

Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas

Rio de Janeiro-RJ

SÉRIE ANS - 3

Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas

**Palestra proferida pelo Diretor-Presidente da ANS,
Januario Montone, no Seminário Internacional
"Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde
nas Américas", promovido pelo Ministério da Saúde
em 13/08/2002 na cidade de São Paulo**

Série ANS - n.3

Rio de Janeiro - RJ
2002

© 2002. Ministério da Saúde.

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

Série ANS, n. 3

Tiragem: 1.000 exemplares

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Fernando Henrique Cardoso
Presidente da República

Barjas Negri
Ministro de Estado da Saúde

Januario Montone
Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

João Luis Barroca de Andréia
Diretor de Normas e Habilitação de Produtos

Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior
Diretor de Desenvolvimento Setorial

Solange Beatriz Palheiro Mendes
Diretora de Normas e Habilitação de Operadoras

Maria Stella Gregori
Diretora de Fiscalização

Januario Montone
Diretor de Gestão

Catálogo na fonte - Editora MS
FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas /
Agência Nacional de Saúde Suplementar. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

32 p.: il. - (Série ANS; n. 3)

ISBN 85-334-0591-X

1. Sistema de Saúde. 2. Política de Saúde. 3. Legislação.
I. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. II. Título III. Série.

NLM WA 530

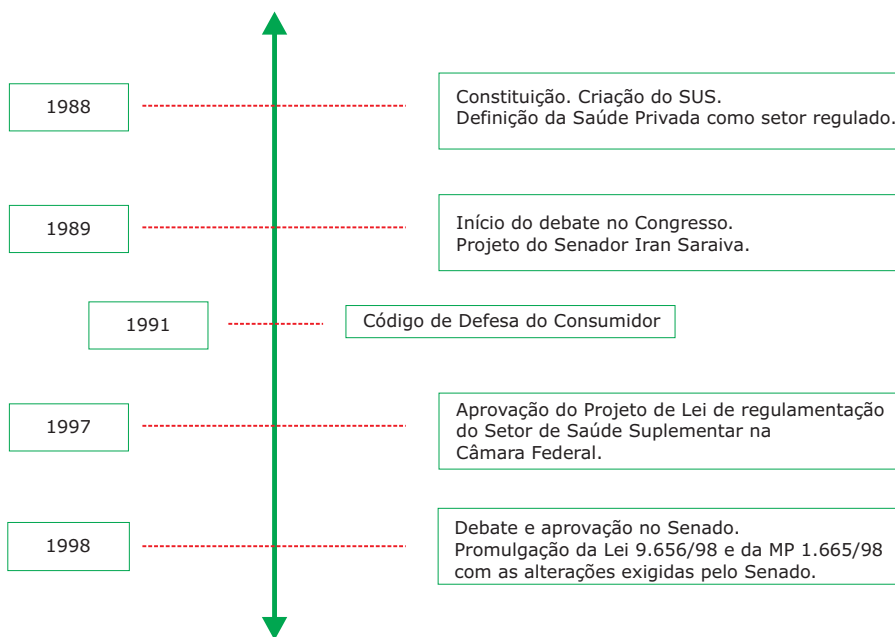
Sumário

A regulamentação no Brasil	7
Desafios atuais da regulação	20
Migração dos Usuários de Planos Antigos	21
Os impactos da Regulamentação no Modelo de Gerenciamento ...	24
Conclusão	28



Podemos identificar quatro etapas no processo de regulamentação desse setor que surge em meados dos anos 60 e alcança uma extraordinária expansão nos anos 80.

Os primeiros anos após a Constituição de 88



A primeira etapa são os 10 anos transcorridos entre a Constituição de 88 e a definição do marco legal do setor.

A Constituição, ao estabelecer a criação do Sistema Único de Saúde – o SUS - universal, integral e gratuito, também definiu que a atuação privada no setor seria regulada pelo Estado. Porém, o debate da regulamentação do setor privado e a definição dos seus marcos legais avançaram muito mais lentamente que no SUS. Enquanto o SUS, já em 1990, tem seus fundamentos legais consolidados na lei 8080, a Lei Orgânica da Saúde, o mesmo não ocorreu com o setor privado.

No campo da Saúde Suplementar, apenas no final de 1997 foi vencida a primeira fase do debate parlamentar, com a aprovação de um projeto de lei na Câmara Federal, cujo foco principal era a forte regulação da atividade econômica, adotando instrumentos mais flexíveis 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 a capacidade econômico-financeira das operadoras para cumprir os contratos assinados, além de assegurar a transparência e a competitividade no setor.

Na dimensão da assistência à saúde, uma importante inovação naquele momento foi a exigência de que todas as operadoras **demonstrassem a capacidade de produzir serviços integrais de assistência à saúde**. Foi criado um **Plano Referência**, um plano de atendimento integral à saúde, que não admite qualquer tipo de exclusão ou de exceção de

cobertura. É claro e específico: exige a cobertura de todas as doenças classificadas no CID - Código Internacional de Doenças.

Todas as operadoras seriam obrigadas, a partir da regulamentação, a **oferecer** um Plano Referência aos usuários, e, portanto, a demonstrar a capacidade de produzir esses serviços integrais de saúde.

Por **opção do consumidor**, este poderia adquirir um plano com coberturas inferiores às do **Plano Referência**, respeitados determinados limites que se constituíam numa espécie de **“plano básico”**, mas cujo foco eram os mecanismos de acesso (como a proibição de limites de consultas e internações, a inclusão obrigatória dos medicamentos ambulatoriais e hospitalares e a garantia de atendimento ao recém-nascido), deixando ampla margem, ainda, para redução de coberturas.

O projeto, na prática, estabelecia a faixa de variação do produto, ou seja, o menor produto que poderia ser comercializado com a caracterização de “plano de assistência à saúde”, configurado no “plano básico” e o plano desejável, o Plano Referência.

O modelo criado estabeleceu 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 que de assessoramento.

Ao ser debatido no Senado, durante o primeiro semestre em 1998, o projeto de regulamentação sofreu duas alterações fundamentais: o fortalecimento do pólo assistencial da regulação e, portanto, 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 atenção integral à saúde, deixa de ser de OFERECIMENTO obrigatório e passa a ser o ÚNICO modelo de plano aprovado para a comercialização.

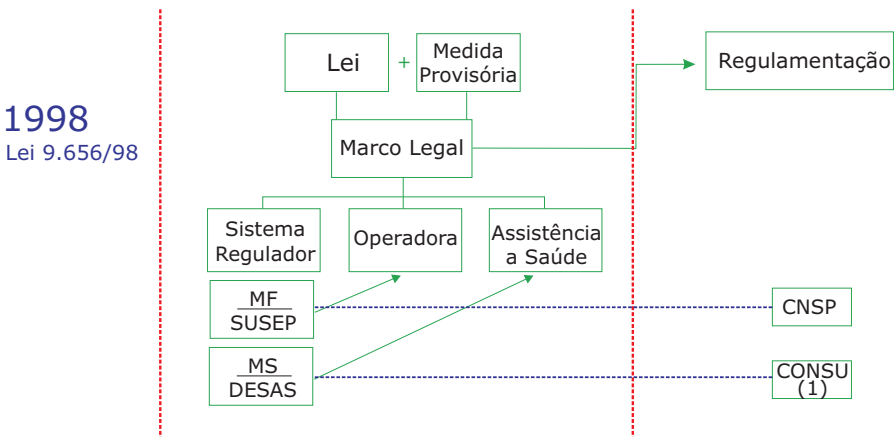
Fica proibida a comercialização de qualquer plano de saúde com redução ou exclusão de coberturas assistenciais. Mesmo a possibilidade de planos exclusivamente ambulatoriais ou hospitalares tem que ser integral no segmento.

Evidentemente, continuam permitidas as ampliações de cobertura.

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

Essa profunda mudança de conceito na regulamentação, que passa a fazer com que não só a regulação da atividade econômica, mas a regulação da atividade assistencial sejam as bases do sistema, se reflete no modelo de regulação. **Reforça-se aí o papel da área de saúde.**

Início da vigência da Lei 9.656/98



(1) De 1998 até agosto 1999 - Órgão normativo de assistência à saúde

É nesse contexto que emerge do Senado o Sistema de Regulação Bi-Partite: 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.

Todas as atividades regulatórias referentes às operadoras, inclusive sua autorização de funcionamento, o controle

econômico-financeiro e os reajustes de preços, continuam a ser atribuições da SUSEP e do CNSP, cabendo ao Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde/ Departamento de Saúde Suplementar e do então criado CONSU - Conselho de Saúde Suplementar, 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, com ampla participação dos agentes do setor e da sociedade, como órgão consultivo permanente na regulação à assistência à saúde.

Este novo modelo, desenhado no Senado, sob todos os aspectos bastante diferente do modelo aprovado na Câmara Federal, passou por um amplo processo de discussão e negociação no Congresso Nacional. A mudança no projeto da Câmara acabou por ser viabilizada através de uma Medida Provisória. Foi uma opção política, negociada por todos os atores envolvidos no processo naquele momento, porque, feitas as alterações no Senado, o projeto teria que ser novamente remetido à Câmara, prolongando sua discussão e adiando sua aprovação.

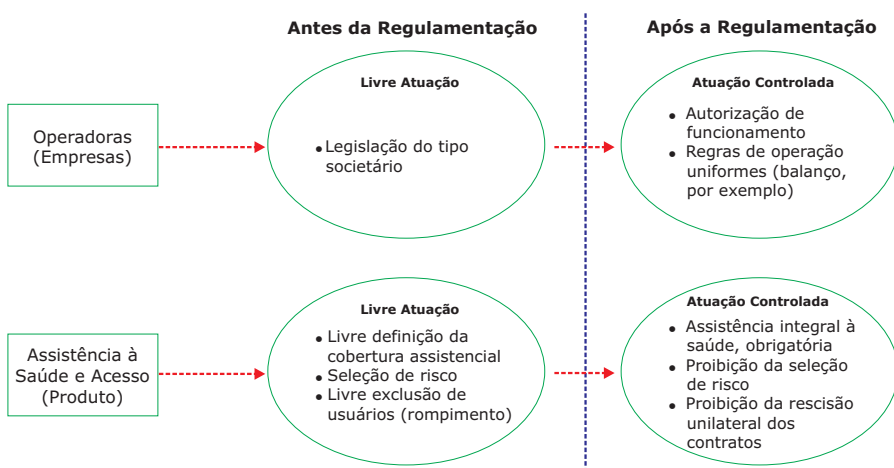
Em resumo, a lei foi promulgada conforme o projeto aprovado na Câmara, no dia 03 de junho de 1998. É a lei 9.656/98. Quase simultaneamente, em 5 de junho, foi editada uma Medida Provisória, então de número 1665, alterando a lei exatamente conforme negociado no Senado. Logo, passou-se a ter como marco legal da regulação o conjunto formado pela lei 9656 e pela MP 1665.

Reeditada quase que mensalmente, até agosto de 2001, por força da legislação vigente, hoje tornou-se a MP 2.177-44.

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

É preciso lembrar que o setor de Saúde Suplementar já existia há pelo menos 30 anos, funcionando, sempre, como um setor não regulado. Isso exigiu que diversos dispositivos fossem regulamentados. Tudo, ou quase tudo, carecia de definição, principalmente na dimensão da assistência à saúde, absolutamente inédita.

Situação do setor antes e depois da regulamentação



Basta uma análise superficial das mudanças para entendermos o desafio da regulamentação. As empresas que antes organizavam-se livremente para atuar no setor, submetendo-se unicamente à legislação do tipo societário escolhido, passam a ter que cumprir exigências específicas, desde registro de funcionamento, até a constituição de garantia, além de estarem sujeitas a processos de intervenção e liquidação.

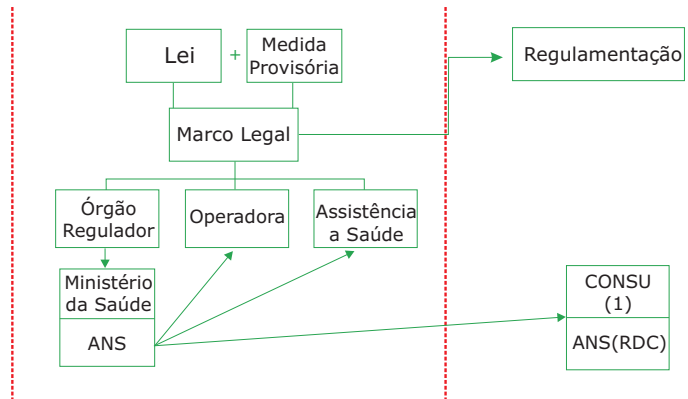
Se antes elas definiam livremente o produto que pretendiam oferecer, a quem oferecer, em que condições de operação e preço, após a regulamentação o produto obrigatório está definido em lei, a seleção de risco é proibida, assim como a exclusão indiscriminada de usuários.

Todas essas exigências legais tinham que materializar-se em resoluções das esferas competentes.

A segunda etapa da regulamentação ocorre exatamente ao longo de 1999. A legislação entra em vigor e o modelo Bi-Partite de regulação começa a demonstrar os seus limites. A amplitude da tarefa e o ineditismo do processo, aliado à separação entre a regulamentação e fiscalização econômico- financeira e a regulamentação e fiscalização da produção dos serviços de assistência a saúde, dificultou a sinergia e provocou uma falta de unidade estratégica no processo de regulação, gerando problemas de efetividade, habilmente explorados por uma parcela do mercado.

Unificação da regulação e criação da ANS

1999 e 2000
Lei 9.961/00



(1) Setembro de 1999 em diante - Órgão interministerial. Fixa as diretrizes da regulamentação.

Para corrigir essa deficiência do modelo, ao final de 1999, todas as atribuições de regulação do setor são unificadas sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, dando início a uma terceira etapa do processo.

O Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, transforma-se em Conselho Ministerial, integrado por cinco ministros de Estado, inclusive os da Saúde e da Fazenda, e a Câmara de Saúde Suplementar - CSS tem as suas atribuições ampliadas, passando a abranger os aspectos econômico-financeiros da regulação.

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

Vinculada ao Ministério da Saúde, a ANS, como Agência Reguladora, incorpora ao processo as vantagens desse novo instrumento de atuação do Estado: maior poder de atuação; autonomia administrativa, financeira e política, expressas por uma arrecadação própria, decisões em Diretoria Colegiada, cujos membros têm mandato definido em lei, e, por último, o poder legal dado às agências reguladoras em relação a efetivação de suas resoluções.

O início das atividades da Agência em 2000 mostrou claramente os ganhos de efetividade do novo modelo. A unificação das estratégias de implementação da regulação, a maior velocidade do processo decisório, o maior respaldo legal das decisões e o maior poder de capturar e sistematizar as informações do setor permitiram um rápido avanço nessa fase do processo.

A regulamentação dos aspectos econômicos, naquele momento comparativamente mais atrasada que a dos aspectos assistenciais, foi praticamente completada, destacando-se:

- Sistema de Informações Econômico-Financeiras
- Plano de Contas Padrão
- Sistema de Garantias e Provisões Técnicas
- A sistemática de transferência-voluntária e compulsória-e de leilão de carteira
- A sistemática de Direção Fiscal e de Liquidação Extrajudicial

- A sistemática de transferência de controle de operadoras e de requisitos para seus administradores
- A sistemática de reajuste, revisão técnica e reajuste por faixa etária.

A regulamentação dos aspectos relativos à assistência se consolida e se completa com:

- Sistema de Informações de Produtos
- Rol de Procedimentos Médicos
- Rol de Procedimentos Odontológicos
- Rol de Procedimentos de Alta Complexidade
- A sistemática de Direção Técnica

A capacidade de garantir o cumprimento da legislação se materializa na normatização da aplicação de penalidades e de ampliação de seus impactos, através da instituição do Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta e do Termo de Compromisso de Conduta.

Também são aperfeiçoados os instrumentos de discussão e validação da regulamentação. Além de uma atuação mais sistemática da **Câmara de Saúde Suplementar**, a Agência passa a utilizar-se de Câmaras Técnicas para maior aprofundamento dos temas e institui a Consulta Pública como instrumento privilegiado de debate.

Alguns indicadores podem demonstrar a maior efetividade do modelo de regulação a partir da ANS:

- O cadastro de usuários que, no final de 99, mal atingia 12 milhões de registros, hoje ultrapassa 33 milhões de usuários cadastrados.
- Os processos de fiscalização com multas em primeira instância foram 65 em 2000, 84 em 2001 e atingem 655 só no primeiro semestre deste ano.
- Temos 71 operadoras em regime de Direção Fiscal, além de outras 11 em processo de liquidação extrajudicial ou já liquidadas e seis que tiveram a Direção Fiscal encerrada com sucesso, ou seja, voltaram à normalidade de suas operações.
- A Agência exigiu Planos de Recuperação para mais de 90 Operadoras, que resultaram em um aporte de recursos de R\$ 130 milhões, a maior parcela já integralizada.
- Mais de 750 Operadoras solicitaram cancelamento de seus registros provisórios ou tiveram esses registros cancelados por determinação da Agência.

A implantação do Disque ANS, que acaba de completar um ano, resultou em um efetivo canal de comunicação com o usuário e em um importante instrumento de planejamento da Agência, permitindo uma localização mais rápida e eficaz das situações-limite dentro do setor. Uma análise dos seus números também parece indicar que o usuário passa a buscar informações junto à ANS para sua tomada de decisão.

TEMAS	Demandas	%/Total	Reclamações	%/ Tema	Consultas	%/ Tema
Reajuste	8.584	19,54	1.431	16,67	7.153	83,33
Operadoras e Planos	7.866	17,91	492	6,25	7.374	93,75
Cobertura Assistência	7.573	17,24	728	9,61	6.845	90,39
Contrato	5.220	11,88	423	8,10	4.797	91,90
Rede Prestadora	2.712	6,17	1.218	44,91	1.494	55,09
DLP	2.661	6,06	442	16,61	2.219	83,39
Carência	2.135	4,86	78	3,65	2.057	96,35
Aposentados e demitidos	1.994	4,54	21	1,05	1.973	98,95
Outros temas	5.185	11,80	597	11,51	4.588	88,49
Total	43.930	100	5.430	12,36	38.500	87,64

Para citar apenas dois exemplos. O maior número de demandas telefônicas, num total de 43.930 atendimentos diretos do disque ANS em um ano, refere-se a Aumento de Mensalidade (19,53% do total), mas apenas 16,7% são reclamações com indícios de irregularidades. As demais, 83,3%, são consultas sobre o tema. Talvez mais revelador seja o segundo tema mais demandado (17,91% do total), que se refere a Operadoras e Planos de Saúde. Apenas 6,25% caracterizam-se como reclamações ou denúncias, sendo os restantes 93,75% de consultas sobre a situação de Operadoras.



Evidente que essa maior efetividade da ação reguladora deu maior transparência e visibilidade a uma imensa gama de problemas estruturais do setor e permitiu uma visão mais concreta dos próprios impactos da regulamentação.

Para dar exemplo, a simples obrigatoriedade de que todas as operadoras passem a se utilizar do regime de competência para registro contábil, ao invés do regime de caixa que todas utilizavam, exceto as seguradoras, traz enormes alterações no perfil dos seus balanços, que aliás, passam a ser de publicação obrigatória. Isso não muda em nada a realidade econômico-financeira da empresas, mas certamente dará mais transparência e visibilidade a desequilíbrios já existentes.

A complementação do arcabouço normativo da regulamentação marca, a rigor, a etapa atual do processo. Trata-se de aperfeiçoar os instrumentos já implantados, ampliar a sua efetividade e proceder aos ajustes decorrentes dos próprios impactos do processo na organização e gerenciamento do sistema, de forma a garantir uma melhoria constante e sustentável na assistência à saúde dos usuários, ressaltando que a expansão do setor é requisito indispensável para sua viabilidade futura.

Para dimensionar os desafios dessa fase da regulação eu gostaria de destacar dois deles: a necessidade de acelerar a migração dos usuários de contratos antigos, anteriores à regulação, para planos novos e o monitoramento dos impactos do ajuste no modelo de gerenciamento do setor.

MIGRAÇÃO DOS USUÁRIOS DE PLANOS ANTIGOS



Ainda hoje, quatro anos após a regulamentação dos planos privados de assistência à saúde, 2/3 dos usuários dos planos de saúde ainda estão ligados a contratos firmados antes de janeiro de 1999; portanto sem as garantias integrais da legislação, principalmente no que diz respeito à assistência à saúde.

Faixa etária	Plano anterior à Lei 9.656		Plano posterior à Lei		Total	
	Quantidade de beneficiários	%	Quantidade de beneficiários	%	Quantidade de beneficiários	%
0 a 17 anos	5.935.244	25,77	2.909.249	28,17	8.844.493	26,51
18 a 29 anos	4.776.378	20,74	2.519.377	24,40	7.295.755	21,87
30 a 39 anos	4.101.894	17,81	1.884.465	18,25	5.986.359	17,95
40 a 49 anos	3.409.404	14,80	1.447.614	14,02	4.857.018	14,56
50 a 59 anos	2.188.168	9,50	794.890	7,70	2.983.058	8,94
60 a 69 anos	1.372.349	5,96	408.635	3,96	1.780.984	5,34
70 e mais	1.247.584	5,42	362.812	3,51	1.610.396	4,83
Total	23.031.021	100	10.327.042	100	33.358.063	100

A lei assegura ao usuário a manutenção de seu plano original, mas também lhe dá o direito unilateral de exigir a adaptação e a operadora é obrigada a lhe oferecer o plano adaptado, nos termos da regulamentação.

É proibida a recontagem de carências, admitindo-se carências apenas aos procedimentos adicionais, agregados ao contrato, lembrando que os contratos antigos, na sua imensa maioria, têm sérias restrições à cobertura, com diversas exclusões de doenças, principalmente as chamadas crônicas. O ajuste da mensalidade está também limitado ao acréscimo de

serviços, não podendo exceder o preço de um plano novo. Uma outra exigência é a adaptação de regras de reajuste para mudança de faixa etária. O enquadramento nas faixas etárias definidas na regulamentação, no qual o limite para a maior mensalidade é de seis vezes o valor da menor mensalidade.

O cenário atual parece revelar uma posição ambígua dos atores. Os usuários individuais não têm procurado exercer esse direito, exceto quando necessitam de cobertura para um procedimento não coberto em seu plano anterior e aí esbarram na carência, e, em geral, buscam o caminho do judiciário. Aparentemente o fator inibidor é o preço, pois o enquadramento nas faixas etárias da regulamentação traz uma evidente vantagem aos usuários mais velhos, ou, no momento em que o usuário atingir a terceira idade, mais aumenta o valor atual da mensalidade para as faixas de idade até 40 anos. Isso se explica porque a maioria dos planos antigos não prevê reajuste por faixa etária antes dos 50 anos. Nos contratos coletivos o fator preço é preponderante.

As entidades de defesa do consumidor até o momento também têm optado por incentivar o usuário a recorrer ao Código de Defesa do Consumidor e não à adaptação do contrato antigo para ampliar suas coberturas.

As operadoras não têm feito nenhum esforço especial para acelerar o processo. Respeitam a regulamentação quando acionadas pelo consumidor e só. Aparentemente, preferem

manter a multiplicidade de coberturas e de exclusões dos contratos antigos, que oferecem, no mínimo, uma certa área cinzenta de interpretação, mesmo nas cláusulas sob risco de serem consideradas abusivas e preferem enfrentar o debate dessas questões no judiciário. O fato de que estão isentas de ressarcir ao SUS dos procedimentos realizados por seus usuários na rede pública que não estejam cobertos nos contratos pode ser um dos fatores inibidores do interesse delas.

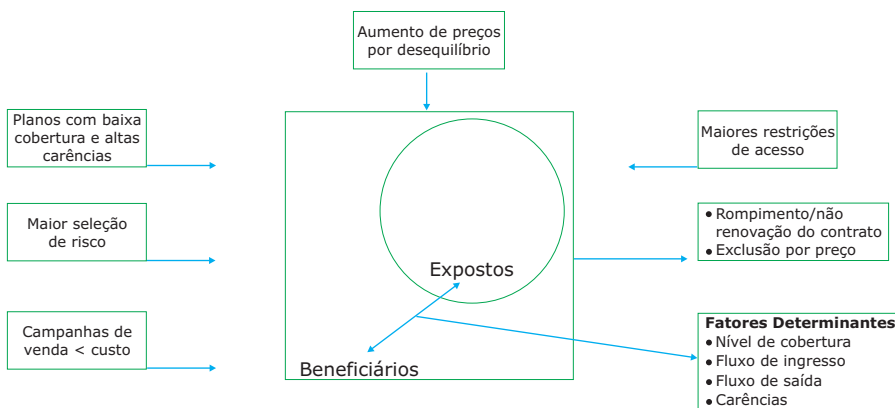
Por outro lado, as propostas colocadas em discussão pela ANS para tentar acelerar o processo de migração, buscando a ampliação da cobertura assistencial dos usuários, também não foram capazes, até agora, de construir um consenso capaz de viabilizá-las.

OS IMPACTOS DA REGULAMENTAÇÃO NO MODELO DE GERENCIAMENTO



O setor ainda não conseguiu equacionar completamente sua reestruturação a partir dos novos paradigmas estabelecidos na legislação e que têm um forte impacto no modelo de gerenciamento, exigindo o desenvolvimento de novos instrumentos para a manutenção (ou construção) de uma assistência à saúde qualificada e do seu equilíbrio econômico.

Modelo Clássico de Gerenciamento



Relação Operadoras x Prestadoras

Antes da regulamentação, o modelo clássico de gerenciamento permitia diversas estratégias de expansão e vários instrumentos de ajuste, buscando a manutenção ou recuperação do equilíbrio econômico.

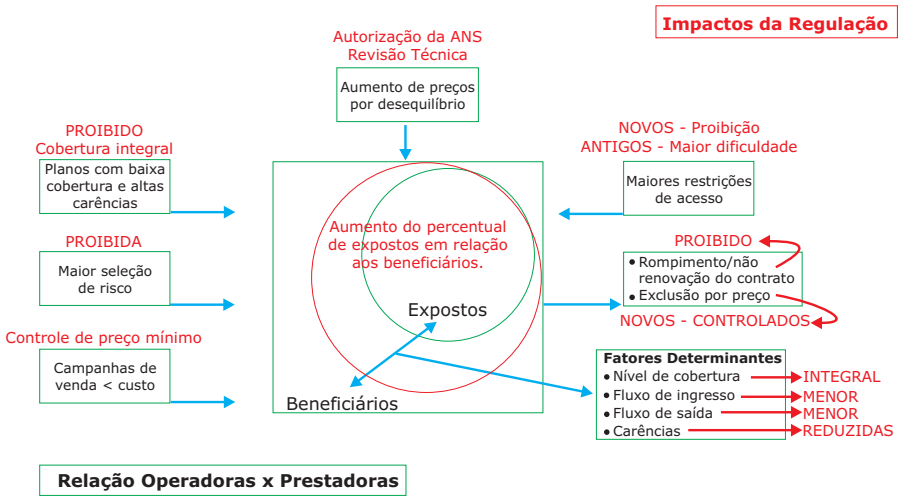
Identificado o desequilíbrio, as estratégias eram bastante evidentes. Um rápido realinhamento do faturamento, através dos reajustes por desequilíbrio ou por sinistralidade, uma redução da massa de expostos, através da exclusão dos contratos deficitários e de maiores controles de acesso à cobertura assistencial. Esses mecanismos eram reforçados pela ampliação da carteira, e do faturamento, sem imediata ampliação das despesas, através de maior seleção de risco, maiores carências e exclusões de cobertura, mas com preços bastante atraentes e competitivos.

A renegociação dos contratos e fluxos de pagamento e o maior controle dos prestadores era a outra vertente essencial desse modelo de gerenciamento.

Claro que a aplicação prática do modelo variou muito. Se muitas operadoras atuavam de forma bastante profissional e criteriosa, com compromissos evidentes com a saúde de seus consumidores, outras o aplicaram de forma absolutamente selvagem com prejuízos irreparáveis aos consumidores e aos prestadores, mas principalmente à credibilidade do setor.

A regulamentação alterou radicalmente esse modelo de gerenciamento.

Modelo Clássico de Gerenciamento



A modelagem do produto só é permitida para ampliar as exigências da lei. A seleção de risco é proibida e a precificação tem que estar compatível com os custos de produção dos serviços assistenciais. Os reajustes automáticos por desequilíbrio ou por sinistralidade não existem mais, substituídos pela revisão técnica, processo sob rigorosa avaliação da ANS. Os mecanismos de redução de custos pela simples exclusão de usuários estão proibidos para as carteiras de planos individuais e os reajustes por faixa etária controlados. Há uma clara ampliação do número de expostos e dos seus custos médios, pois a cobertura é integral, o fluxo de ingresso é menor, assim como o de exclusão, e as carências limitadas.

Essa nova realidade, além de proteger o consumidor de abusos, exige que o foco de atuação das operadoras seja o

da manutenção da saúde e não simplesmente a tentativa de reduzir os custos de tratamento das doenças, inclusive pelo seu não tratamento.

As atividades de promoção e prevenção devem ganhar cada vez mais espaço no modelo, assim como o desenvolvimento de novos paradigmas nos processos de diagnóstico e tratamento e no relacionamento técnico e comercial entre as operadoras e prestadores.

A Agência tem incentivado esse debate entre os atores do setor e está assumindo a tarefa de participar do desenvolvimento de um novo modelo, inclusive buscando o envolvimento da academia e de instituições especializadas, além trazer ao debate as experiências internacionais, principalmente as européias, que possam reduzir o tempo dessa transição.

Claro que a ANS também acompanha muito atentamente os reflexos dessas fase de transição, principalmente na relação entre as operadoras e seus prestadores de serviços, responsáveis diretos pelo atendimento aos usuários. Por esse motivo, a ANS acaba de instalar duas Câmaras Técnicas, uma de Contratualização e outra de Assuntos Médicos, buscando subsídios para estabelecer os parâmetros do relacionamento entre operadoras e prestadores na ótica da regulação e, principalmente, os compromissos de ambos com a assistência à saúde do usuário.



Em recente encontro na OPAS (Organização Panamericana de Saúde) pudemos conhecer uma pesquisa mostrando que a legislação brasileira no setor saúde tem servido como paradigma na América Latina.

No Brasil o que pudemos perceber como maior ganho do modelo adotado, onde toda a política de saúde está unificada na esfera do Ministério da Saúde e dos gestores estaduais e municipais da saúde, sejam as políticas para o setor público, seja a regulação da atividade privada na saúde, é o da unificação da capacidade estratégica e, portanto, a ampliação da capacidade de efetivar as políticas traçadas.

A ampliação dos limites de atuação tradicional da vigilância sanitária, por exemplo, para o monitoramento de preços de medicamentos e como verdadeiro instrumento de política industrial do setor de medicamentos, foi fator fundamental na viabilização dos medicamentos genéricos e na expansão do combate à AIDS, por exemplo.

Na área de assistência à saúde, a exigência de planos de atenção integral à saúde vem transformando as operadoras em empresas do setor saúde, unificando sua agenda estratégica com as dos gestores da assistência à saúde do SUS. Claro que ainda é um processo, mas a resistência orgânica à regulação hoje está praticamente restrita a uma parcela do segmento de cooperativas médicas. Os demais

segmentos estão progressivamente adaptando-se à regulação, com maior ou menor velocidade. Basta que a regulamentação continue a ser perseguida com clareza de objetivos, eficiência e obstinação e chegaremos à sua completa implementação.

A partir daí, os desafios dos gestores públicos e dos operadores privados da assistência à saúde não são diferentes no seu núcleo mais objetivo:

- i. Incentivar as ações de promoção a saúde e prevenção à doença;
- ii. Reduzir as desigualdades regionais na capacidade de produção de serviços de assistência à saúde, desenvolvendo políticas e estratégias de expansão e de desconcentração dos serviços especializados e de alta complexidade, nas áreas de apoio diagnóstico, ambulatorial e hospitalar;
- iii. Ampliar as políticas e estratégias de assistência farmacêutica;
- iv. Ampliar a validação das diretrizes clínicas de conduta como instrumento de qualidade na assistência.

Creio que, em um futuro não muito distante, com a consolidação do SUS, ampliando o acesso universal à assistência à Saúde e do setor de Saúde Suplementar, como parte integrante do sistema nacional de saúde, os gestores públicos e os operadores privados poderão desenvolver

estratégias conjuntas para superar a lógica perversa de organização do sistema a partir da oferta, privilegiando sua reorganização a partir da demanda, garantindo assim a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde da população.

Muito obrigado.

São Paulo, 13 de agosto de 2002

SÉRIE ANS

1. O Impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar
2. Integração do Setor de Saúde Suplementar ao Sistema de Saúde Brasileiro
3. Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas

Edição, informação e distribuição:

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS
Avenida Augusto Severo, 84, 11º andar, Glória
CEP 20021-040 Rio de Janeiro, RJ - Brasil
Tel.: (21) 2505-0000

<http://www.ans.gov.br>
Disque ANS: 0800 701 9656

ISBN 85-334-0591-X



9 788533 405912

Produzido pelo GGCOS em setembro de 2002