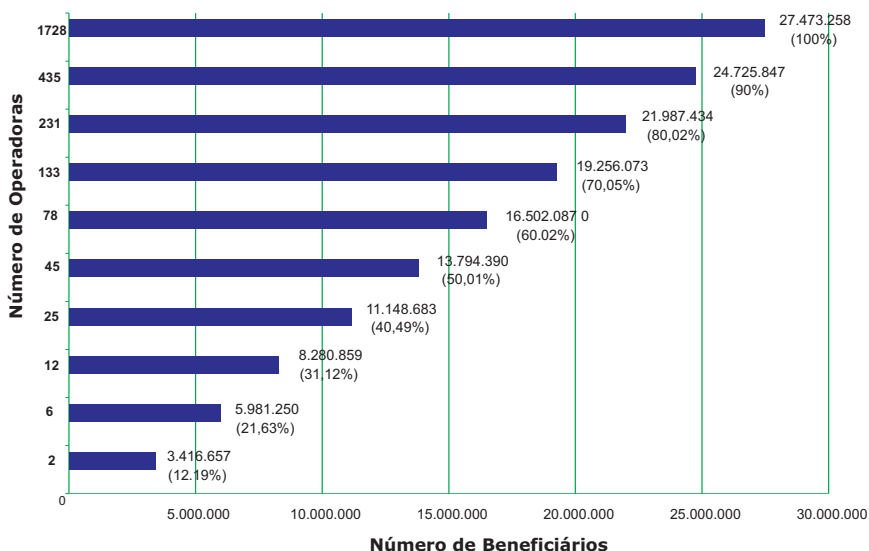
Taxa de cobertura por unidade da federação



Esses percentuais referem-se ao total de usuários cadastrados, portanto abaixo do total estimado e com coberturas assistenciais bastante diferenciadas, mas isso não diminui seu impacto.

Taxa de Concentração: são 1.728 operadoras atuando no setor, mas neste quadro verifica-se que apenas 45 delas são responsáveis por metade dos usuários e que 80% destes são atendidos por apenas 231 operadoras.

Concentração de beneficiários por operadora fevereiro/2001



OBJETIVOS DA REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR



Os objetivos básicos e as estratégias diferenciadas de implementação da regulamentação, surgem claramente do marco regulatório e evoluem a partir da ampliação do conhecimento sobre o setor.

Os objetivos da regulamentação poderiam ser resumidos em seis pontos:

1. Assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso;
2. Definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor;
3. Definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde contratados pelos consumidores;
4. Dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados de assistência à saúde no sistema público;
5. Estabelecer mecanismos de controle da abusividade de preços;
6. Definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar.



As estratégias de implantação para a consecução desses objetivos são diferenciadas em razão da precariedade conjuntural do setor, não regulado e pouco conhecido. À época, em 1998, o diagnóstico existente era inconsistente e informações fundamentais eram ignoradas pois havia:

- Um número não conhecido de operadoras (então estimado em 700) com as mais diversas características e formatos jurídicos (sociedades civis com e sem fins lucrativos, subdivididas nas chamadas medicina de grupo, nas cooperativas e instituições filantrópicas, além das seguradoras e das entidades e sistemas de auto-gestão);
- Um número não conhecido de consumidores (estimado em 40 milhões), pessoas jurídicas e pessoas físicas, com as mais variadas modalidades de contrato e uma enorme incidência de cláusulas leoninas, principalmente em relação a acesso e aumento de preços;
- Uma infundável variação de modelos de cobertura assistencial, variando da integral (minoritária) à ambulatorial e hospitalar “básica” (amplamente majoritária);
- Ausência de experiência governamental de regulamentação do setor

Quanto à cobertura assistencial e às condições de acesso

Quanto à cobertura assistencial e condições de acesso, a mudança foi integral e imediata para os novos usuários. Foi proibida a comercialização de planos com cobertura inferior à do Plano Referência, ressalvada a segmentação admitida pela própria lei (ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia e odontológico).

Para os usuários de contratos antigos, a implantação seria progressiva. De imediato estendeu-se a esses usuários garantias fundamentais de acesso e cobertura: proibição da interrupção da internação hospitalar (inclusive em unidade de terapia intensiva), atendimento de urgência e emergência, renovação automática dos contratos individuais, proibição da rescisão unilateral (exceto por inadimplência superior a 60 dias) e garantia de inscrição e atendimento ao filho recém nascido.

Após um ano da vigência da lei, portanto a partir de 03/12/99, adaptação de todos os contratos às coberturas e condições de acesso da regulamentação passou a ser obrigatória.

O cenário projetado era ter todos os consumidores de planos privados de assistência à saúde com contratos inteiramente enquadrados na regulamentação a partir de janeiro de 2000.

Quanto ao controle das operadoras e aos mecanismos de garantia

Quanto às condições de operação e aos mecanismos de garantia assistencial e econômico-financeira a estratégia de implantação era progressiva e remetia fortemente à regulamentação posterior.

A partir da vigência da lei estabeleceu-se um controle provisório, limitado à obrigatoriedade de obtenção de registro provisório para as empresas que já operavam ou que viessem a operar até a implantação da regulamentação das exigências para autorização de funcionamento, condições de operação e de saída do setor (mantidas as exigências setoriais específicas, especialmente no caso das seguradoras).

Foi remetida à regulamentação a elaboração das normas de registro definitivo, bem como a definição e implantação dos sistemas de garantias assistenciais e econômico-financeiras.

Quanto ao ressarcimento ao SUS

O Ressarcimento ao SUS era auto-aplicável enquanto norma, mas dependia da implementação de seus três pressupostos essenciais: o cadastro de beneficiários dos planos privados de assistência à saúde, a fixação dos valores a serem ressarcidos (através da *TUNEP*) e o desenvolvimento do sistema de informações e processamento.

Quanto ao controle da abusividade de preços

O controle e o combate à abusividade dos preços comportava uma ação imediata, sem diferenciação entre contratos e usuários anteriores ou posteriores à regulamentação. Essencialmente, os reajustes e aumentos nos planos individuais só poderiam ser aplicados com autorização da ANS; os reajustes por faixa etária seriam fixados e controlados pela Agência sendo proibidos reajuste para faixas etárias acima de 60 anos.

Uma etapa posterior deveria ser implementada através das ações de fiscalização e controle e do aumento da competitividade do setor.

Quanto ao modelo de regulação

O sistema de regulação seria bipartite. A competência para a regulamentação, normatização e fiscalização das operadoras foi atribuída ao Ministério da Fazenda, através do CNSP e da SUSEP e a dos serviços prestados foi atribuída ao Ministério da Saúde, através do CONSU e do DESAS. Também foi criada uma instância consultiva permanente – a Câmara de Saúde Suplementar.



A experiência decorrente da implementação da regulamentação conduziu a dois fortes ajustes nas estratégias de implementação ao final de 1999:

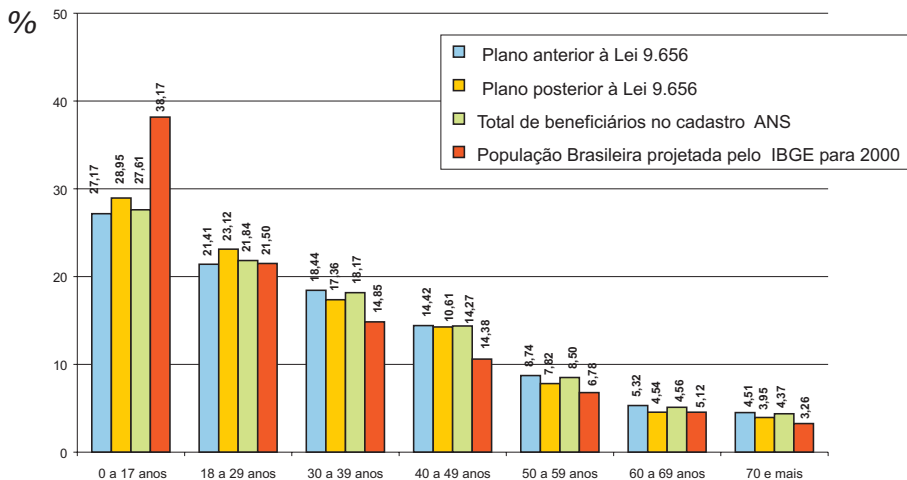
Quanto à cobertura assistencial e às condições de acesso

A adaptação dos contratos antigos deixa de ser obrigatória e transforma-se num direito do consumidor e numa obrigação das operadoras (que devem oferecê-la aos seus consumidores a partir de dezembro de 1999).

Essa alteração resulta num cenário no qual, por um período indeterminado de tempo, o setor comportará um conjunto de usuários (que hoje representam 25% dos usuários cadastrados) inteiramente abrangidos pela regulamentação e outro que mantém suas coberturas e condições de acesso contratuais, acrescidas daquelas consideradas gerais pela regulamentação.

Abaixo apresentamos tabela e gráfico sobre a distribuição por faixa etária dos usuários vinculados a contratos anteriores e posteriores à regulamentação. Verifica-se que, exceto para a faixa até 17 anos, esta distribuição se assemelha muito à distribuição geral da própria população brasileira.

Percentual de usuários de planos de saúde por faixa etária e situação do contrato em relação à lei 9.656/98, segundo cadastro ANS



Faixa etária	Plano Anterior à Lei 9.656/98		Plano Posterior à Lei 9.656/98		Total	
	Quantidade de beneficiários	%	Quantidade de beneficiários	%	Quantidade de beneficiários	%
0 a 17 anos	5.903.968	27,17	2.111.270	28,95	8.015.238	27,61
18 a 29 anos	4.653.204	21,41	1.686.055	23,12	6.339.259	21,84
30 a 39 anos	4.007.559	18,44	1.265.975	17,36	5.273.534	18,17
40 a 49 anos	3.134.730	14,42	1.040.577	14,27	4.175.307	14,38
50 a 59 anos	1.898.458	8,74	570.136	7,82	2.468.594	8,50
60 a 69 anos	1.155.358	5,32	331.346	4,54	1.486.704	5,12
70 e mais	980.375	4,51	288.317	3,95	1.268.692	4,37
TOTAL	21.733.652	100,00	7.293.676	100,00	29.027.328	100,00

Quanto ao modelo de regulação

O modelo de regulação é alterado e unificado em duas etapas. Na primeira, todas as atribuições de regulação, normatização e fiscalização são atribuídas ao Ministério da Saúde e, na segunda, à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

O modelo é significativamente fortalecido pois além de unificar as atribuições, com evidente ganho de eficiência e eficácia, representa sua inserção na esfera do novo aparato de intervenção do estado brasileiro, o das agências reguladoras, potencializando a efetividade da regulamentação.

Significa, também, um fortalecimento das suas instâncias colegiadas: tanto a deliberativa - o CONSU - como a consultiva – a Câmara de Saúde Suplementar – que passam a atuar sobre o conjunto da regulação.

BALANÇO DA REGULAMENTAÇÃO E DAS ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO



É a partir dessas estratégias de implantação da regulamentação que a ANS organiza suas ações. Com a finalidade de ampliar a visibilidade dos objetivos estratégicos das principais ações desenvolvidas até este momento, elas foram agrupadas nas seguintes dimensões de atuação :

- a) Transição do modelo de regulação
- b) Regulação da cobertura assistencial e das condições de acesso
- c) Regulação das condições de ingresso, operação e saída do setor
- d) Regulação de preço
- e) Efetividade da regulação
- f) Comunicação, informação e instâncias de participação
- g) Ressarcimento ao SUS

Destaque para as principais ações em cada uma dessas dimensões:

Transição do modelo de regulação

Foram dois os principais desafios para operar a transição do modelo bipartite de regulação para o atual: a revisão e uniformização das normas e procedimentos e a própria

instalação física e organizacional da Agência. Relevante aqui, a revisão dos procedimentos para Registro Provisório das Operadoras e de Produtos e a implantação da Nota Técnica Atuarial para registro de produtos.

Quanto à estruturação da ANS:

- A elaboração do Regimento Interno e a estruturação da Diretoria Colegiada e das Diretorias Executivas;
- A instalação da sede no Rio de Janeiro, da regional de Brasília e regional de São Paulo;
- A implantação do Sistema de Arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar;
- A elaboração do Contrato de Gestão;
- Início do processo de Planejamento Estratégico e
- A definição e a seleção do Quadro de Pessoal Temporário

A composição do quadro permanente de recursos humanos da Agência ainda está por ser solucionada. As contratações temporárias só puderam ser iniciadas este ano (devido à legislação eleitoral) e sofreram alguns embargos jurídicos. A estruturação da carreira e a realização dos concursos para o quadro permanente estão suspensas devido a liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal a uma Ação Direta de Inconstitucionalidade impetrada pelo PT contra a figura do emprego público nas agências reguladoras.

Regulação da cobertura assistencial e das condições de acesso

Nesta dimensão, os mais importantes avanços ocorreram na regulação dos contratos novos, com:

- A definição do Plano Referência
- A revisão do Rol de Procedimentos Odontológicos
- A revisão do Rol Procedimentos Médicos e
- A definição dos Procedimentos de Alta Complexidade para fins de Cobertura Parcial Temporária

A regras para adaptação dos contratos antigos, embora já tenham sido objeto de Consulta Pública e de discussões internas na ANS, ainda não foram editadas, principalmente porque ainda não foram definidos mecanismos eficazes para induzir à migração expressiva de usuários de planos antigos para o modelo regulado.

Regulação da condições de ingresso, operação e saída do setor

Nesta dimensão os avanços são expressivos, pois foi:

- Implantado o Plano de Contas Padrão que, juntamente com o DIOPS - sistema de informações econômico-financeiras, garantirá maior transparência das operações.
- Definida a figura do Coordenador de Informações Assistenciais e está em curso uma consulta pública referente ao Sistema de Acompanhamento das Informações Assistenciais.

Também foram definidos os instrumentos de monitoramento e intervenção:

- A sistemática para exigência de Plano de Recuperação;
- Os Regimes Especiais de Direção Técnica, Direção Fiscal e de Liquidação Extrajudicial.

Completando o sistema, está em consulta pública a RDC (resolução da Diretoria Colegiada) de Alienação Compulsória de Carteiras que visa à manutenção da cobertura assistencial dos usuários de operadoras que vierem a ser liquidadas pela ANS.

Além disso, foi regulamentada a Transferência Voluntária de Carteiras, definida a Segmentação das Operadoras, base para o sistema de garantias e regulamentadas as condições de operação das Seguradoras Especializadas em Saúde.

O Sistema de Garantias Financeiras foi elaborado a partir de uma Câmara Técnica específica e, após ampla consulta pública e debate na Câmara de Saúde Suplementar, deverá ser institucionalizado em junho 2001.

Regulação de preço

Quanto à regulação de preços, os objetivos mais imediatos foram atingidos embora uma política definitiva para o setor ainda esteja em construção.

Para os casos de grave comprometimento das operadoras que possam afetar as condições de cobertura assistencial, foi regulamentada a Revisão Técnica.

As normas para os Reajustes de 2000/2001 e para 2001/2002 foram fixadas. Continua em andamento a Câmara Técnica de Regulação de Preços para subsidiar a elaboração de uma Política de Controle de Preços.

Efetividade da regulação

No esforço de garantir a efetividade da regulação, a ANS além de reorganizar os procedimentos e de unificar a fiscalização dos aspectos econômico-financeiros e assistenciais, incrementou fortemente as ações de fiscalização preventiva.

A norma de Penalidades foi revisada incorporando as vantagens específicas que tipificam o modelo de agência. Criado o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta que objetiva uma ação mais abrangente.

A fiscalização indireta foi exercida através de requerimentos especiais para: o acompanhamento da situação econômico-financeira, a atualização de cadastro de usuários, a verificação das irregularidades nos contratos e, finalmente, o recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar.

Comunicação, informação e instâncias de participação

Aqui, além do *site* da ANS, foi criado um núcleo de atendimento a operadoras e agilizados os atendimentos através do *Disque Saúde/MS*. Implantado na *homepage*, também, um sistema especial para consulta, com informações

sobre os reajustes aprovados pela ANS e quanto às cláusulas contratuais, visando a orientar os usuários.

A inauguração da central de atendimento ao consumidor *DISQUE ANS* está prevista para o dia 20 de junho de 2001.

Quanto às instâncias de participação, destacam-se: a reorganização da Câmara de Saúde Suplementar, que apesar de alguns incidentes tem cumprido seu calendário desde junho de 2000; instalação de 5 Câmaras Técnicas (uma ainda em andamento - Política de Regulação de Preços); e realização de 4 Consultas Públicas (além de duas que estão em pleno andamento - Alienação Compulsória de Carteiras e Sistema de Informações Assistenciais).

Ressarcimento ao SUS

O Ressarcimento ao SUS foi completamente regulamentado e implantado, mas ainda apresenta baixa efetividade devido aos inúmeros recursos e ações judiciais. O sistema acaba de ser reformulado para corrigir dois problemas: a dispersão de análise aos gestores estaduais e municipais facilitava a política de recursos das operadoras e a baixa adesão dos gestores ao Sistema.



A seguir são apresentados alguns indicadores e seus resultados, cuja finalidade é oferecer uma visão mais objetiva e mensurável da atuação da ANS.

Arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar

A arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar ficou dentro das expectativas. Foram arrecadados R\$ 40 milhões no ano de 2000 e quase R\$ 9 milhões no primeiro trimestre de 2001. É importante ressaltar que no primeiro recolhimento da taxa, em março de 2000, 1.106 operadoras efetuaram o recolhimento, número que cresce para 1.467 operadoras em março deste ano.

Arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar

2000	2001
R\$ 40.4 milhões	R\$ 8.8 milhões

Ações de fiscalização

O resultado das ações de fiscalização direta parecem indicar maior adesão à regulamentação, com a média de autuações por operadora reduzindo-se de 5,3 para 1,9 entre 2001 e 2000.

Ações de Fiscalização Direta

	2000	2001
Número de autos	2183	184
Operadoras autuadas	410	96
Média autos/operadora	5,3	1,9

Ressarcimento ao SUS

O Sistema de Ressarcimento identificou 204 mil atendimentos do SUS a usuários de Planos Privados de Assistência à Saúde (menos de 1% do total).

Ressarcimento ao SUS

	AIHs geradas	AIHs identificadas	%
AIHs identificadas	20,7 milhões	204 mil	0,99
	Valores TUNEP	R\$ 276,6 milhões	
	Valores SUS	R\$ 115,8 milhões	
Valores Cobrados		R\$ 21.6 milhões	
Valores Recebidos		R\$ 3.4 milhões	

AIH- autorização de internação hospitalar (SUS)

Mesmo tendo sido capaz de gerar o processamento de R\$ 276,6 milhões de ressarcimentos potenciais, os processos concluídos para cobrança atingem menos de 10% desse valor (R\$ 21,6 milhões) e apenas R\$ 3,5 milhões foram efetivamente recebidos. A alteração de sistemática, já introduzida, deverá aumentar a efetividade do sistema.

Operadoras sob Regimes Especiais

Sete Operadoras estão sob Regimes Especiais: duas foram liquidadas (ADRESS E UNICOR); a BIOMED, SMB e CLIMOJ - todas com sede no Rio de Janeiro - estão sob Direção Fiscal e a UNIMED São Paulo e a MILLER - esta também do Rio - estão sob Direção Técnica e Fiscal.

Operadoras sob Regimes Especiais

Operadoras em liquidação	Operadoras sob direção fiscal	Operadoras sob direção técnica e fiscal
ADRESS (RDC 48)	BIOMED (RDC 52)	UNIMED São Paulo (RDC 44)
UNICOR (RDC 48)	SMB (RDC 61)	MILLER (RDC 60)
	CLIMOJ (RDC 63)	

Ações judiciais contra a ANS

No terreno do Judiciário conseguimos responder adequadamente a 75 mandados de segurança, evitando ou suspendendo liminares, mas outras 25 foram concedidas, mesmo que parcialmente, principalmente relativas à Taxa de Saúde Suplementar.

Ações judiciais contra a ANS

	Taxa de Saúde Suplementar	Ressarcimento ao SUS	Revisão Técnica
Improcedentes	47	27	1
Procedentes	12	1	-
Procedentes em parte	12	-	-
TOTAL	71	28	1



Estabelecidos os pressupostos estratégicos da regulamentação, é possível efetivamente avaliar os seus impactos - que são, sem dúvida, positivos - e nos desafios vindouros.

Um balanço recentemente publicado pelo jornal o Estado de São Paulo sob o título "Regulando o Irregular", reflete as dificuldades enfrentadas nesse processo. A manchete é inaceitável - por princípio, pois a sociedade brasileira definiu claramente que exige a regulação da atividade privada na área da saúde.

Contudo, no encerramento da matéria, uma avaliação da Dra. Regina Parisi (do CREMESP e integrante deste Conselho), pode ser um resumo do processo. Diz a Dra. Regina que "o equilíbrio está em que ninguém ganhe nem perca muito. Se um dos lados estiver plenamente contente, a agência não estará cumprindo sua função". Isso talvez explique um pouco os embates jurídicos e as polêmicas levantadas na mídia:

- As operadoras recorrem aos tribunais para questionar o poder regulatório da ANS, a legalidade da taxa, a inconstitucionalidade do ressarcimento e da intervenção no controle de preços e nos contratos antigos.
- O Ministério Público aciona a ANS exigindo que em 90 dias toda a regulamentação esteja completada, cumprindo cada uma das 34 atribuições legalmente estabelecidas à ANS pela lei 9.961/00.

- Organizações Não Governamentais impetram mandados de segurança visando a suspender o instrumento da Revisão Técnica e as duas revisões autorizadas pela ANS.
- Entidades médicas e de defesa do consumidor recolocam na agenda de discussões o instituto da doença ou lesão preexistente, utilizando-se para isso de uma ação absolutamente coerente da ANS de Revisão do Rol de Procedimentos Médicos, que nada tem a ver com a figura da doença ou lesão preexistente, e a definição, já revista e aperfeiçoada, do Rol de Procedimentos de Alta Complexidade para fins de Cobertura Parcial Temporária. Assim procedendo parecem ignorar que a regulação brasileira simplesmente aboliu qualquer discussão técnico-científica sobre o assunto ao definir, juridicamente, que ela só existe quando o usuário é portador e sabe que é portador de uma doença ou lesão na assinatura do seu contrato. Acrescente-se que o ônus da prova de uma eventual fraude é da operadora, que não pode suspender o atendimento até que a ANS julgue e aceite seus questionamentos. Portanto, não se trata de exclusão nos moldes dos contratos antigos, mas de uma carência de 24 meses para um conjunto, agora perfeitamente definido e restrito, de procedimentos.
- Na mídia desenrola-se um debate aparentemente contraditório entre consumidores que não aceitam qualquer índice de reajuste ou revisão da rede assistencial e de prestadores que constróem índices de variação de preços, onde os medicamentos de uso contínuo são analisados pela Tabela de Preços Máximos ao Consumidor do balcão da farmácia.

- Também da mídia vêm as vozes representativas de um mercado que insiste em falar da confusão da regulamentação - com mais de 40 Medidas Provisórias e de 70 Resoluções - e da inviabilização do setor pela ANS, quando a maioria das reedições da MP 2.097 é simplesmente isso: uma reedição! Às vezes com pequenos ajustes e, ao longo desses 3 anos, com três modificações realmente importantes e de impacto - a definição de plano privado de assistência à saúde, a unificação da regulação na ANS e a equiparação das seguradoras especializadas em saúde. Quando pouco mais de 20 Resoluções da Diretoria Colegiada da ANS são de regulação - as demais são organizativas, administrativas ou meramente operacionais - e estas são todas de importância evidente, já descritas nesta apresentação inclusive e, a maioria delas, amplamente discutidas e preparadas. Quando mais de 7 milhões de usuários ingressaram no setor após a regulamentação ou adaptaram seus contratos antigos.

Independente das distorções oriundas da polêmica e do embate entre os diversos agentes do setor, são debates importantes e cada um deles explicita um desafio que terá que ser enfrentado.



É missão desta primeira Diretoria da ANS consolidar a Agência enquanto instrumento social de regulação do setor de saúde suplementar e, para isso, será necessário enfrentar, ainda este ano, no mínimo 4 grandes desafios:

1. A conversão em lei da MP 2.097. Ao questionarmos o debate frágil das republicações, não significa que a Direção da ANS defende a manutenção de parcela fundamental do marco regulatório como medida provisória. Estes 3 anos de edição da lei 9.656/98 e de implantação da regulação devem orientar os ajustes necessários para a conversão da MP.
2. A conclusão da regulamentação básica de condições de ingresso, operação e saída, configurada pelas normas de registro definitivo das operadoras e de produtos; de fusão, cisão e transferência de controle acionário e de garantias assistenciais.
3. A implantação de uma sistemática eficaz para viabilizar a transferência dos usuários de operadoras que venham a ser liquidadas, por falta de condições reais de operação (embora haja discussões sobre a pertinência de tal sistemática). A liquidação preserva, evidente que no limite dos bens da operadora e de seus proprietários e dirigentes, os direitos pecuniários dos usuários, dos prestadores e credores de maneira geral. Porém, ela também significa a cessação das atividades da operadora e, portanto, da prestação de serviços de assistência à saúde aos seus usuários.

4. A ampla adaptação dos contratos antigos à regulamentação. A efetividade da regulamentação e os efeitos positivos que dela são esperados, tanto em relação à saúde de seus usuários como em relação à rápida e eficaz garantia de seus direitos, estará comprometida enquanto 75%, no mínimo, dos usuários estiverem enquadrados em contratos antigos.

É certo que a ação dos órgãos de defesa do consumidor e do judiciário tem propiciado avanços nessa área, a partir do Código de Defesa do Consumidor, mas mantenho minha convicção de que isso deve servir de diretriz para que todos os atores do setor busquem uma solução factível, justa e equilibrada para um processo massivo de adaptação dos contratos antigos à regulamentação, principalmente os individuais e familiares, mais expostos aos abusos cotidianos e com menor capacidade de defesa de seus direitos.

Finalmente, concluindo, é desejo da direção da ANS que o Conselho Nacional de Saúde examine duas proposições:

1º. Aprofundar a discussão sobre a interface SUS - Saúde Suplementar não apenas a partir do sistema comprador, mas do sistema produtor dos serviços de saúde. A produção de serviços de assistência à saúde em nosso país é essencialmente privada ou pública não estatal. Tanto o SUS como o Setor de Saúde Suplementar compram a maioria dos seus serviços, principalmente os de média e alta complexidade, de prestadores privados ou públicos não estatais. Recente apresentação do INCA apontava que 80% dos serviços

comprados pelo SUS nesta área são de prestadores privados ou públicos não estatais. Creio que este é um dos eixos importantes na organização da saúde pública brasileira, envolvendo as estratégias de alocação de recursos - públicos e privados - para investimento na ampliação e regionalização dos serviços; e

- 2º. Convocar semestralmente a ANS para prestar contas e debater a evolução da regulação do setor de saúde suplementar e sua integração ao SUS.

Muito obrigado.

SÉRIE ANS

1. O Impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar
2. Integração do Setor de Saúde Suplementar ao Sistema de Saúde Brasileiro

Edição, informação e distribuição:

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

RIO DE JANEIRO

Avenida Augusto Severo, 84, 10º andar, Glória
CEP 20021-040 Rio de Janeiro, RJ - Brasil
Tel.: (21) 2505-0000

SÃO PAULO

Av. Bela Cintra, 986, 4º andar, Cerqueira César
CEP 04750-080 São Paulo, RJ - Brasil
Tel.: (11) 239-3724/3104-6796
Fax: (11) 239-1722

DISTRITO FEDERAL

Setor de Autarquias Sul, Quadra 01, Bloco A – 10º andar
CEP 70070-905 Brasília, DF - Brasil
Fone: (61) 325-2127
Fax: (61) 226-9512

home page: <http://www.ans.gov.br>
Disque ANS: 08007019656

