

Evolução e Desafios da
Regulação do Setor
de Saúde Suplementar



Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar

Subsídios ao Fórum
de Saúde Suplementar

Série ANS nº 4

Rio de Janeiro
2003

© 2003. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Série ANS, nº4
Tiragem: 5.000 exemplares
Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Luiz Inácio Lula da Silva
Presidente da República

Humberto Sérgio Costa Lima
Ministro de Estado da Saúde

Januario Montone
Diretor-Presidente / Diretor de Gestão (DIGES)

João Luis Barroca de Andréa
Diretor de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO)

José Leôncio de Andrade Feitosa
Diretor de Desenvolvimento Setorial (DIDES)

Maria Stella Gregori
Diretora de Fiscalização (DIFIS)

Solange Beatriz Palheiro Mendes
Diretora de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE)

Catálogo na fonte
FICHA CATALOGRÁFICA

Montone, Januario
Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde
Suplementar / Januario Montone, Agência Nacional de Saúde
Suplementar (Brasil). - Rio de Janeiro: ANS, 2003.
72 p.: tabs. - (Série ANS, 4)
ISBN - 85-334-0730-0
1. Saúde Suplementar. 2. Regulação. 3. Legislação.
4. Ressarcimento ao SUS. I. Título. II. Série.

CDD 362.1

Sumário

I - HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DO MODELO	7
A Lei 9.656/98 - O debate na Câmara dos Deputados	7
A Lei 9.656/98 e a MP 1.665/98 - O debate no Senado	10
A unificação da regulação e a criação da ANS	14
II - EVOLUÇÃO DA REGULAÇÃO	18
1. Cobertura assistencial e condições de acesso	18
2. Condições de ingresso, operação e saída do setor	23
3. Regulação de preço	27
4. Fiscalização e efetividade da regulação	32
5. Comunicação e informação	39
6. Ressarcimento ao SUS	44
III - DESAFIOS DA REGULAÇÃO	48
Desafios estratégicos	48
Desafios conjunturais	50
anexo - planos de saúde, mudanças e limites (artigo publicado no jornal do brasil, edição do dia 10/07/2003)	52

Lista de ilustrações

FIGURAS

1 - Sistema de regulação bipartite	11
2 - Características do setor antes e depois da regulamentação.....	13
3 - Unificação da regulação e criação da ANS	15
4 - Distribuição do grau de cobertura por unidade da federação	23
5 - Diferença entre as regras para reajuste anual dos planos individuais e coletivos	28
6 - Modelo clássico de gerenciamento	30
7 - Impactos da regulação sobre o modelo clássico de gerenciamento.....	31
8 - Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta	33

TABELAS

1 - Atual formação do quadro de RH da ANS	17
2 - Quantidade de beneficiários segundo tipo de contratação e vigência do plano ...	21
3 - Projeção da evolução das garantias financeiras das operadoras de planos de saúde (à exceção das seguradoras especializadas em saúde)	25
4 - Evolução das garantias financeiras das operadoras classificadas na modalidade de seguradoras especializadas em saúde	26
5 - Planos de Recuperação aprovados pela ANS	34
6 - Operadoras em regime especial até agosto/2003	35
7 - Operadoras cujas carteiras foram alienadas	36
8 - Ações de fiscalização	37
9 - Metas do Programa Olho Vivo para 2003	38
10 - Grau de satisfação do consumidor com seu plano de saúde	43
11 - Grau de conhecimento dos usuários sobre seus direitos básicos	43
12 - Índice em % de conhecimento sobre a ANS	44
13 - Impacto da recusa de ressarcimento ao SUS	46

GRÁFICOS

1 - Distribuição dos beneficiários por época de contratação	20
2 - Distribuição dos beneficiários por tipo e época de contratação	20
3 - Distribuição dos beneficiários de planos novos por tipo de contratação do plano	22
4 - Evolução dos registros no cadastro de operadoras	24
5 - Comparação dos índices de reajuste aplicados pela ANS com as taxas de inflação medidas pela FGV e pelo DIEESE	29
6 - Infrações por tipo de plano – Programa Olho Vivo	38
7 - Disque ANS - reclamações e informações	40
8 - Temas das solicitações de informação ao Disque ANS - 2001 a 2003	41
9 - Temas das reclamações ao Disque ANS - 2001 a 2003	41
10 - Distribuição dos valores cobrados e pagos relativos ao ressarcimento ao SUS	45

I - HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DO MODELO

Missão Institucional

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

A criação da ANS, no início do ano 2000, marcou a atual etapa da regulamentação de um setor que, a partir dos anos 60, transformou-se numa relevante atividade econômica na área da saúde.

Essa etapa caracterizou-se pela unificação da regulação e da fiscalização numa agência reguladora única, vinculada ao Ministério da Saúde através de Contrato de Gestão, com as políticas e diretrizes setoriais fixadas pelo CONSU - Conselho de Saúde Suplementar, também vinculado à estrutura do Ministério da Saúde e composto pelos Ministros da Saúde, da Fazenda, do Planejamento e Orçamento e da Justiça, que o preside.

O marco legal da regulação é formado pelo conjunto da Lei 9.656/98, de 03/06/98 com a MP 2.177- 44 (originalmente MP 1.665, de 05/06/98), além da Lei 9.961/00, que criou a ANS e da Lei 10.185/01, que instituiu a figura da seguradora especializada de saúde.

A Lei 9.656/98 - O debate na Câmara dos Deputados

Recepcionada pela Constituição de 88, a atividade privada na área da saúde foi condicionada à regulamentação específica, mas esta apenas começou a materializar-se em meados dos anos 90. Enquanto a construção do marco legal do SUS surgiu já em 1990, foi apenas em 1997 que o Congresso, através da Câmara dos Deputados, aprovou uma primeira versão da Lei de Regulamentação dos Planos de Saúde.

Texto de subsídio ao Fórum de Saúde Suplementar, coordenado pelo Ministério da Saúde, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Conselho Nacional de Saúde, de 25 a 27 de junho de 2003, em Brasília, DF.

O projeto de lei aprovado pela Câmara dos Deputados ao final de 1997 mostrou claramente as dificuldades dessa regulamentação *a posteriori*, que teria que agir sobre uma atividade que já atingia mais de 30 milhões de brasileiros profundamente descontentes com os serviços recebidos, através de centenas de empresas dos mais diversos tipos e sobre o qual pouco se sabia de fato.

O embate culminou com a renúncia da Comissão Especial, formada na Câmara para tentar unificar as dezenas de projetos sobre o assunto, já que o projeto do deputado Pinheiro Landim, relator da comissão, foi considerado inaceitável. Para evitar que o governo editasse uma medida provisória, as lideranças parlamentares constituíram uma nova comissão que se encarregou de elaborar um projeto alternativo, finalmente aprovado em outubro de 97.

Seu foco principal estava numa forte regulação da atividade econômica, inclusive das garantias contratuais, adotando instrumentos mais flexíveis e indutores na regulação da assistência.

Na dimensão econômico-financeira da regulação, definia as condições de ingresso, de operação e de saída do setor e exigia a constituição de reservas e garantias. Pretendia dar segurança ao consumidor, garantindo o cumprimento dos contratos e a capacidade econômico-financeira das operadoras para cumpri-los, além de assegurar a transparência e a competitividade no setor.

Na dimensão da assistência à saúde, optava pela indução. Estabelecia o **Plano Referência**, que não admitia qualquer tipo de exclusão ou de exceção de cobertura. Era claro e específico: exigia a cobertura de todas as doenças listadas na CID - Classificação Internacional de Doenças. As operadoras seriam obrigadas a oferecer o Plano Referência aos consumidores que, por sua opção, poderiam adquirir um plano com cobertura inferior à deste, portanto, com exclusões de cobertura assistencial.

Argumentava-se que: 1º) a operadora teria que demonstrar sua capacidade de produzir serviços integrais de assistência à saúde; 2º) tornaria mais claro ao consumidor as exclusões de cobertura de seu contrato; 3º) permitiria a comparação de preço entre as várias operadoras a partir de um produto padrão; e 4º) permitiria maior avaliação do consumidor quanto ao preço do produto com coberturas reduzidas em relação ao produto com cobertura assistencial integral.

O modelo criado estabeleceu, ainda, que a regulação seria operada a partir da **Superintendência de Seguros Privados – SUSEP**, com suas diretrizes definidas pelo **Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP**. O órgão regulador básico era o conjunto formado pela SUSEP e pelo CNSP, porque a base conceitual do modelo era a da regulação da atividade econômica, atribuição do Ministério da Fazenda. O papel do Ministério da Saúde era quase apenas de assessoramento.

A Lei 9.656/98 e a MP 1.665/98 - O debate no Senado

Ao ser debatido no Senado, durante o primeiro semestre de 1998, o projeto de regulamentação sofreu duas alterações fundamentais: a) o fortalecimento do pólo assistencial da regulação e b) o conseqüente fortalecimento do papel do Ministério da Saúde no processo.

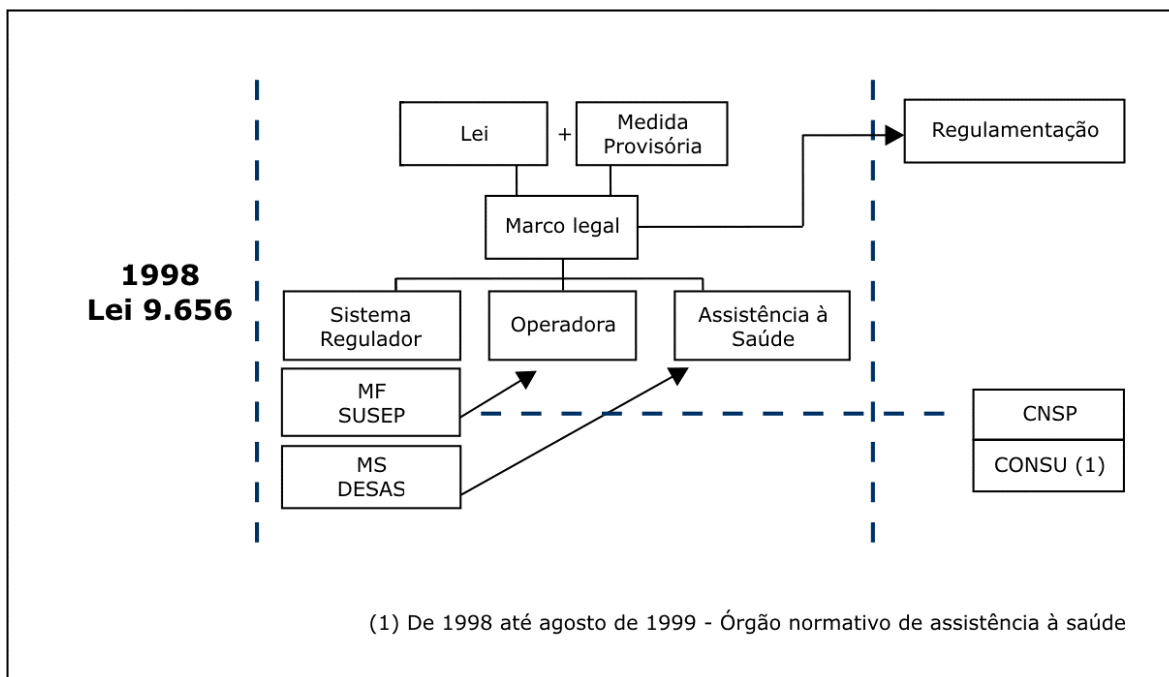
O principal instrumento para fortalecer o pólo assistencial foi a **transformação do Plano Referência em um plano obrigatório**. O Plano Referência, como conceito de plano de assistência integral à saúde, deixou de ser de OFERECIMENTO obrigatório e passou a ser o ÚNICO modelo de plano aprovado para a comercialização.

Foi proibida a comercialização de qualquer plano de saúde com redução ou exclusão de coberturas assistenciais. Mesmo a permissão de comercialização de planos exclusivamente ambulatoriais ou hospitalares não abdicava da cobertura integral no segmento.

Também **foram reforçadas ou criadas regras muito fortes de proteção ao consumidor**, como o controle dos reajustes de preço, inclusive por faixa etária, a proibição da seleção de risco e a do rompimento unilateral do contrato com os usuários de planos individuais.

Foi nesse contexto que emergiu do Senado o sistema de regulação bipartite (figura 1): a regulação da atividade econômica na esfera do Ministério da Fazenda e a da atividade de produção dos serviços de saúde, da assistência à saúde, no Ministério da Saúde.

Figura 1 - Sistema de regulação bipartite



Todas as atividades regulatórias referentes às operadoras, inclusive sua autorização de funcionamento, o controle econômico-financeiro e os reajustes de preços continuaram a ser atribuições da **SUSEP** e do **CNSP**. Ao **Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) e do então criado CONSU - Conselho de Saúde Suplementar**, coube assumir a regulação da atividade de produção da assistência à saúde, inclusive a autorização para comercialização do produto e toda a fiscalização relativa a essa área.

Também foi instituída a Câmara de Saúde Suplementar - CSS, com ampla participação dos agentes do setor e da sociedade, como órgão consultivo permanente **na regulação da assistência à saúde**.

As alterações definidas pelo Senado acabaram por ser viabilizadas através de uma medida provisória, como opção política, negociada por todos os atores envolvidos no processo naquele momento. Caso o Senado promovesse alterações na Lei, o projeto teria que ser novamente remetido à Câmara, o que prolongaria a discussão e adiaria sua aprovação.

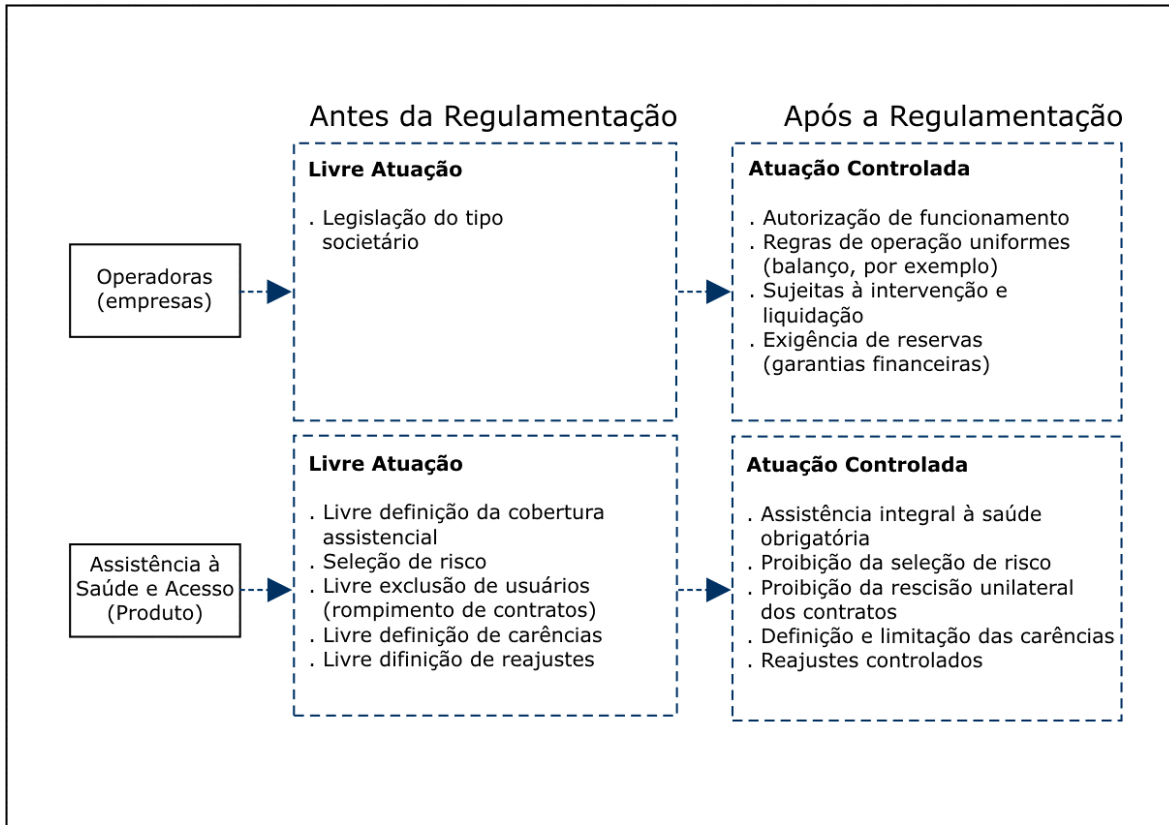
Em resumo: 1º) a Lei 9.656/98 foi promulgada conforme texto aprovado na Câmara, no dia 03 de junho de 1998; 2º) em 5 de junho, foi editada a Medida Provisória 1.665

alterando a Lei, exatamente como havia sido negociada no Senado. **O marco legal da regulação passou a ser, portanto, o conjunto formado pela Lei 9.656/98 e pela MP 1.665/98**, reeditada quase que mensalmente até agosto de 2001 (por força da legislação vigente), tomando atualmente a numeração MP 2.177- 44.

O marco regulatório aprovado em junho de 1998 entrou em vigor, efetivamente, em janeiro de 1999. Durante este intervalo, foram editadas, pelo CONSU, várias resoluções necessárias para viabilizar as exigências da legislação.

A existência e o funcionamento do setor de saúde suplementar, ressalte-se, sem controle há pelo menos 30 anos, exigiu a regulamentação de diversos dispositivos legais. Tudo, ou quase tudo, carecia de definição, principalmente na dimensão da assistência à saúde, absolutamente inédita.

Figura 2 – Características do setor antes e depois da regulamentação



Uma análise, mesmo que superficial, das mudanças evidencia o desafio da regulamentação (figura 2). Das empresas que antes se organizavam livremente para atuar no setor, submetendo-se unicamente à legislação do tipo societário escolhido, foi exigido o cumprimento de medidas específicas, desde o registro de funcionamento, até a constituição de garantia financeira. A regulamentação determinou a sujeição das operadoras a processos de intervenção e de liquidação.

Após a regulamentação, foi limitada a liberdade de definição do produto a ser oferecido, do público a quem oferecer, das condições de operação e de preço: o produto obrigatório está definido por lei e são proibidas a seleção de risco e a exclusão indiscriminada de usuários pela não-renovação ou rompimento do contrato.

Era necessário que todas essas exigências legais fossem materializadas em resoluções das esferas competentes, sob pena de transformar a legislação em uma carta de intenções. Além disso, o marco legal (Lei 9.656/98 e MP 1.665/98) foi fortemente questionado no Judiciário em pelo menos três pontos fundamentais: 1º) sua

retroatividade, mesmo que bastante limitada, aos contratos anteriores à Lei; 2º) o ressarcimento ao SUS; 3º) sua abrangência sobre as seguradoras.

Destes, apenas a questão das seguradoras foi completamente equacionada, com a edição de MP específica, convertida na Lei 10.185/01. Ainda estão aguardando julgamento no STF (Supremo Tribunal Federal) as Ações Diretas de Inconstitucionalidade - ADINs referentes aos outros dois pontos.

Aos contratos antigos, o grande ponto crítico da legislação, foram garantidos alguns dos direitos da nova regulamentação: a) proibição de limites de consultas e suspensão de internação, inclusive em UTI; b) proibição de rompimento unilateral para os contratos individuais; c) controle dos reajustes para os contratos individuais. Em adição, os usuários de planos antigos passaram a se beneficiar do maior controle sobre as operadoras.

Também foi estabelecido um prazo para a migração de todos os contratos antigos para as novas regras: dezembro de 1999. A resistência do mercado à fixação dos preços dos planos novos e o questionamento da retroatividade inviabilizaram a cobrança do cumprimento desse dispositivo da legislação, que foi revogado. Os usuários mantiveram o direito de permanecer com seu plano antigo por tempo indeterminado e o de exigir a adaptação - a qualquer tempo - para um contrato novo.

Naturalmente, tais alterações comprometeram diversos aspectos da legislação e da regulação, cujo melhor funcionamento pressupunha a garantia de cobertura integral a todos os usuários. Ainda hoje, no quinto ano de vigência da legislação, conta-se com 64,1% dos usuários de posse de contratos antigos (gráfico 1), que trazem grandes restrições de cobertura assistencial, principalmente nos planos individuais, 25,7% do total (gráfico 2).

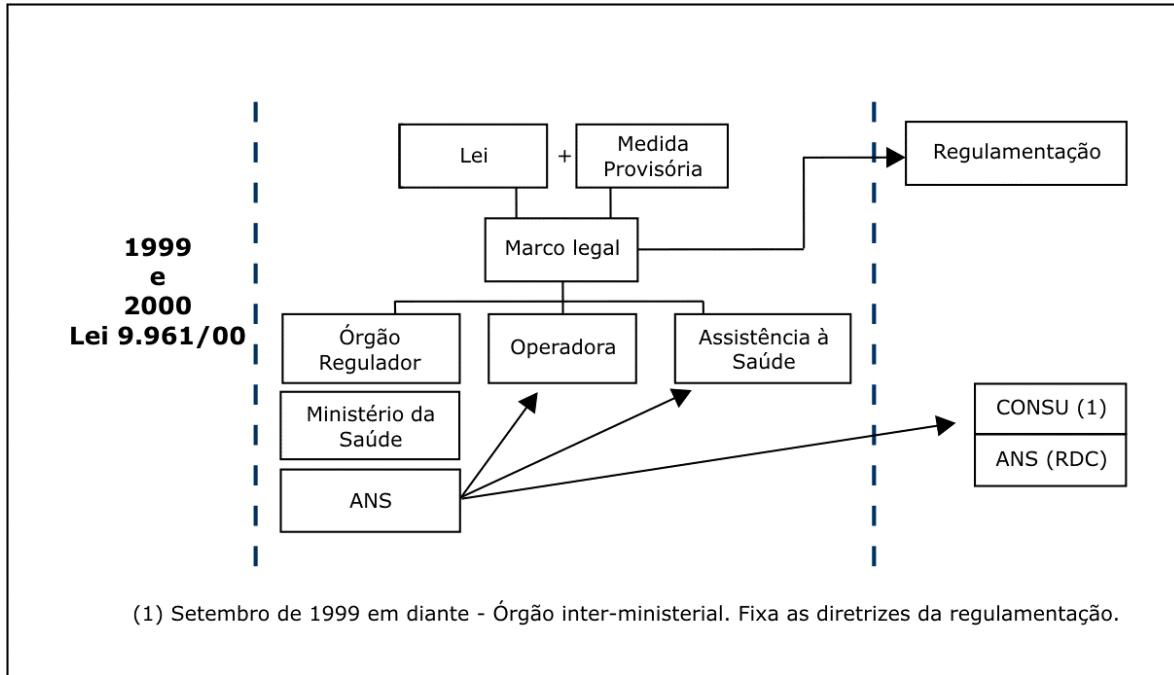
A unificação da regulação e a criação da ANS

A legislação que entrou em vigor em 1999 e o modelo bipartite de regulação começaram a demonstrar os seus limites. A amplitude da tarefa e o ineditismo do processo, aliados à separação da regulamentação e fiscalização econômico-financeira da regulamentação e fiscalização da produção dos serviços de assistência à saúde, dificultaram a coordenação e impediram a unidade estratégica, necessária ao processo

de regulação. Os problemas de efetividade daí advindos foram habilmente explorados por uma parcela do mercado.

Uma terceira etapa do processo teve início no final de 1999 para corrigir tal deficiência do modelo: todas as atribuições de regulação do setor foram reunidas no Ministério da Saúde (figura 3).

Figura 3 - Unificação da regulação e criação da ANS



O Conselho de Saúde Suplementar - CONSU foi transformado em Conselho Ministerial, integrado inicialmente por cinco (hoje 4) Ministros de Estado, incluídos o da Saúde e o da Fazenda. A Câmara de Saúde Suplementar - CSS teve as suas atribuições ampliadas, passando a manifestar-se, também, sobre o aspecto econômico-financeiro da regulação.

O marco referencial dessa revisão do modelo de regulação é, sem dúvida, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Lei n.º 9.961/00), que assume todas as atribuições de regulação do setor de saúde suplementar.

Como agência reguladora, a ANS incorporou ao processo as vantagens desse novo modelo de organização do Estado: maior poder de atuação; autonomia política, autonomia administrativa e financeira, expressas por uma arrecadação própria; decisões em Diretoria Colegiada, cujos membros têm mandatos definidos em lei e não

coincidentes; e, por último, o poder legal dado às agências reguladoras para a efetivação de suas resoluções.

O modelo de agência reguladora definido para a ANS, o mesmo projetado para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (a outra agência reguladora da área da saúde) difere em diversos aspectos daquele adotado para as agências da área de infra-estrutura (ANATEL, ANEEL e ANP): permite maior interação com o Ministério ao qual são vinculadas, sendo as únicas cuja Diretoria Colegiada tem sua atuação subordinada ao Contrato de Gestão e cujo descumprimento injustificado pode determinar a exoneração dos dirigentes.

O Contrato de Gestão é negociado entre a ANS e o Ministério da Saúde, aprovado pelo CONSU e acompanhado por Comissão de Acompanhamento específica, integrada também pelo Ministério do Planejamento e Orçamento - MPO. Por sua vez, a definição de diretrizes e políticas setoriais foi claramente atribuída ao CONSU.

A implantação da ANS teve que superar dois pontos críticos: 1º) a ausência de informações estruturadas sobre o setor; 2º) a inexistência de quadro de pessoal próprio.

Diferentemente das agências da área de infra-estrutura, a ANS não regularia uma atividade antes realizada por organizações estatais que foram privatizadas. Nestes setores, o Estado detinha toda a informação de produção e toda a tecnologia de regulação anterior. A ANATEL, em certo sentido, sucede a TELEBRAS, assim como a ANEEL sucede a ELETROBRAS. Mesmo a ANP herda os sistemas de informação e a tecnologia regulatória da PETROBRAS.

A ANS foi criada para regular uma atividade privada: a) já existente; b) extremamente complexa; c) num setor essencial, que é a saúde; d) que nunca havia sido objeto de regulação do Estado.

Igualmente crítica foi, e é, a questão dos recursos humanos. A ANS não sucede nenhum órgão já existente e aí difere, inclusive, da ANVISA, que foi constituída a partir da antiga Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Não há quadros formados no Estado para a tarefa de regulação do setor de saúde suplementar, o que faz da ANS a maior prejudicada com a suspensão da contratação do seu quadro de pessoal em função da ADIN impetrada no Supremo Tribunal Federal

- STF contra o modelo de contratação especificado na Lei 9.986/00 que previa o regime de emprego público na gestão dos recursos humanos.

A liminar concedida pelo STF suspendeu o quadro de carreiras das agências e impede que a ANS constitua seu quadro de pessoal. Mesmo a contratação de trabalhadores temporários, prevista em lei, teve sua implantação prejudicada no caso da ANS porque: 1º) a lei eleitoral impediu a sua realização em 2000; 2º) foi objeto, como em todas as agências, de inúmeros processos de entidades sindicais de servidores, contrários à contratação temporária (tabela 1).

Tabela 1 - Atual formação do quadro de recursos humanos da ANS

Cargos/Lotação	Sede-RJ	São Paulo	Brasília	Estados	Total
Comissão	35	3	1	0	39
Requisitados/Comissão	65	1	4	3	73
Req. Cedidos S/Remuneração	1	2	0	12	15
Em exercício	0	0	0	48	48
Efetivos - Procuradores Federais	7	1	0	0	8
Temporários - Nível superior	188	26	10	33	257
Temporários - Nível médio	26	1	1	3	31
Consultores	156	6	5	0	167
Total	478	40	21	99	638

Fonte: DIGES/ANS - Mai/2003

A Diretoria Colegiada da ANS e seu corpo de funcionários têm um enorme orgulho do trabalho realizado nestes quase quatro anos, durante os quais foram superados diversos obstáculos. Ainda que falhas possam ser apontadas *a posteriori*, a agência se transformou em realidade e garantiu que a regulamentação dos planos de saúde não fosse marcada pelo antigo estigma das leis que “não pegam”.

II - EVOLUÇÃO DA REGULAÇÃO

A regulamentação do setor de saúde suplementar compõe um sistema, mas sua evolução pode ser melhor analisada em seis dimensões capazes de expressar as ações normativas e fiscalizadoras para garantir o cumprimento da legislação:

1. Cobertura assistencial e condições de acesso;
2. Condições de ingresso, operação e saída do setor;
3. Regulação de preço;
4. Fiscalização e efetividade da regulação;
5. Comunicação e informação;
6. Ressarcimento ao SUS.

1. Cobertura assistencial e condições de acesso

Configura-se como dimensão essencial e, talvez, a mais desafiadora da regulação devido à sua importância e absoluto ineditismo. Não havia paradigma nacional ou internacional de regulação do setor privado de saúde com as características adotadas pela nossa legislação: cobertura assistencial integral, proibição de seleção de risco, limite de 24 meses para alegação de doença e lesão preexistente com fixação de conceito jurídico para sua definição e proibição de rompimento unilateral do contrato individual ou familiar.

Parte importante dessa regulação foi estabelecida entre 1998 e 1999, pelo CONSU, com base nas propostas elaboradas pelo DESAS/MS, no modelo bipartite de gestão. A ANS complementou a estruturação normativa e introduziu aperfeiçoamentos derivados do maior conhecimento do setor, adquirido ao longo do próprio processo.

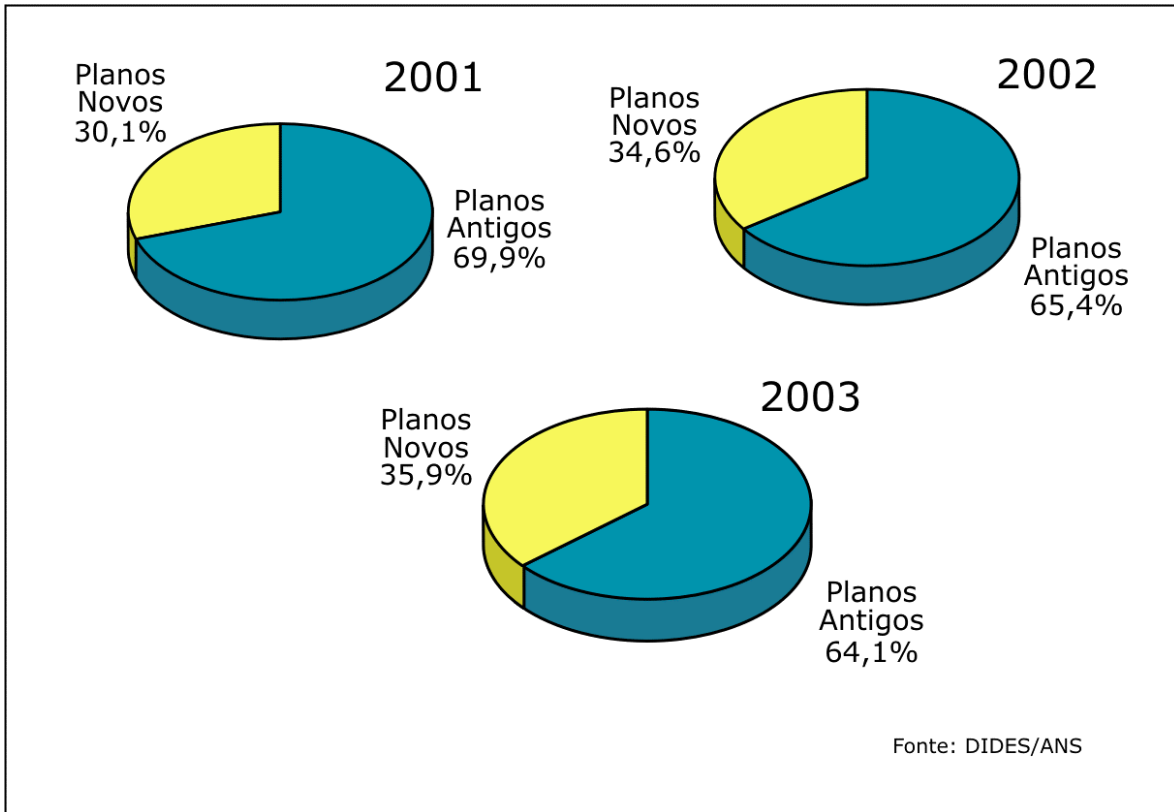
Pontos de destaque na regulamentação da ANS:

- Plano de Referência
- Registro de Produtos
- Rol de Procedimentos Médicos
- Rol de Procedimentos Odontológicos
- Urgência e Emergência
- Coordenador de Informações Médicas
- Regulamentação do acesso nos casos de Doença e Lesão Preexistente:
 - CPT - Cobertura Parcial Temporária
 - Agravo
 - Rol de Procedimentos de Alta Complexidade
 - Declaração de Saúde

Note-se que o impacto dessa regulamentação, exceto quanto ao Coordenador de Informações Médicas, deu-se apenas sobre os planos novos, aqueles contratados a partir de janeiro de 1999, posto que nos contratos antigos prevalece a cobertura assistencial constante do contrato.

Os gráficos a seguir demonstram a distribuição dos usuários, inclusive quanto ao tipo de contrato e à sua condição de anteriores ou posteriores à regulamentação. Verifica-se que 64,1% dos usuários ainda estão ligados a contratos antigos, portanto, com potenciais problemas de exclusão de coberturas essenciais (gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos beneficiários por época de contratação



O grupo mais vulnerável, sem dúvida, são os 25,7% de usuários de planos individuais antigos, onde as exclusões de cobertura são maiores (gráfico 2 e tabela 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos beneficiários por tipo e época de contratação

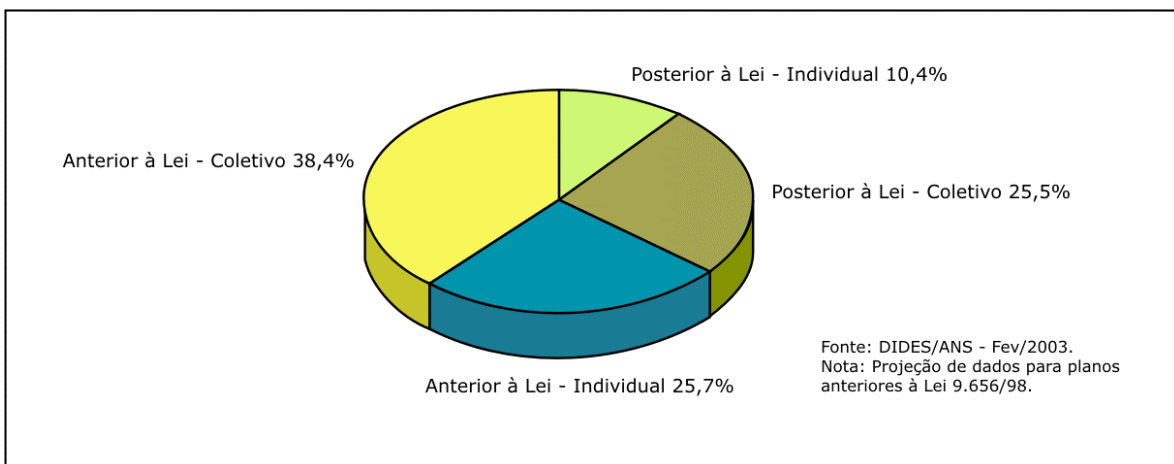


Tabela 2 – Quantidade de beneficiários segundo tipo de contratação e vigência do plano

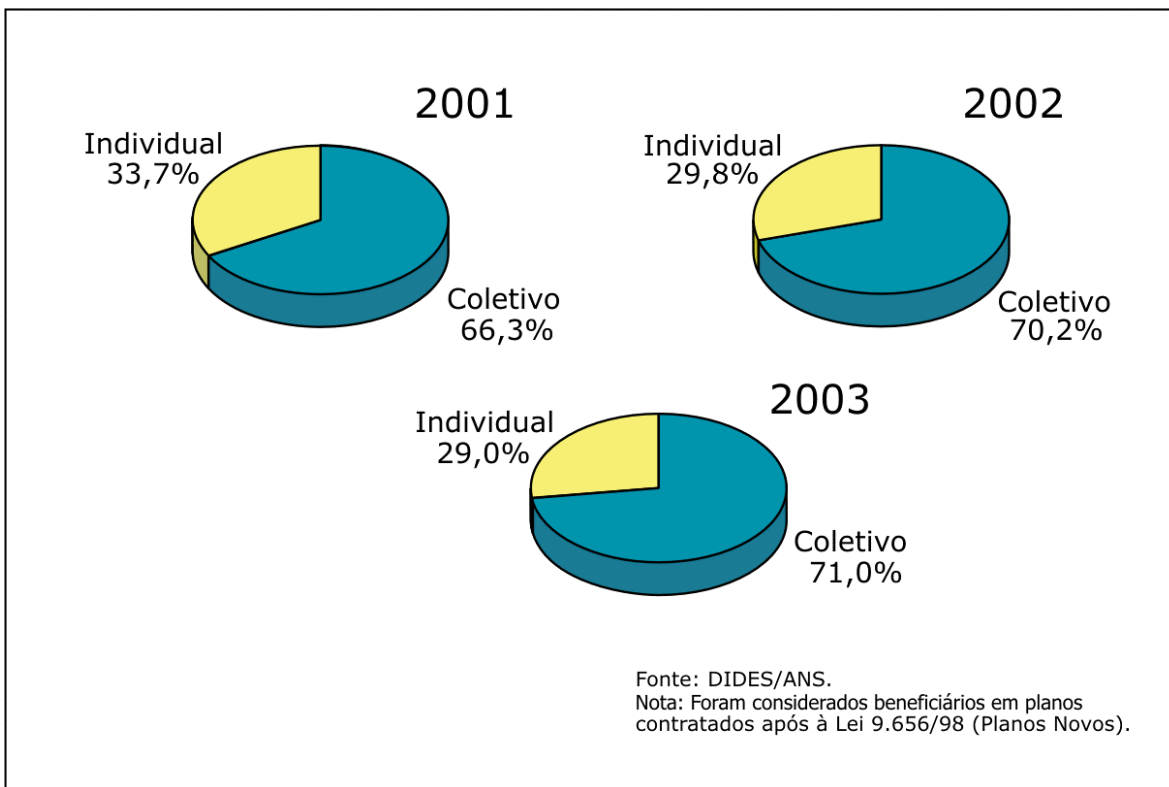
Vigência do Plano	Tipo de Contratação	Qtde. Beneficiários	%/Total	%/Subtotal
Anterior à Lei 9.656	Individual	9.078.830	25,7	40,1
	Coletivo	13.548.676	38,4	59,9
	Subtotal	22.627.506	64,1	100,0
Posterior à Lei 9.656	Individual	3.684.803	10,4	29,0
	Coletivo	9.003.633	25,5	71,0
	Subtotal	12.688.436	35,9	100,0
Total		35.315.942	100,0	—

Nota: Importante ressaltar que os Planos Individuais Anteriores à Lei representam 40% do Total de Planos Anteriores à Lei e que os Posteriores à Lei representam 29% do total destes Planos.

Fonte: DIDES/ANS - Fev/2003

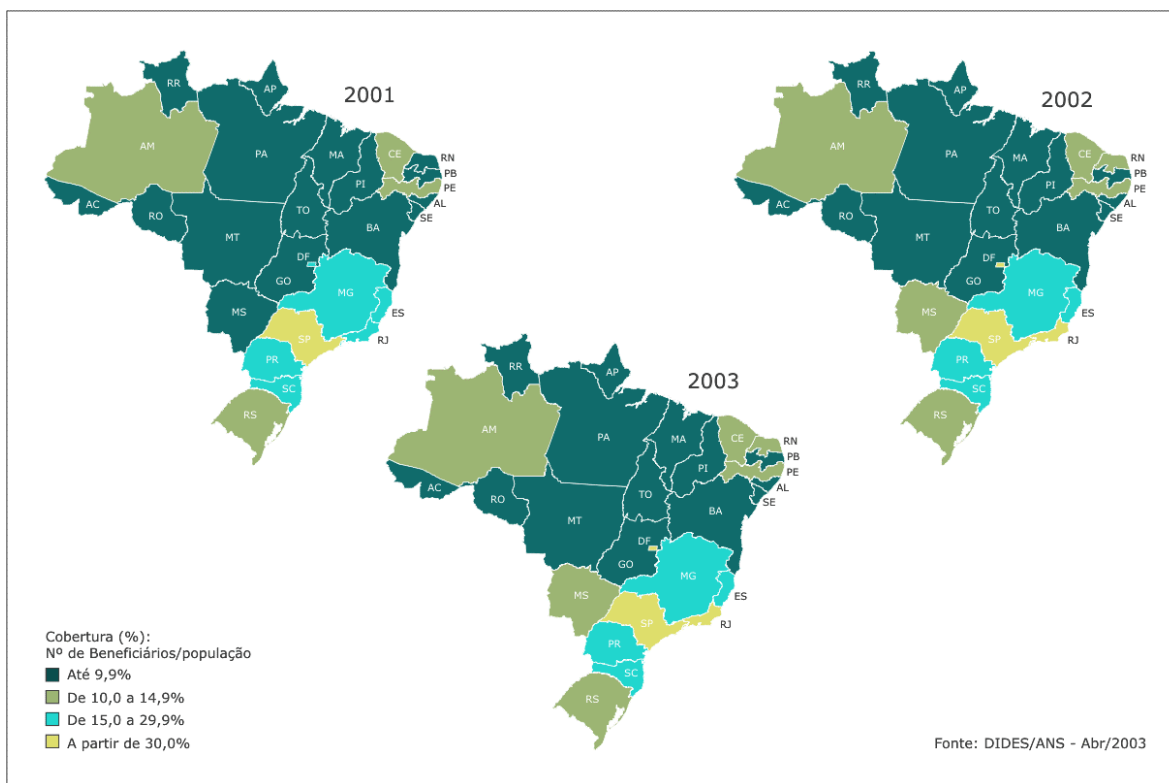
Em relação à distribuição dos beneficiários de planos novos, registra-se uma crescente expansão de planos coletivos em detrimento dos planos individuais (gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos beneficiários de planos novos por tipo de contratação do plano



Registram-se as maiores taxas de cobertura em seis estados: toda a Região Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo) e em dois estados da Região Sul - Paraná e Santa Catarina (figura 4).

Figura 4 - Distribuição do grau de cobertura por unidade da federação



2. Condições de ingresso, operação e saída do setor

A ANS foi responsável por toda a regulamentação das condições de ingresso, funcionamento e saída de operação do setor de saúde suplementar. Embora houvesse paradigmas nacionais e internacionais, foi especificamente construída para o setor, em razão do enorme desafio de estabelecer os mecanismos de transição para uma atividade já existente e sem prévia regulamentação, considerado o seu impacto sobre o setor.

Nesse aspecto da regulação, as normas não diferenciam as empresas que já operavam antes da regulamentação das que foram constituídas posteriormente. A Lei atinge o conjunto de empresas e delegou ao órgão regulador (ANS) a fixação dos mecanismos de transição.

Um exemplo é a publicação de balanços exigida pela legislação e que obrigou a ANS a estabelecer um Plano de Contas Padrão, sem o qual não seria possível comparar, com

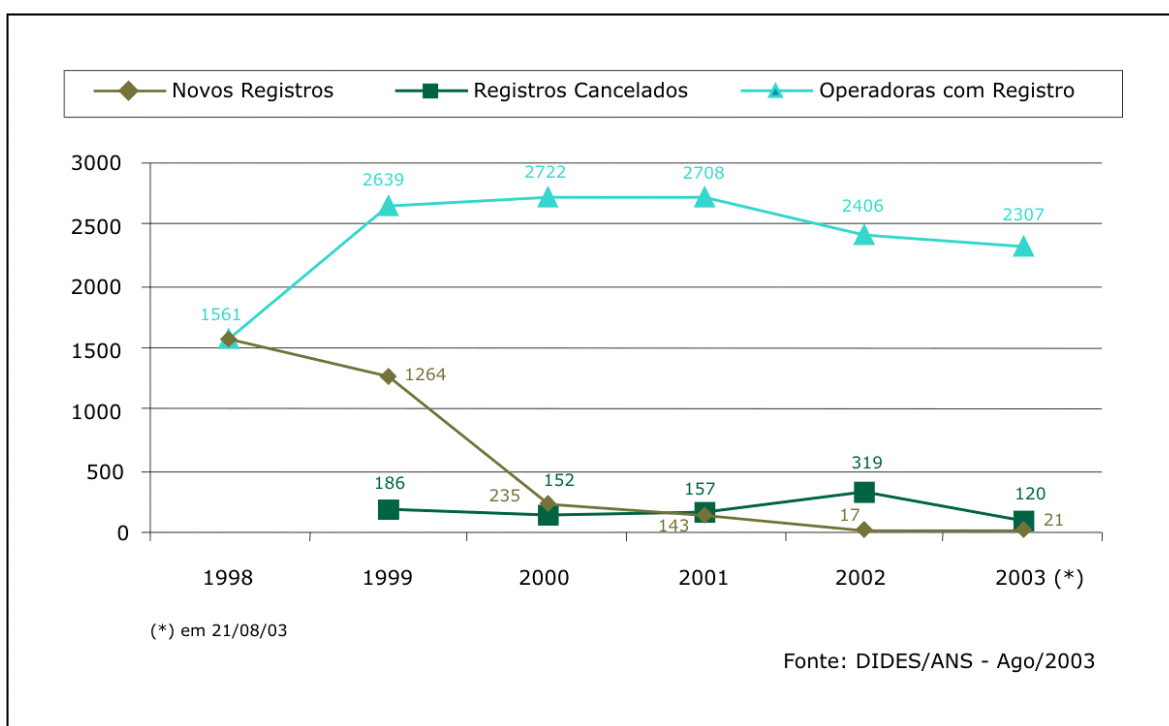
transparência, a situação econômico-financeira das operadoras, independente da sua forma de organização.

Pontos de destaque na regulamentação da ANS:

- Registro de operadoras

No início do processo houve uma grande quantidade de registros, mas, desde 2002, a solicitação de novos registros de operadoras se estabilizou (gráfico 4).

Gráfico 4 - Evolução dos registros no cadastro de operadoras



- Plano de Contas Padrão e Publicação de Balanços

Uma das ações regulatórias da ANS foi instituir um Plano de Contas Padrão para as operadoras, trazendo uniformidade no tratamento contábil das operações do setor.

Para maior transparência da situação das operadoras, em conformidade com o estabelecido na Lei 9.656/98 e na Resolução Normativa 27, a ANS dá publicidade das demonstrações contábeis das operadoras de pequeno porte - aquelas com menos de 20.000 beneficiários. As demais devem publicá-las no Diário Oficial da União ou do

Estado, conforme o lugar em que esteja situada a sede da companhia, e em outro jornal de grande circulação editado na localidade em que se situa a sede da operadora.

- **Garantias e Provisões Técnicas**

Foram definidas regras para a constituição de garantias financeiras pelas operadoras: provisão de risco, capital mínimo e Índice de Giro Operacional. Por ser um mercado com regulamentação recente, para as operadoras de modalidades distintas das seguradoras especializadas em saúde, a ANS definiu metas anuais de garantias financeiras, com horizonte de 6 anos para alcançar-se a totalidade das mesmas (tabela 3).

Tabela 3 – Projeção da evolução das garantias financeiras das operadoras de planos de saúde (à exceção das seguradoras especializadas em saúde)

dez/2002	R\$ mil		
Operadoras	Provisão Estimada Ano 6	Ano 1 15%	Provisão Constituída
221 com mais de 20000 beneficiários	547.498	82.124	198.863
899 com menos de 20000 beneficiários	87.040	13.056	38.494
Total mercado	634.538	95.180	237.357

Fonte: DIOPE/ANS

As seguradoras, por terem uma atividade anteriormente regulada pela SUSEP, já se encontram com cem por cento das provisões garantidas (tabela 4).

O acompanhamento do nível adequado das garantias financeiras traz maior segurança aos beneficiários da continuidade da prestação de serviços nos planos contratados.

Tabela 4 - Evolução das garantias financeiras para operadoras classificadas na modalidade de seguradoras especializadas em saúde

Seguradoras Especializadas em Saúde			R\$ mil
	Dez/2001	Dez/2002	Abr/2003
Provisão	755.410	999.937	1.090.429
Patrimônio Líquido	997.654	1.487.915	1.558.042

Fonte: DIOPE/ANS

- Regulamentação das Seguradoras Especializadas em Saúde

A Lei 10.185/01 determinou que as sociedades seguradoras que comercializam seguros-saúde constituam estatuto social específico, vedando sua atuação em quaisquer outros ramos de atividade ou modalidades. Subordina-as às normas e à fiscalização da ANS terminativamente, permanecendo as mesmas sujeitas às normas sobre aplicação dos ativos garantidores das provisões técnicas expedidas pelo Conselho Monetário Nacional.

- Transferência de Carteira

Resolução da ANS prevê que poderá ocorrer operação voluntária de transferência de carteira entre operadoras, mantendo-se integralmente as condições dos contratos vigentes, inclusive quanto à data de aniversário do reajuste da contraprestação pecuniária e vedado o estabelecimento de carência adicional.

No caso da identificação pela ANS de risco para a continuidade da assistência à saúde por uma operadora ou na vigência de Regime de Direção Fiscal e/ou Direção Técnica, poderá ser determinada a alienação compulsória da carteira. Da mesma forma que na transferência voluntária, a alienação compulsória da carteira deverá manter as condições do contrato sem restrições de direitos ou prejuízos para os beneficiários.

- Transferência de Controle (acionário/societário)

No processo de monitoramento do mercado, as transferências de controle societário devem ser previamente aprovadas pela ANS, antes de a operadora dar entrada na Junta Comercial.

- Regimes Especiais (Direção Fiscal e Técnica, Liquidação Extrajudicial) e falência

(Mais detalhes no Capítulo II item 4 – Fiscalização e efetividade da regulação – instrumentos e indicadores da fiscalização indireta)

- Cancelamento de Registro

O cancelamento de registro provisório ocorre por determinação da ANS, geralmente a partir das ações de fiscalização indireta, ou por solicitação da operadora. Para solicitar o cancelamento, a operadora tem que demonstrar que não está comercializando planos, que não tem beneficiários e que não possui débitos com prestadores.

3. Regulação de preço

O modelo de controle de preços estabelecido pela legislação é indireto e inversamente proporcional à competitividade e à mobilidade do usuário.

Diferentemente dos setores regulados que operam em regime de concessão e de tarifação, no setor de saúde suplementar é livre a determinação do preço de venda dos planos. A regulamentação estabelece, apenas, a necessidade de registro de uma nota técnica atuarial que define, na verdade, o custo do plano a ser oferecido, impede sua comercialização abaixo desse patamar e garante sua operacionalidade.

Também estão estabelecidas as exigências para fixação de preços diferenciados por faixa etária. São admitidas sete faixas etárias, com intervalos de 10 anos - exceto quanto à primeira, de 0 a 17 anos - e fixada uma variação máxima de seis vezes entre o preço desta e o da última faixa. Ademais, proíbe a variação de preços para usuários com mais de 60 anos e mais de 10 anos de plano.

Essa regulamentação é aplicável apenas aos planos novos. Para os usuários de planos antigos prevalecem as cláusulas contratuais, exceto para usuários com mais de 60 anos de idade e mais de 10 anos de plano, para os quais é garantida a diluição, em dez anos, da variação de preço por faixa etária constante do contrato.

Quanto aos reajustes anuais e às revisões para reequilíbrio econômico-financeiro (revisões técnicas), o tratamento é diferenciado para contratos coletivos e individuais, mas não entre contratos antigos ou novos.

Os reajustes e revisões para reequilíbrio econômico-financeiro dos contratos coletivos são livremente negociados pelas partes e apenas monitorados ou acompanhados pela ANS (figura 5). Essa menor interferência se deve à maior capacidade de negociação dos contratantes (empresas e entidades), fruto do grande volume de beneficiários cobertos e da impossibilidade de exigência de carência.

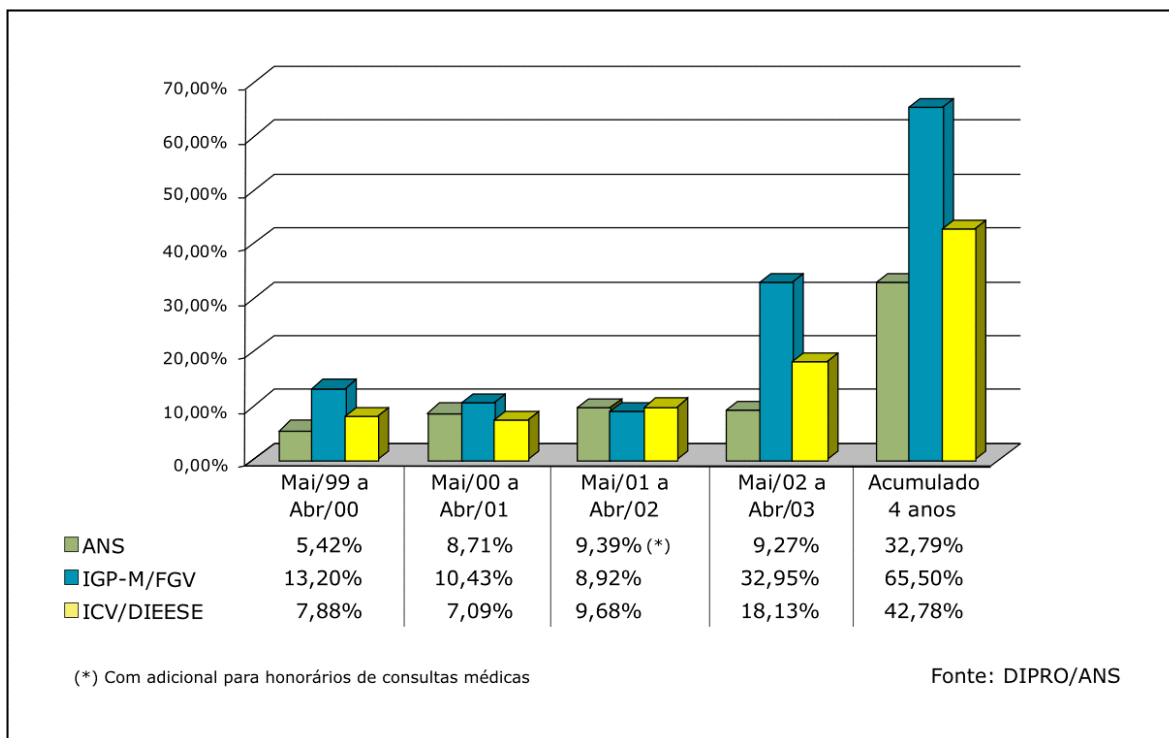
Figura 5 – Diferença entre as regras para reajuste anual dos planos individuais e coletivos

Planos Individuais "antigos" e "novos"	
Há necessidade de autorização prévia de percentual de reajuste. O percentual é definido pela <u>ANS</u> .	
Planos Coletivos O reajuste é <u>monitorado</u>	
Com Patrocinador	Sem Patrocinador
Deve ser comunicado à ANS até 30 dias após sua aplicação.	Deve ser comunicado à ANS com antecedência mínima de 15 dias da data de aplicação.

Os reajustes dos planos individuais e familiares são controlados pela ANS, que fixa, em conjunto com os Ministérios da Saúde e da Fazenda, a política anual a ser adotada - o percentual máximo permitido -, para posterior aprovação caso a caso, até o limite estabelecido. Desde o ano 2000, foram fixados tetos máximos para os reajustes, calculados pela média ponderada dos reajustes coletivos livremente negociados e informados à ANS.

A intervenção da agência garante aos usuários dos planos individuais a vantagem obtida pelos contratantes de planos coletivos. O índice máximo acumulado nesses 4 anos, 32,79%, está abaixo dos principais índices de inflação – IGP-M acumulado de 65,50%, no mesmo período – (gráfico 5).

Gráfico 5 – Comparação dos índices de reajuste aplicados pela ANS com as taxas de inflação medidas pela FGV e pelo DIEESE

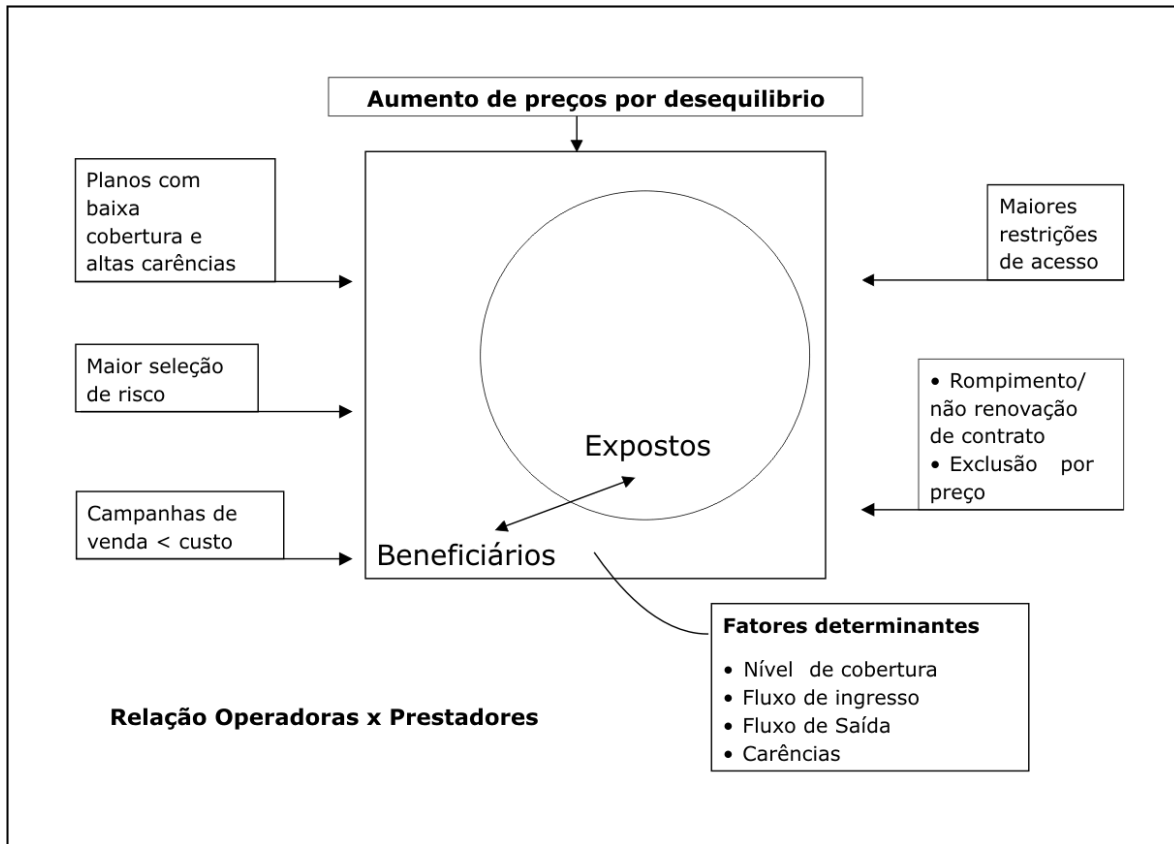


As revisões para reequilíbrio econômico-financeiro (revisões técnicas) dos contratos individuais e familiares são também controladas pela ANS. Para os planos novos, a agência não admite a revisão técnica, considerando que foram comercializados e tiveram seus preços determinados em conformidade com a atual legislação e considerando, ainda, que eventuais desequilíbrios são um risco a ser assumido pela operadora.

Para os planos antigos, a agência admite a revisão técnica, pois são produtos formatados antes da regulamentação, num modelo diferente do atual e sobre o qual as operadoras não têm qualquer capacidade de gerenciamento, até porque seu rompimento unilateral é proibido.

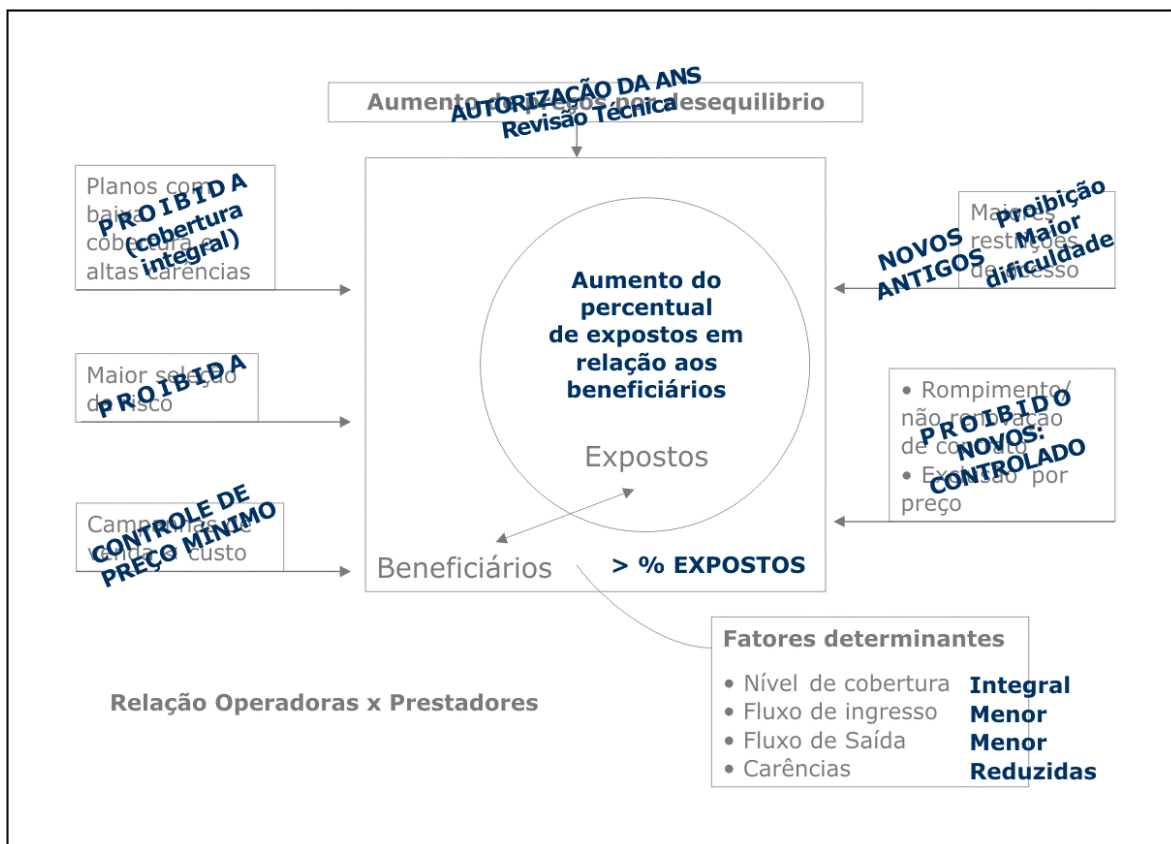
Os preços dos planos antigos foram calculados com base no contexto do setor antes da Lei 9.656/98: preço de venda livre, reajustes anuais automáticos e indexados (em geral pelo IGP-M), cláusulas de reequilíbrio econômico-financeiro com aplicação automática a critério da operadora, periodicidade anual dos contratos e possibilidade de não-renovação e de rompimento a qualquer tempo (figura 6).

Figura 6 – Modelo clássico de gerenciamento



A Lei 9.656/98 não garantiu aos planos antigos a cobertura assistencial integral dos planos novos, mas os impactou nas condições gerais do contrato: os reajustes anuais e as revisões técnicas são controlados pela ANS, os contratos passaram a ser renovados automaticamente e seu rompimento por parte da operadora foi proibido (figura 7).

Figura 7 – Impactos da regulação sobre o modelo clássico de gerenciamento



No caso desses contratos, o desequilíbrio não pode ser caracterizado como risco do empreendedor e deve ser admitido pela regulação. O processo de revisão técnica, no entanto, só é aceito para planos com índice de utilização acima da média do mercado e da média da totalidade da carteira de planos antigos da própria operadora, limitando-se à recomposição do equilíbrio das despesas médico-assistenciais.

A revisão técnica não leva, necessariamente, a uma revisão da mensalidade. A critério do usuário, podem ser adotadas no mínimo três medidas de reequilíbrio: 1ª) revisão da mensalidade no índice autorizado pela ANS; 2ª) introdução de mecanismo de co-participação, com revisão da mensalidade em índice inferior ao da 1ª opção; e 3ª) alteração da rede assistencial sem qualquer revisão do valor das mensalidades.

4. Fiscalização e efetividade da regulação

A fiscalização é uma ação central da ANS e se desenvolve de duas formas: a fiscalização direta e a fiscalização indireta.

A fiscalização direta é exercida pela apuração de denúncias e representações (Programa Cidadania Ativa) e por diligências nas operadoras - preventivas e programadas (Programa Olho Vivo). Sendo a ANS uma das únicas instituições a publicar as multas em 1ª instância no Diário Oficial da União, para maior transparência e orientação dos consumidores, a fiscalização direta tem grande visibilidade e seu resultado é, por vezes, utilizado para avaliar a efetividade da regulamentação. É uma avaliação equivocada, pois a ação do órgão regulador nesta esfera está condicionada aos ritos de formação de processo para posterior cobrança judicial e ao cumprimento de extensa legislação, externa à regulamentação do setor.

A aplicação das multas contra a operadora infratora busca inibir sua repetição, mas, não sendo uma instância do Poder Judiciário, a ANS não tem instrumentos para garantir a reparação do dano individual. Essa reparação deve ser buscada na esfera judicial. Significa que uma denúncia à ANS de recusa de atendimento por parte de um usuário vai gerar, após o devido processo, multa pecuniária e a reincidência caracterizará uma insubmissão que permite a intervenção da agência. Em casos extremos, pode a ANS optar pela liquidação extrajudicial da operadora. A reparação do dano individual ao usuário denunciante, no entanto, só pode ser buscada e obtida no Poder Judiciário.

A fiscalização indireta é exercida através do acompanhamento e do monitoramento das operadoras, com base nos dados fornecidos aos sistemas de informações periódicas - assistenciais, econômico-financeiras e cadastrais - e no cruzamento sistemático das informações disponíveis, inclusive a incidência de reclamações e as multas aplicadas.

Os instrumentos de ação da fiscalização indireta e dos atos dela decorrentes estão na esfera da regulamentação do setor e, em geral, produzem impacto protetor sobre todos os usuários da operadora.

4.1. INSTRUMENTOS E INDICADORES DA FISCALIZAÇÃO INDIRETA

Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta

Operadoras com alta incidência de denúncias e multas relativas a infrações de condições contratuais devem firmar Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC), comprometendo-se a corrigir falhas contratuais, inclusive de forma (falta de clareza das cláusulas). Os TCACs já firmados beneficiaram mais de 7 milhões (figura 8) de usuários e a multa, em caso de descumprimento, é de R\$ 1 milhão.

Figura 8 – Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta – TCAC

Modelos Contratuais			
	Operadoras	Beneficiários	% Cadastro de Beneficiários
Assinaram e Cumpriram	41	6.932.282	19,5%
Assinaram	14	252.622	0,7%
Em análise	96	3.962.825	11,1%
Total	151	11.147.729	31,3%

Fonte: DIDES/ANS - Abr/2003
Nota: O total de beneficiários cadastrados no mês era de 35.562.746

Planos de Recuperação

A ANS pode exigir que a operadora apresente um Plano de Recuperação capaz de reequilibrar sua operação no caso de a análise do desempenho econômico-financeiro indicar essa necessidade de ajuste. Os planos são submetidos à agência para análise, aprovação e acompanhamento. Entre outras medidas de saneamento administrativo e financeiro, pode haver necessidade de um aporte de capital por parte dos controladores da operadora.

Os dados da tabela 5 revelam que os Planos de Recuperação em andamento já implicaram um aporte de 177 milhões de reais, estando ainda previsto o aporte de cerca de 62 milhões de reais.

Tabela 5 - Planos de Recuperação aprovados pela ANS

	dez/01	dez/02	jul/03
Solicitados	102	108	114
1 - Apresentados	57	93	96
1.1 - Aprovados e/ou cumpridos (1)	3	34	40
1.2 - Revogados	-	3	7
1.3 - Reprovados (2)	-	6	13
1.4 - Em análise	54	50	36
2 - Não-entregues e cancelados	1	12	15
3 - Em elaboração pelas operadoras	44	3	3
<hr/>			
Aumento de Patrimônio		(R\$ mil)	jul/03
Total aportado (realizado até julho/03)		177.384	
Total do aporte programado		61.929	
<hr/>			
<small>(1) Passaram pelo Colegiado (2) Seguiram para Direção Fiscal</small>			
Fonte: DIOPE/ANS			

Regimes Especiais - Direção Fiscal, Direção Técnica e Liquidação Extrajudicial

A Direção Fiscal ou Técnica da operadora pode ser determinada quando a ANS constata irregularidades graves, como a não-aprovação ou descumprimento de plano de recuperação. A partir da sua instalação, a administração da operadora passa a ser acompanhada e controlada por representante designado pela agência. Na Direção Fiscal, também os bens dos controladores ficam indisponíveis. Esta forma de interferência pode levar, ainda, ao cancelamento de registro da operadora (nos casos em que não há usuários ou débitos com prestadores).

A intervenção é encerrada quando a operadora demonstra condições de recuperação. Nos casos em que a incapacidade de recuperação da operadora fica evidenciada, é decretada sua liquidação extrajudicial, que pode ser transformada em falência por solicitação da ANS.

Tabela 6 – Operadoras em regime especial até agosto/2003

Regimes Especiais	
Até 21/08/03	
Regime	Operadoras
Direção Fiscal	101
Direção Técnica	5
Liquidação Extrajudicial	19
Falências Decretadas	5
Regimes Encerrados	60

Nota: O conceito utilizado refere-se à quantidade de operadoras para as quais foram aprovados regimes especiais.

Fonte: DIOPE/ANS

Alienação Compulsória de Carteira e Leilão

Para tentar garantir a continuidade de atendimento aos usuários, a ANS pode determinar a Alienação Compulsória da Carteira, num prazo de 30 dias, prorrogáveis por igual período. A transferência deve ser feita garantindo todos os direitos dos usuários. A alienação tem sido determinada para as operadoras em regime de Direção Fiscal e que não demonstram capacidade de recuperação. Não se efetivando a alienação compulsória, a própria agência determina o leilão da carteira, buscando operadoras que mantenham as condições contratuais dos usuários por um período mínimo de 30 dias e lhes ofereçam ingresso em seus planos sem carências.

Tabela 7 – Operadoras cujas carteiras foram alienadas

<p>Alienação Compulsória</p> <hr/> <p>Unimed/SP União Assistência Saúde Weingaertner Comércio e Administração Ltda. Uniodonto Norte de Minas Asmédica - Serviços Médicos Assistenciais S/C Ltda. Odonto-Saúde Assistência Odontológica Ltda.</p> <hr/> <p>Leilão*</p> <p>SMB CODEB/Belém</p> <p>* precedidos por alienação compulsória não cumpridas pelas operadoras.</p>	<p>Fonte: DIPRO/ANS</p>
--	-------------------------

INSTRUMENTOS E INDICADORES DA FISCALIZAÇÃO DIRETA

Fiscalização Reativa - Programa Cidadania Ativa

O programa consiste na apuração de denúncias, a maioria recebida pelo Disque ANS e de representações das Diretorias da agência, relativas ao descumprimento de regulamentação específica: não fornecimento de cadastro de beneficiários, não encaminhamento das informações assistenciais (SIP) ou contábeis (DIOPS), entre outras.

Os processos são analisados em 1ª instância pela Diretoria de Fiscalização, que pode decidir pela aplicação de multa pecuniária. As decisões são publicadas no Diário Oficial da União, podendo as operadoras recorrer em 2ª e última instância administrativa à Diretoria Colegiada, responsável pelas decisões. Os recursos são apreciados pela Diretoria de Fiscalização que os encaminha à Diretoria Colegiada, com sugestão de manutenção ou revisão da sua própria decisão.

O julgamento pela Diretoria Colegiada é precedido de avaliação da Procuradoria Jurídica da agência e de análise do diretor designado como relator do recurso. Na hipótese de o relatório ser pelo não-provimento do recurso, o processo vai a decisão do colegiado através de Circuito Deliberativo, em que cada diretor analisa e registra no próprio processo o seu voto. Caso contrário - o Diretor Relator opta pelo provimento do recurso - o processo vai a decisão do colegiado em reunião da Diretoria Colegiada.

Tabela 8 – Ações de fiscalização

Resultados	Até dez/2000	2001	2002	2003	Total
Diligências	5.389	8.139	11.205	4.060	28.793
Processos	5.581	4.314	4.533	3.081	17.509
Autuações	3.275	2.029	2.612	691	8.607
Processos com penalidade	446	182	1.568	575	2.771

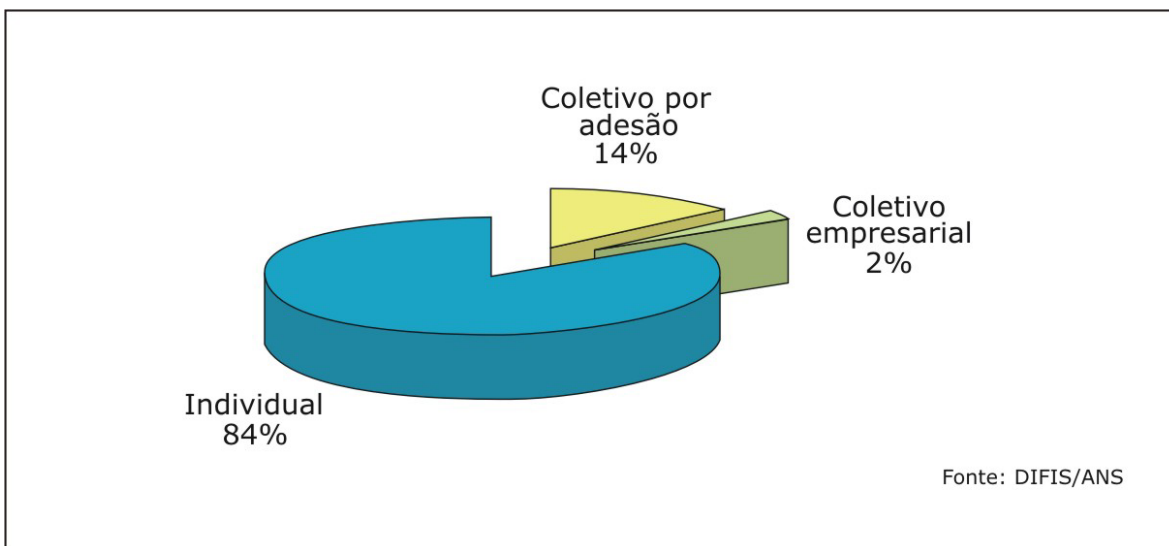
Fonte: DIFIS/ANS

Fiscalização Programada - Programa Olho Vivo

As operadoras submetidas às ações de fiscalização programada são selecionadas com base na análise de indicadores específicos que levam em consideração o número de usuários, a área de atuação e o índice de reclamações, entre outros.

As eventuais infrações à legislação geram autuações e Termos de Compromisso de Ajuste de Conduta. No gráfico 6, constata-se que o maior número de infrações por tipo de plano refere-se aos individuais, com 84%.

Gráfico 6 – Infrações por tipo de plano – Programa Olho Vivo



Para 2003, a meta é fiscalizar 300 operadoras (tabela 9).

Tabela 9 – Metas do Programa Olho Vivo para 2003: fiscalizar 300 operadoras

Modalidade	Operadoras	%
Autogestão	17	5,67
Cooperativa Médica	105	35,00
Medicina de Grupo	166	55,33
Seguradora	6	2,00
Outras (*)	6	2,00
Total	300	100,00

(*) Filantrópicas e Administradoras

Fonte: DIFIS/ANS

5. Comunicação e informação

A informação é a base do processo de regulação e sua disponibilização aos agentes do setor, principalmente aos contratantes, usuários e à sociedade em geral é de vital importância.

Nesse sentido, é notável o avanço obtido desde a regulamentação do setor. O Estado e a sociedade dispõem, hoje, de um conjunto importante de informações sistematizadas que possibilitam a construção do conhecimento do setor. Além de permitir aos usuários do setor melhores escolhas e maior garantia de cumprimento do contrato, permite aos agentes públicos a definição e o aperfeiçoamento de políticas setoriais.

São destaques na construção de sistemas de informação e na comunicação com os usuários e a sociedade:

Disque ANS - (0800 701 9656)

Sistema de atendimento nacional e gratuito, para informação e denúncias, que já efetuou mais de 100 mil atendimentos.

Gráfico 7 - Disque ANS - reclamações e informações

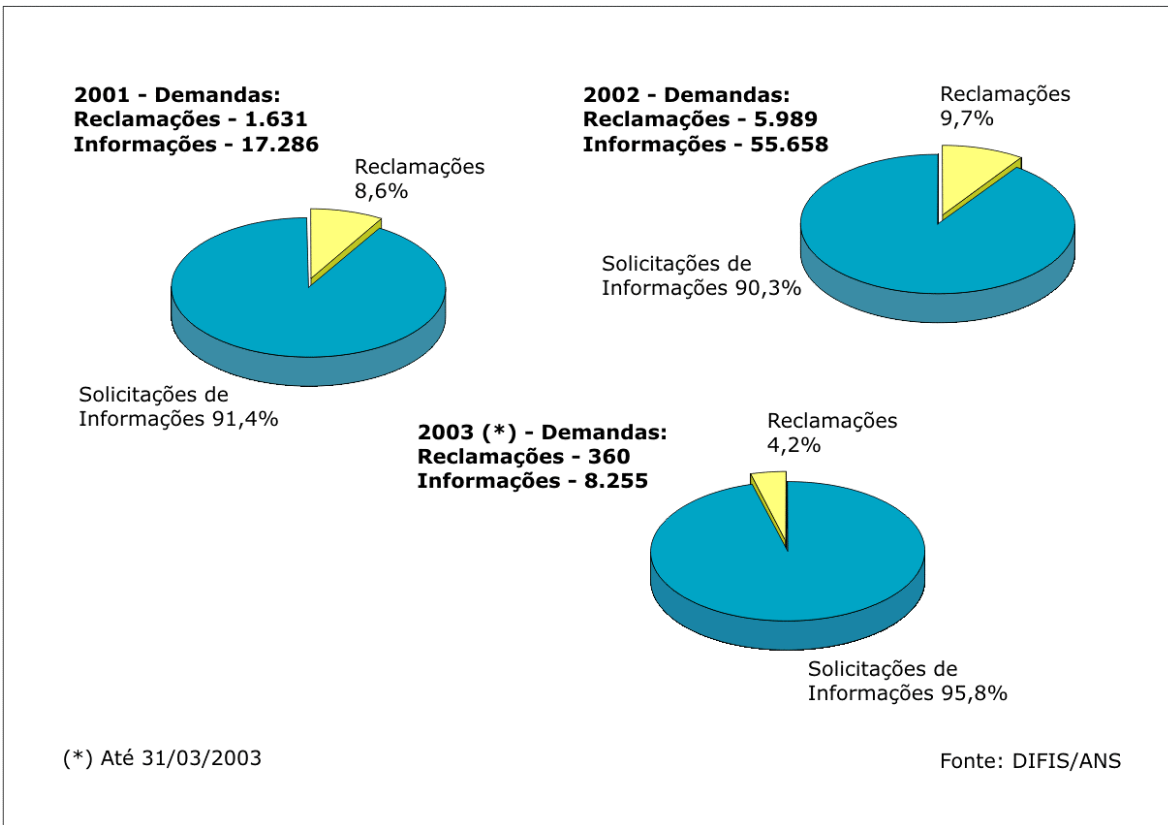


Gráfico 8 – Temas das solicitações de informação ao Disque ANS - 2001 a 2003

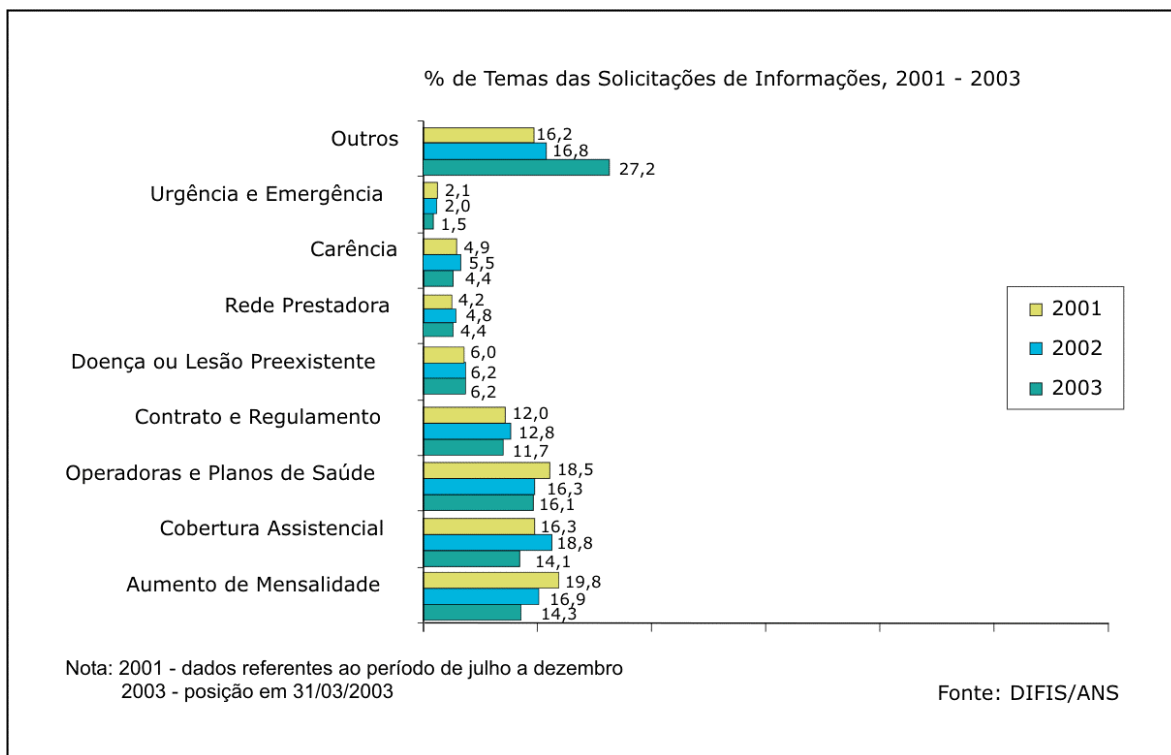
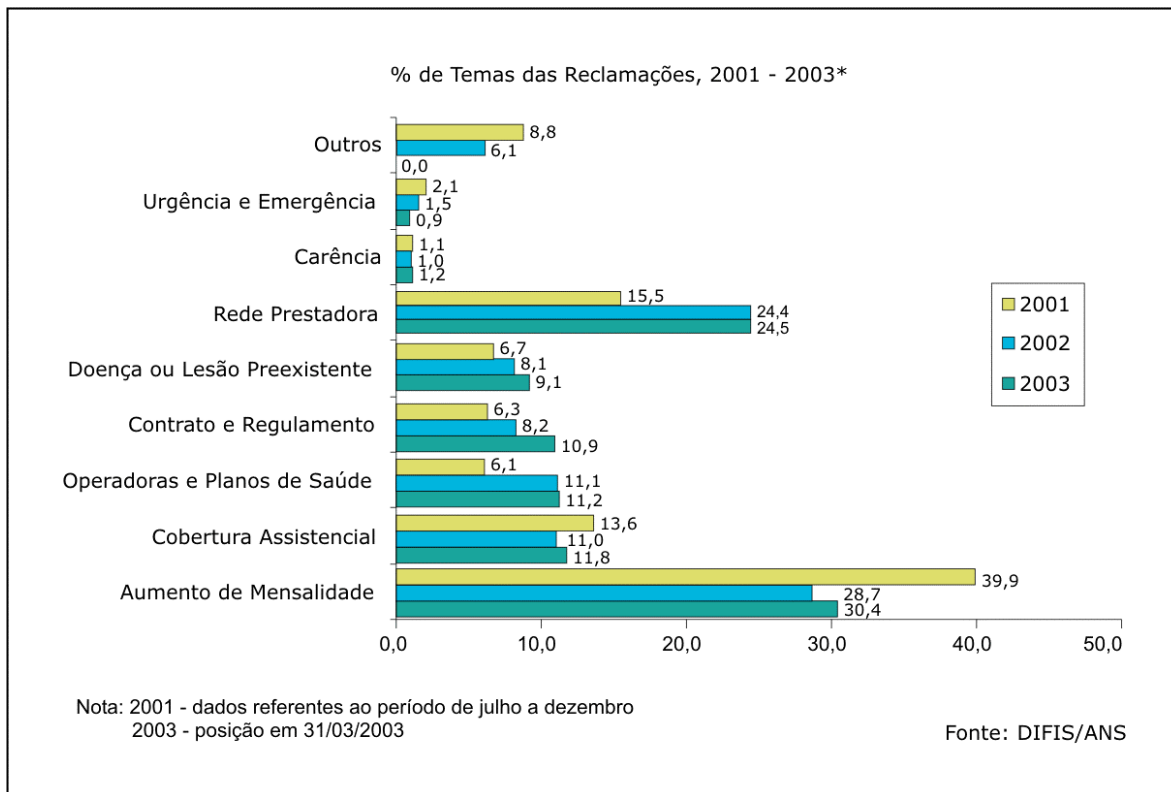


Gráfico 9 – Temas das reclamações ao Disque ANS - 2001 a 2003



Site ANS (www.ans.gov.br)

Disponibiliza toda a legislação, a regulamentação e as informações sobre o setor, além de sistemas especiais de orientação ao consumidor, como as autorizações de reajuste, o índice de reclamações e o balanço das operadoras.

Índice de Reclamações

O índice relaciona as reclamações ao Disque ANS com indícios de irregularidade com o número de usuários da operadora. Atualizado mensalmente e disponível no *site* da agência, é um indicador da qualidade de atendimento das operadoras apresentado em três grupos, para melhor orientação dos consumidores: operadoras com até 10 mil clientes, com mais de 10 mil e até 50 mil e aquelas com mais de 50 mil clientes.

Sistema de Consulta aos Reajustes

Disponível no *site* e através do Disque ANS para consulta pelo consumidor das autorizações de reajuste concedidas pela agência.

Sistemas de Arrecadação, Cadastro de Beneficiários, Ressarcimento, Sistemas de Informações Periódicas (DIOPS, FIP, SIP), Reajuste e Revisão Técnica

Para agilizar o cumprimento das normas, a ANS elegeu a internet como meio privilegiado de interlocução com as operadoras. Toda troca de informação é realizada por este meio.

Regulamentação da Publicidade de Operadoras

As operadoras são obrigadas a divulgar seu número de registro na ANS em todas as peças e painéis de publicidade comercial ou institucional.

Pesquisa anual de avaliação de grau de conhecimento e de satisfação

Pesquisas têm sido utilizadas pela ANS para identificação do grau de conhecimento do usuário de planos privados de assistência à saúde sobre os seus direitos e a satisfação quanto à assistência recebida (tabela 10). As pesquisas são exigências do Contrato de Gestão.

Tabela 10 – Grau de satisfação do consumidor com seu plano de saúde

	TOTAL	
	2001	2002
Base	4004	2700
	%	%
Muito satisfeito	19	22
Satisfeito	65	62
Nem satisfeito, nem insatisfeito	10	8
Insatisfeito	5	5
Muito insatisfeito	1	1
Não sabe/Não respondeu	1	1
Muito satisfeito/satisfeito	84	84

Fonte: Pesquisa ANS/2002

A tabela 11 destaca alguns aspectos da pesquisa sobre o grau de conhecimento do usuário sobre seus direitos. A conclusão principal indica o crescimento do nível de informação dos usuários.

Tabela 11 – Grau de conhecimento dos usuários sobre seus direitos básicos

	2001		2002	
	Já conhecia	Precisou e foi negado	Já conhecia	Precisou e foi negado
Base	4004	4004	2700	2700
Regras para aumento de mensalidades bem claras nos contratos	68%	2%	75%	3%
Ninguém pode ser impedido de participar de um plano de saúde por causa da idade	62%	2%	69%	3%
Plano é obrigado a manter a qualidade da rede assistencial informada no contrato e entregar a relação ao conveniado na assinatura	65%	3%	68%	3%
Ninguém pode ser impedido de participar de um plano de saúde por já ser portador de alguma doença ou deficiência	57%	2%	64%	2%

Nota: A partir de uma listagem de 15 principais direitos apresentados aos entrevistados, selecionaram-se os mais apontados

Fonte: Pesquisa ANS/2002

A pesquisa realizada em 2002 apontou um aumento na taxa de conhecimento sobre a ANS pelos usuários de planos de saúde. Em 2001, 12% da população de beneficiários conheciam a ANS, taxa que subiu para 17% em 2002 (tabela 12).

Tabela 12- Índice em % de conhecimento sobre a ANS

	TOTAL	
	2001	2002
Base	4004	2700
Conhecimento da ANS	12	17
Conhecimento espontâneo	2	2
Conhecimento estimulado pelo nome	8	13
Conhecimento estimulado por descrição	3	3
Nunca ouviu falar	86	81
Não sabe/não respondeu	2	2

Fonte: Pesquisa ANS/2002

6. Ressarcimento ao SUS

A legislação estabelece que devem ser ressarcidos pela operadora, em valores superiores àqueles pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os atendimentos feitos pelo SUS a usuários de planos privados de assistência à saúde - **procedimentos com cobertura prevista nos respectivos contratos.**

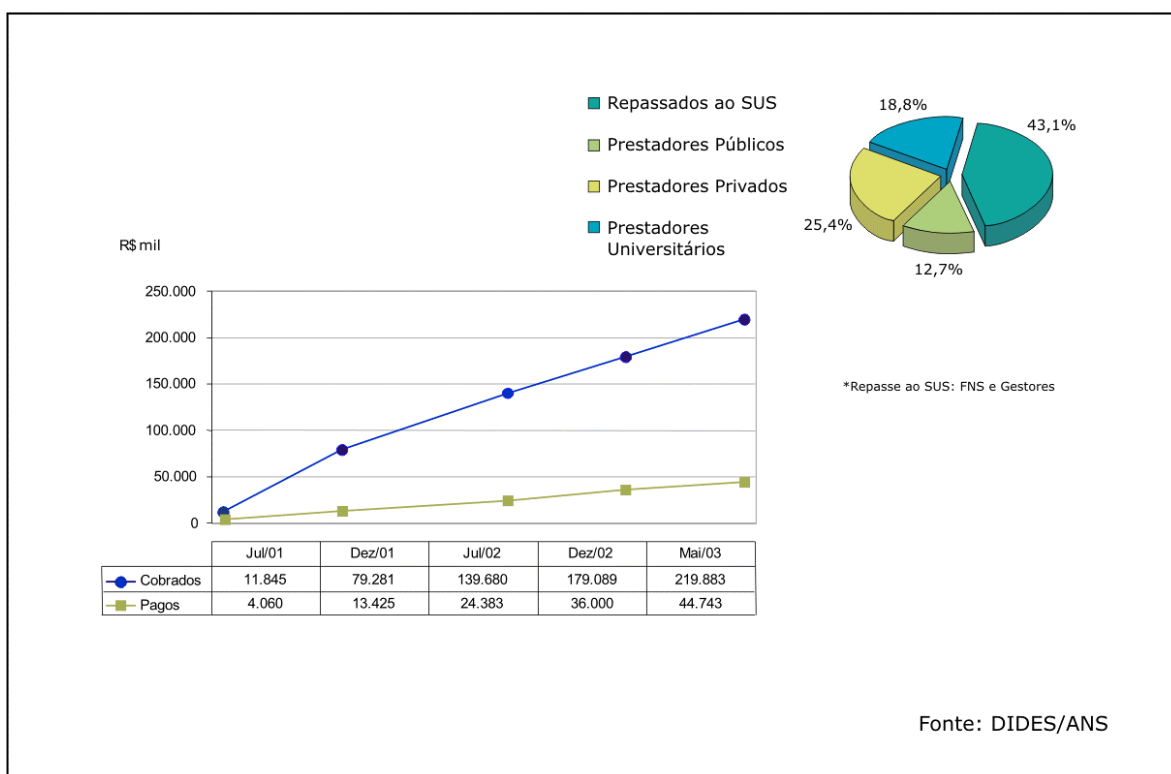
Nos contratos novos, as exclusões ao ressarcimento estão limitadas ao período de carência, à cobertura parcial temporária, à área de abrangência do contrato e à segmentação (ambulatorial ou hospitalar). Nos contratos antigos, as exclusões ao ressarcimento abrangem as próprias exclusões de cobertura dos contratos anteriores à Lei 9.656/98 que ainda estão em vigor.

O ressarcimento é cobrado com base na TUNEP - Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - com valores, em média, uma vez e meia superiores à Tabela SUS. Destes valores, o Fundo Nacional de Saúde é reembolsado no montante pago pelo SUS e o prestador de serviço do SUS recebe a diferença entre a TUNEP e a Tabela SUS.

O processamento é feito sem qualquer envolvimento direto ou indireto do usuário de plano privado que foi atendido pelo SUS: a ANS, com o apoio do DATASUS – Departamento de Informática do SUS –, compara o cadastro de beneficiários de planos de saúde com as AIHs – Autorizações de Internação Hospitalar – processadas para pagamento pelo SUS, identifica os usuários atendidos e informa as operadoras sobre o valor a ser ressarcido.

O gráfico 10, a seguir, demonstra o crescimento da capacidade de identificação e cobrança por parte da ANS dos procedimentos a serem ressarcidos:

Gráfico 10 – Distribuição dos valores cobrados e pagos relativos ao ressarcimento ao SUS



A tabela 13 apresenta o impacto da recusa de pagamento e das ações judiciais sobre o total cobrado para ressarcimento ao SUS:

a) A inscrição na dívida ativa é um processo com rito próprio que exige a comprovação, perante o Judiciário, de que o crédito é garantido. A ANS tem encontrado dificuldade para a inscrição das operadoras em débito porque faltam documentos aos processos que se perderam no período em que a sistemática de ressarcimento era descentralizada para municípios e estados da federação;

b) Um conjunto de liminares suspendendo cobranças do ressarcimento impede a cobrança dos Avisos de Beneficiários Identificados (ABI) já emitidos (R\$ 40.328 mil) e emissão de novas cobranças a tais operadoras (R\$ 94.382 mil). Ou seja, a identificação é feita (ABI), mas a cobrança não é emitida, o que explica a diferença nos totais do gráfico 10 e na tabela 13.

Tabela 13 – Impacto da recusa de ressarcimento ao SUS

Maio/2003	R\$ mil
A) Valores cobrados e pagos	44.743
B) Valores cobrados e não pagos	269.524
B.1) Em Cobrança:	130.776
Cobranças vencidas e não pagas	163
Cobranças vencidas e não pagas	129.772
Em parcelamento de cobrança	841
B.2) Em Processo Judicial	134.710
Liminares	40.328
ABIs suspensas (*)	94.382
B.3) Em Liquidação Extrajudicial	4.038
C) Soma (A+B)=valores totais	314.267

Nota: a Inscrição no CADIN antecede à Dívida Ativa e seus valores (R\$ 8.840 mil) estão somados à esta tabela.

(*) as ABI suspensas não foram efetivamente cobradas por concessão de liminar judicial

Fonte: DIDES/ANS

Atualmente, a efetividade do ressarcimento está comprometida por um conjunto de fatores:

- Falta de informações completas nas AIHs, com a ocorrência de homônimos e falhas no preenchimento dos campos relativos a procedimentos e valores, o que impede a correta identificação do usuário e do motivo da internação e, portanto, a cobrança à respectiva operadora;
- Cerca de 19% de operadoras ativas (443) que não fornecem seus cadastros de beneficiários, em descumprimento sistemático da legislação ou amparadas por medidas judiciais;

- 123 operadoras obtiveram liminares judiciais contra a cobrança do ressarcimento. O montante financeiro envolvido neste processo (R\$ 134.710 mil) representa 43% do valor passível de cobrança. (É conveniente lembrar que o ressarcimento ao SUS é objeto de uma ADIN ainda não julgada pelo STF);
- Elevado número de operadoras que não pagam os valores cobrados e que estão em processo de inscrição na dívida ativa da União.

III - DESAFIOS DA REGULAÇÃO

Um dos objetivos do Fórum da Saúde Suplementar organizado pela ANS sob a coordenação do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde será o de ampliar a capacidade de avaliação da regulamentação, para identificar os pontos fortes a serem maximizados e os pontos fracos a serem superados. A regulamentação do setor de saúde suplementar produziu parte considerável dos efeitos desejados pela sociedade que exigiu seu controle pelo aparelho do Estado.

A ANS tornou-se, em pouco mais de 3 anos, um ator reconhecido do setor: a mudança da agenda de discussão é o maior exemplo disso.

A seguir, algumas considerações sobre parte dessa nova agenda do setor:

Desafios estratégicos

1. Ampliação da cobertura assistencial dos planos antigos - migração dos contratos antigos para contratos regulados - A imensa maioria dos problemas apontados no setor de saúde suplementar, hoje, está ligada a usuários de planos antigos, principalmente os 25,7% de usuários de planos individuais antigos. A não-extensão a esses usuários da cobertura assistencial integral garantida aos contratos novos é a origem da maior parte das denúncias e reclamações - desde a exclusão de doenças e lesões preexistentes, até os reajustes abusivos por faixa etária.

Nos contratos novos, enfrentam-se problemas de descumprimento da legislação. Essa situação exige o cumprimento irrestrito da Lei, o que vem sendo obtido e, certamente, pode ser melhorado. Nos contratos antigos, o problema é sistêmico, pois prevalece o estabelecido nos contratos, sendo a regulamentação pela Lei 9.656/98 de pouca efetividade na garantia dos direitos desses beneficiários. Na prática, isso é real até para as cláusulas abusivas, pois só o Judiciário pode declará-las como tal no caso concreto.

2. Repactuação da relação Operadoras x Prestadores (médicos, laboratórios, clínicas e hospitais) - A sistemática atualmente adotada, de pagamento exclusivamente por procedimento, tem acirrado as tensões entre operadoras e prestadores. Também o fato de que esta relação transformou-se, na prática, no único ponto de gerenciamento das

operadoras não submetido à regulação, fez com que se transferissem para ela os muitos abusos antes praticados na relação operadora e consumidores.

3. Mobilidade dos consumidores de planos individuais (“portabilidade da carência”) - O desenvolvimento de mecanismos que permitam ao consumidor maior mobilidade no sistema seria fator fundamental de controle de qualidade e de preço, pela competitividade. A maior restrição ao aprofundamento desse debate é o fato de que 70% dos usuários de planos individuais estão em planos antigos, sem qualquer padrão de comparação possível de cobertura assistencial.

4. Resseguro/Co-seguro - A maior disseminação de mecanismos de resseguro (operação pela qual o segurador, com o fito de diminuir sua responsabilidade na aceitação de um risco considerado excessivo ou perigoso, cede a outro segurador uma parte da responsabilidade e do prêmio recebido) e co-seguro (divisão de um risco segurado entre vários seguradores, ficando cada um deles responsável direto por uma quota-parte determinada do valor total do seguro) poderia reduzir, significativamente, os custos dos planos e aumentar a viabilidade das operadoras de menor porte.

5. Integração ao SUS - É necessário aprofundar a discussão quanto aos prestadores e à incorporação tecnológica, além de ampliar a discussão sobre o ressarcimento ao SUS.

6. Assistência Farmacêutica - A parcela significativa dos usuários de planos, principalmente coletivos, que não dispõe de recursos para aquisição dos medicamentos prescritos seria favorecida no caso da introdução desse benefício cuja discussão, sistêmica, deve avançar.

7. Garantia de continuidade de atendimento - Esgotados os mecanismos da regulamentação - alienação compulsória e leilão - não há instrumentos na legislação que garantam a continuidade do atendimento aos usuários de operadoras liquidadas extrajudicialmente.

8. Segurança Jurídica - Há duas Ações Indiretas de Inconstitucionalidade (ADIN) ainda sem julgamento no STF, ambas de grande impacto sobre a regulação. Uma se refere ao ressarcimento ao SUS. A outra, talvez de maior impacto, refere-se à extensão de direitos da legislação atual aos contratos antigos: controle dos reajustes, proibição de rompimento unilateral, proibição de limite de consultas e de suspensão de internação, inclusive em UTI.

9. Previsibilidade e segurança regulatória - Toda a base jurídica do atual modelo regulatório, inclusive a exigência de cobertura assistencial integral, está prevista na MP 2177-44. Essa MP não tem prazo para conversão em lei e sua não- conversão é fator de instabilidade no marco regulador. Também é importante concluir o processo de revisão do modelo das agências reguladoras, fator decisivo em todos os setores regulados.

10. Preocupação com a transparência das ações - Desenvolver instrumentos sólidos de avaliação do agente regulador, ampliar o conhecimento dos consumidores sobre seus direitos e aumentar a taxa de conhecimento da ANS são alguns dos desafios nesse campo.

Desafios conjunturais

1. Coibir falsos planos de saúde – cartões-desconto - É necessário concluir a ação iniciada para coibir os sistemas de cartão de desconto. Quanto às operadoras, a ação neste momento é de fiscalização para garantir o cumprimento da regulamentação que as proíbe de operar esse tipo de sistema. A preocupação maior é com as empresas que atuam à margem do sistema e oferecem um produto sem qualquer garantia real de assistência à saúde.

2. Agilizar a aplicação de multas - É necessário rever a legislação atual, para permitir maior agilidade nos processos de punição das empresas que operam em setores regulados. As agências reguladoras atuam sobre um número limitado e conhecido de operadoras, o que permitiria que meios de comunicação mais rápidos fossem reconhecidos como válidos na esfera do Judiciário, sem prejuízo do direito de defesa. A atual precariedade dos quadros de recursos humanos impacta negativamente todas as atividades das agências, mas certamente é na área de fiscalização direta que elas mais comprometem a efetividade das ações. É importante que se defina o quadro de carreiras da agências.

3. Coibir “falsa coletivização” de planos individuais - Crescem as denúncias relativas ao crescimento de uma falsa coletivização de contratos, para fugir às regras mais rígidas dos contratos individuais quanto à proibição de rompimento e controle de reajustes.

4. Concluir saneamento do mercado - Ampliar as ações contra as operadoras que se mantêm à margem da regulamentação, buscando, inclusive, parceria com o Ministério Público e o CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica.

ANEXO

PLANOS DE SAÚDE, MUDANÇAS E LIMITES

A convocação, pelo Ministério da Saúde, do Fórum da Saúde Suplementar, acesa polêmica sobre as agências reguladoras e a CPI instalada pela Câmara ampliaram um debate que seria quase obrigatório quando a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98) completa seu quinto ano e a ANS entra em seu quarto ano de funcionamento.

A regulamentação brasileira, além de recente, contém dispositivos inovadores, como proibir a seleção de risco. Foi elaborada sob forte pressão da opinião pública, gerou um grande embate político no Congresso e sofreu os efeitos da desinformação sobre o setor. Tratava-se de atividade não regulada e, portanto, sem informações específicas quanto à sua amplitude e seu *modus operandi*.

Reflexo disso foi a opção inicial por um modelo bipartite de regulação, onde o Ministério da Fazenda atuava na regulação e fiscalização econômico-financeira e o da Saúde na assistência à saúde. Somente ao final de 1999 é que a regulação foi unificada, no âmbito da Saúde, e decidiu-se pela criação de uma agência reguladora do setor, a ANS.

Vivemos outros tempos. A sociedade e o Estado conhecem o setor e suas peculiaridades. Os principais problemas apontados pelos consumidores em 1997 – exclusões de doenças e tratamentos, carências e reajustes abusivos – foram equacionados e resolvidos. Hoje só podem ser comercializados planos com cobertura assistencial integral, as carências foram significativamente reduzidas e os reajustes são controlados ou monitorados pela ANS.

O alto índice de planos anteriores à regulamentação e a desinformação ainda podem sustentar uma falsa agenda, como se nada houvesse mudado, mas é evidente que estamos diante de uma nova agenda, de aperfeiçoamento e de evolução, a partir do próprio impacto da regulamentação na realidade do setor.

É essencial definir os limites dessa nova agenda, reafirmando os princípios básicos da regulamentação, resultantes de amplo debate e embate dos atores sociais e que

Artigo de Januário Montone, originalmente publicado no Jornal do Brasil de 10/07/2003

demonstraram claramente sua relevância e efetividade. Considero que esses princípios básicos são: a) a atenção integral à saúde como cobertura assistencial obrigatória; b) o Ministério da Saúde como condutor principal da regulação; c) a regulação única para todos os segmentos operadores (seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo, cooperativas e autogestões); d) a desindexação como princípio e o controle de preços inversamente proporcional à competitividade e à liberdade de escolha do consumidor; e) a exigência de garantias e provisões; e f) o controle do ingresso, da operação e da saída do setor.

Aqui o que se deve discutir são processos de transição, como, por exemplo, o que fazer nas regiões brasileiras que não possuem capacidade instalada para prestação de serviços de alta complexidade. Mas a cobertura assistencial integral é uma conquista que não admite retrocesso. O mesmo se aplica aos instrumentos para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do setor, que necessitam ajustar-se aos próprios impactos da regulamentação e à condição geral da economia, mas a reindexação dos reajustes seria outro retrocesso.

A nova agenda da regulamentação dos planos de saúde exige o enfrentamento dos desafios em grande parte decorrentes da efetividade obtida nessa etapa inicial. Tentarei resumir aqui os 10 pontos que considero mais relevantes.

1. Ampliar a cobertura assistencial dos planos antigos, que ainda são 64% do total. Para esses usuários, ainda prevalece a cobertura assistencial definida nos contratos e a eles se refere a maioria dos problemas denunciados, principalmente quanto às doenças e lesões preexistentes e aos reajustes abusivos por faixa etária.
2. Coibir os abusos na relação entre operadoras e prestadores (médicos, laboratórios, clínicas e hospitais), que se transformou, na prática, no único espaço não submetido à regulação e fez com que para ele se transferissem muitas das práticas abusivas de controle de custos.
3. Ampliar a mobilidade dos consumidores de planos individuais. A possibilidade de mudar de plano sem cumprir novas carências seria fator fundamental de controle de qualidade e de preço através da maior competitividade.
4. Atualizar a discussão sobre o ressarcimento ao SUS, que, além de não ter a relevância que se imaginava, enfrenta sérios problemas jurídicos.

5. Implantar a assistência farmacêutica associada aos planos de saúde.
6. Garantir a continuidade de atendimento aos usuários de operadoras liquidadas extrajudicialmente cujas carteiras não tenham sido transferidas.
7. Reduzir a insegurança jurídica no setor. Há duas ADINs ainda sem julgamento no STF, ambas de grande impacto. Referem-se ao ressarcimento do SUS e à extensão de novos direitos aos contratos antigos, como a proibição de suspensão de internação em UTI. Além disso, parte substancial do atual modelo está definido na Medida Provisória 2.177-44, que, em conjunto com a Lei 9.656/98, forma o marco legal do setor.
8. Coibir os falsos planos de saúde, como os cartões de desconto, concluindo as ações em andamento, principalmente a aprovação de projeto de lei proibindo a comercialização desses produtos.
9. Concluir o processo já iniciado de saneamento do mercado, ampliando as ações, em parceria com o Ministério Público e o CADE, contra as operadoras que insistem em permanecer à margem da lei, e regulamentar as atividades dos corretores de planos de saúde.
10. Desenvolver instrumentos sólidos de avaliação do agente regulador e incorporar as campanhas publicitárias institucionais como um valor da regulação, ampliando o conhecimento dos consumidores sobre seus direitos.

Muitos dos temas dessa nova agenda sequer eram previsíveis nos debates da regulamentação travados em 1997/1998. Outros ficaram submersos diante da evidente prioridade de iniciar o processo de regulamentar e fiscalizar adequadamente um setor que, além de sua relevância como atividade econômica, trata de um bem essencial, a saúde, e atende a mais de 35 milhões de brasileiros. É hora de enfrentá-los.