

SAÚDE SUPLEMENTAR

Este projeto é uma parceria do CONASS com o Ministério da Saúde



volume **11** SAÚDE SUPLEMENTAR

Copyright 2007 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

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

A Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS pode ser acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS, www.conass.org.br.

A Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS faz parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 5000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Saúde Suplementar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
– Brasília : CONASS, 2007.

234 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 11)

ISBN 978-85-89545-19-8



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

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Concepção e Coordenação da Coleção

Regina Helena Arroio Nicoletti

René Santos

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Revisão

Ana Paula Vilela

Coordenação do Livro

João Luis Barroca

Edição

Adriane Cruz

Elaboração

André Feijó Barroso

Vanessa Pinheiro

Gilson Caleman

João Luis Barroca

Projeto gráfico

Kátia Audi

Fernanda Goulart

Regina Bomfim

Regina Helena Arroio Nicoletti

Aquarela capa

Salete de Andréa

Mário Azevedo

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Gostaríamos de expressar nosso agradecimento à Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a toda a equipe de Gerentes Gerais e Gerentes e em especial aos seguintes profissionais:

Celina Perez

Heitor Freitas

José Avelino Pacca

Kelly Simões

Marcelo Mota

Marcelo Santos

Michele Gilaberte Ribeiro

Rejane Sayuri Izaki

DIRETORIA do CONASS - 2006/2007

Presidente

Jurandi Frutuoso Silva

Vice-presidente Região Norte

Fernando Agostinho Cruz Dourado

Vice-presidente Região Nordeste

José Antônio Rodrigues Alves

Vice-presidente Região Centro-Oeste

Augustinho Moro

Vice-presidente Região Sudeste

Luiz Roberto Barradas Barata

Vice-presidente Região Sul

Cláudio Murilo Xavier

SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE

AC - Suely de Souza Mello da Costa
AL - André Valente
AP - Abelardo da Silva Vaz
AM - Wilson Duarte Alecrim
BA - Jorge José Santos Pereira Solla
CE - João Ananias Vasconcelos Neto
DF - José Geraldo Maciel
ES - Anselmo Tose
GO - Cairo Alberto de Freitas
MA - Edmundo da Costa Gomes
MT - Augustinho Moro
MS - Beatriz Figueiredo Dobashi
MG - Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva
PA - Halmélio Alves Sobral Neto
PB - Geraldo de Almeida Cunha Filho
PR - Cláudio Murilo Xavier
PE - Jorge Gomes
PI - Tatiana Vieira Souza Chaves
RJ - Sérgio Luis Côrtes
RN - Ademar Cavalcanti Cunha Júnior
RS - Osmar Terra
RO - Milton Luiz Moreira
RR - Eugênia Glaucy Moura Ferreira
SC - Luiz Eduardo Cherem
SP - Luiz Roberto Barradas Barata
SE - Rogério Carvalho
TO - Eugênio Pacceli de Freitas Coelho

SECRETARIA EXECUTIVA DO CONASS

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso Silva

Coordenadores

Regina Helena Arroio Nicoletti

Ricardo F. Scotti

René Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Assessores Técnicos

Adriane Cruz, Déa Carvalho, Eliana
Dourado, Gisele Bahia, Júlio Müller, Livia
Costa da Silveira, Lore Lamb, Luciana
Tolêdo Lopes, Márcia Huçulak, Maria
José Evangelista, Maria Luísa Campolina
Ferreira, Ricardo Rossi, Rodrigo Fagundes
Souza e Viviane Rocha de Luiz.

Assessora de Comunicação Social

Vanessa Pinheiro

SUMÁRIO

Apresentação 12

Introdução 13

1 Regulamentação do Setor de Planos e Seguros de Saúde no Brasil 20

1.1 Marco Histórico – das autogestões na década de 1950 à entrada das seguradoras no mercado: segmentação de operadoras e de produtos 20

1.2 Da Constituição Federal à criação da ANS 26

1.3 Marco legal 35

1.4 Bases microeconômicas para a intervenção do Estado no mercado privado de planos / seguros de saúde 54

2 O Estado da Arte: O Mercado de Saúde Suplementar 68

2.1 Características gerais do sistema de saúde no Brasil 68

2.2 O mercado de Saúde Suplementar hoje 72

2.3 A intervenção da ANS 94

3 Interfaces do Setor de Saúde Suplementar com o SUS 128

3.1 Mecanismos de Articulação Institucional 130

3.2 O Registro de Planos e Rede Prestadora e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: importância para o registro de planos e seguros 138

3.3 O ressarcimento ao SUS 167

Considerações Finais: Desafios e Possibilidades 180

Lista de Ilustrações 183

Lista de Siglas 188

Referências Bibliográficas 193

Anexo I 205

Anexo II 216

APRESENTAÇÃO

Um dos mais intrigantes desafios encontrados nos últimos anos para o gestor de políticas públicas em saúde tem sido a regulação da área de Saúde Suplementar. Desde a promulgação da Constituição em 1988 até o início da regulamentação setorial, dez anos depois, assistimos a expansão de um setor sem regras de funcionamento e sem interface com o SUS. Mesmo em 1988 o debate sobre o objeto primário da regulação – se o tratamento prioritário estaria vinculado ao Sistema Financeiro Nacional ou se era do escopo da regulação do setor saúde – já se mostrava importante.

A constatação do impacto do setor sobre a produção de saúde no país fez, no entanto, a balança pender para a vinculação com a saúde. Os bilhões de reais pagos aos prestadores, a rede de serviços que presta simultaneamente atendimento para o SUS e para o sistema privado, a quantidade de brasileiros vinculados à saúde prestada pelas operadoras, são motivos relevantes para este olhar diferenciado.

No entanto, ainda há muito que se debater e estudar sobre o setor e sua vinculação com o trabalho cotidiano dos Gestores Estaduais, fixando na agenda dos gestores públicos de saúde o estudo e a construção de propostas para o setor privado, no que tange a incorporação de novas tecnologias em saúde, hierarquização de acesso à serviços de alta complexidade, modelo de atenção à saúde, promoção de saúde e prevenção de doenças, entre outros.

O CONASS acredita que a edição deste livro, especialmente dedicado à Saúde Suplementar, é mais um passo na difusão do conhecimento, e reflete a avaliação e o pensamento desta instituição sobre o setor.

Jurandi Frutuoso Silva
Presidente do CONASS

INTRODUÇÃO

A coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS apresenta um volume dedicado exclusivamente à Saúde Suplementar, isto é, ao setor de planos e seguros de saúde no Brasil. Foram necessários dez anos, desde a promulgação da Constituição Federal até a aprovação da Lei n. 9.656 de 1998, para iniciar-se a regulamentação deste setor que, à partir desta publicação, passa a fazer parte da pauta de discussões dos gestores do Sistema Único de Saúde(SUS).

São primordiais para a reflexão dos leitores que, inicialmente, sejam lembrados alguns aspectos constitucionais que possibilitaram a manutenção da participação do setor privado na assistência e no desenvolvimento da Saúde Suplementar no Brasil.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”, diz a Constituição Cidadã¹, em seu artigo 196, do Capítulo da Seguridade Social, caracterizando a primeira experiência brasileira de uma política social de caráter universal.

No Artigo 197, Constituição Federal/1988 são consideradas de “relevância pública as ações e serviços de saúde, [...] devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”. Este mesmo artigo define que compete ao Poder Público a “regulamentação, fiscalização e controle” da execução dos serviços de saúde prestados, a despeito da natureza jurídica do prestador.

¹ Capítulo da Seguridade Social do texto constitucional de 1988, define a política de saúde do Brasil.

No Artigo 199, Constituição Federal/1988 além de ser reforçada a idéia de que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, fica definida a forma como esta participação deverá ocorrer – “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde”.

A análise do texto constitucional permite, portanto, entender algumas importantes características observadas no SUS, na Saúde Suplementar e nas suas redes de serviços:

- a rede de serviços de saúde do SUS resulta da incorporação das redes estaduais e municipais à rede do extinto Inamps, com uma distribuição geográfica de origem, definida pelo poder político de estados e municípios. O texto constitucional, ao facultar a execução dos serviços de saúde em unidades públicas ou privadas, possibilitou a manutenção dos contratos e convênios com a rede privada do extinto Inamps, tal qual o período anterior à promulgação da Constituição, ou mesmo a sua ampliação;
- a manutenção do financiamento da rede privada conveniada, assim como o faz com as unidades próprias, por meio da remuneração dos serviços prestados à população;
- o conceito de participação complementar do setor privado ao SUS surgiu relacionado à oferta de serviços de saúde;
- a liberdade da iniciativa privada de prestar assistência à saúde estabeleceu, de forma direta, a interface entre esta rede privada e o SUS.

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

A elaboração deste livro é um convite para que os gestores do SUS, à partir dos subsídios aqui apresentados, possam refletir sobre as questões inerentes ao setor e participar de futuros debates acerca da Saúde Suplementar.

A escolha do tema deu-se ainda pelos avanços feitos na regulamentação de um segmento da atenção à saúde que atende a mais de 40 milhões de brasileiros.

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

Resta o entendimento de que a regulação e a conseqüente regulamentação constituem-se num processo em evolução. E regulação, sem dúvida, requer informação. Talvez nesses primeiros seis anos de criação da Agência Nacional de Saúde (ANS), uma das maiores conquistas tenha sido a sistematização das informações do setor, que permitiu e ainda permite atuar de forma mais próxima do real. Se para qualquer mercado regulado a estabilidade jurídica é pré-requisito, para o mercado de planos e seguros de saúde – que cresceu à margem de qualquer regra por mais de quarenta anos – a clareza e a segurança jurídica são fundamentais. Há muito que avançar e consolidar, mas não há dúvida que muito já se percorreu.

O Capítulo 1 – *Regulamentação do Setor de Planos e Seguros de Saúde* no Brasil traz uma síntese da evolução histórica do setor de Saúde Suplementar no Brasil, passando pelo surgimento das autogestões, que representaram o início do desenvolvimento de empresas de saúde no país, e pela regulamentação do setor. Encontra-se dividido em quatro partes:

- A primeira traz um pouco da forma pela qual se desenvolveu o setor de Saúde Suplementar no Brasil. À partir de breve análise de outros sistemas nacionais de saúde, procura-se traçar paralelos entre o modelo de regulação brasileiro com outros países do mundo.
- Na segunda parte do capítulo, faz-se uma discussão sobre a inserção da saúde no texto constitucional de 1988 e sobre o processo político ocorrido até a regulamentação do setor. São discutidos os projetos existentes no Congresso Nacional até a aprovação da Lei n. 9.656/98, que só foi possível graças a um acordo entre governo, partidos da oposição, instituições de defesa do consumidor, entidades médicas, operadoras e demais atores sociais envolvidos no processo. Tal acordo se cristalizou na Medida Provisória n. 1.665, de 4 de junho de 1998, impedindo que a regulamentação do setor pudesse retroceder. Dois outros aspectos ainda serão considerados: a tensão intragovernamental à época, que muito mais do que uma disputa de poder representava o embate de duas visões distintas para o setor, e a Ação Direta de Inconstitucionalidade(Adin), movida pela Confederação Nacional de Saúde, que está apenas julgada liminarmente.
- A terceira parte do capítulo versa sobre o marco legal: desde o conjunto de leis que demarcam o território da Saúde Suplementar até a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), caracterizando o marco da regulação setorial. Apresenta-se, em linhas gerais, a discussão acerca das diferenças existentes entre as agências vinculadas à infra-estrutura e ao modelo da ANS, além de discorrer sobre suas características. Nesta parte do livro chama-se atenção para o impacto que a regulamentação – que produziu seus principais efeitos já à partir de 1999 – trouxe para os beneficiários, quer pessoas físicas ou jurídicas.
- A quarta e última parte desse capítulo apresenta apontamentos sobre microeconomia que perpassam o mercado de planos e seguros de saúde, desde a apresentação deste mercado e suas principais características até as razões que, mais do que justificam, impõem a regulação deste setor.

O Capítulo 2 compõe-se três tópicos, que apresentam o Estado da Arte do mercado de Saúde Suplementar.

O primeiro tópico de situar o leitor nos diversos “mercados” da Saúde Suplementar e no padrão de gastos públicos e privados observados em vários países. São abordadas as principais características do sistema de saúde brasileiro e definidos os principais tipos de planos de saúde existentes no país:

- planos anteriores ou não a legislação;
- planos individuais, familiares e coletivos;
- planos com e sem patrocinador.

Ainda, neste tópico, é levantado para discussão o tema das bases econômicas do setor de Saúde Suplementar, com enfoque nos reajustes.

No segundo tópico, apresentam-se informações setoriais agregadas, sempre que possível, por segmento do mercado e/ou por região. Os principais sistemas de informação da ANS e seus resultados, também fazem parte deste capítulo. São descritas sucintamente as principais intervenções da ANS observadas à partir das ações de fiscalização realizadas, das informações obtidas por meio, por exemplo, do Disque-ANS.

No terceiro tópico apresenta-se o programa de qualificação da Saúde Suplementar. A distinção entre Política e Programa, inclusive, é ressaltada pela própria ANS, pois seu objetivo é muito maior que produzir indicadores de desempenho do mercado e da instituição, pretendendo uma construção permanente de maior qualidade em seus dados, sistemas de informação e em seu processo de trabalho.

No que se refere ao Programa de Qualificação, além de serem destacadas as suas bases conceituais e teóricas, procurou-se dar destaque à forma com que os indicadores foram construídos e os aperfeiçoamentos que se fizeram necessários. Além do forte incremento ao uso de dados e construção de informações, o Programa abrange duas vertentes: a avaliação do mercado operador e a avaliação do próprio funcionamento da ANS.

O Capítulo 3, talvez o de interesse imediato dos gestores, está dividido em três partes.

A primeira refere-se a um levantamento das principais estratégias elaboradas pela ANS no sentido de estabelecer atividades voltadas para a articulação do sub-setor de Saúde Suplementar com o SUS. Dentre elas, destacam-se:

a) Encontros de integração com os gestores do SUS, em que são destacados pontos de convergência entre o gestor de planos e seguros de saúde e o gestor do SUS em seu dia-a-dia, como estruturação de rede de atenção à saúde e fomento à prevenção de doenças. Deve ser ressaltado que a ANS tem disponibilizado, por meio de seu site: <http://www.ans.gov.br/>, uma série de informações gerais de interesse para os gestores, que serão apontadas neste capítulo:

- discussões acerca da incorporação de novas tecnologias em saúde;
- implementação de um sistema de padronização das informações em Saúde Suplementar – o Tiss.

Na segunda parte do capítulo, discutem-se as formas de registro da rede de atendimento e apresentam-se as discussões em curso sobre parâmetros para esta rede de atendimento que, grosso modo, é “compartilhada” entre o SUS e Saúde Suplementar. O instrumento utilizado para identificação de estabelecimentos de saúde é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Será dado enfoque, também, à chamada “superposição” de rede, isto é, estabelecimentos de saúde que atendem tanto ao SUS quanto à Saúde Suplementar. Tais dados podem levar cada gestor a refletir sobre a conexão entre o SUS e as operadoras de planos e seguros de saúde.

Na terceira parte, fala-se sobre o ressarcimento ao SUS. Inicia-se com a contextualização histórica do artigo 32 da Lei n. 9.656/98 e seu impacto no mundo jurídico – desde a pendência na Ação Direta de Inconstitucionalidade(Adin) n. 1.931, até os inúmeros recursos que atrasam e limitam o ressarcimento ao SUS. Apresenta-se todo o processo de ressarcimento: sua lógica, suas etapas e seus resultados até o momento.

Também serão apontados, nesse capítulo, outros pontos relevantes como revisão do “rol de procedimentos” e a aproximação e interação de sistemas de informação. O capítulo é finalizado com a apresentação de dados gerais sobre o ressarcimento ao SUS.

Nas considerações finais, procurou-se chamar atenção para as principais interfaces entre o setor de Saúde Suplementar e o SUS, relacionando-se as propostas de integração em andamento e os maiores desafios a serem superados para a construção de uma agenda comum.

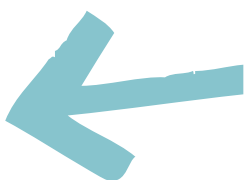


1.1 Marco Histórico – das autogestões na década de 1950 à entrada das Seguradoras no mercado: segmentação de operadoras e de produtos

1.2 Da Constituição Federal à criação da ANS

1.3 Marco legal

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



REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NO BRASIL

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

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

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

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

- **Sistemas de caráter privado:** sistemas de saúde financiados por parte da população e pelos empregadores, sem obrigatoriedade de contribuição e cuja provisão de serviços é geralmente privada.

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

Quadro 1

ORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE

Organização	Serviço Público	Seguro Social	Privado
Forma de Financiamento	Tributos	Folhas de Pagamento	Privada
Seguro	Universal	Múltiplo	Privado
Provisão	Pública	Privada	Privada
Países	Países Escandinavos, Reino Unido, Irlanda, Itália, Espanha	Alemanha, França, Bélgica, Holanda, Áustria, Japão	EUA

Fonte: classificação original de J. Elola, citado por Rodrigues, P.H

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

No caso brasileiro, desde a estruturação da saúde previdenciária, prevalecia o modelo do seguro social organizado em torno dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esses institutos, representantes de diversas categorias de trabalhadores urbanos, para a organização da oferta de saúde, em sua grande maioria, compravam a prestação de serviços de consultórios médicos ou de estabelecimentos hospitalares. Paralelamente aos IAPs, surgiram nos anos 1940, as

caixas de assistência, que beneficiavam os empregados de algumas empresas por meio de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços de saúde externos à Previdência Social, ainda que estes serviços pudessem ser prestados por ela. Foi nesta época, por exemplo, que ocorreu a criação da Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil (Cassi).

Na década de 1950, com a instalação no país de empresas estatais e multinacionais, surgem os sistemas assistenciais próprios, isto é, que prestavam assistência médica de forma direta a seus funcionários. A assistência patronal – denominada atualmente como Grupo Executivo de Assistência Patronal (Geap) – foi estruturada nesse período pelos funcionários do instituto de aposentadorias e pensões dos industriários. A unificação dos IAPs² desagradou a muitos beneficiários, principalmente àqueles representantes de categorias com maior poder econômico, sob a alegação de dificuldades de acesso aos serviços médicos, decorrentes da expansão da cobertura e uniformização de benefícios. A Previdência Social com esta justificativa ampliou os credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde por meio, principalmente, do financiamento de grupos médicos³, organizando sua rede, constituída de unidades próprias e credenciadas, em dois subsistemas: um voltado ao atendimento de trabalhadores rurais e outro, para trabalhadores urbanos.

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

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

² Ocorrida na década de 1960, dando origem ao INPS.

³ Com a ampliação dos credenciamentos, os grupos médicos foram gradativamente transformando-se em empresas médicas.

Desde a década de 1960, trabalhadores de estatais, bancários, algumas instituições do governo federal, entre outros, já possuíam planos de saúde. Este período é, sem dúvida, um marco na história da Saúde Suplementar no Brasil.

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

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

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

1.1.1 Características de cada uma das quatro principais modalidades

1.1.1.1 MEDICINA DE GRUPO

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

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

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

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

1.1.1.2 SEGURO DE SAÚDE

A lógica de funcionamento prevista no Decreto-Lei n. 73, de 1966 era exclusivamente de indenização (reembolso) de pagamentos efetuados na assistência médica. Progressivamente tal modelo – que independia de rede de atendimento – foi sendo ultrapassado até a criação pela Susep do “Seguro de Assistência Médica”, na década de 1980, onde o objeto da apólice é a garantia de assistência médica e não mais a indenização. Seus clientes são indivíduos e empresas. Normalmente, o valor do reembolso tem teto pré-definido. Hoje, segundo informações das próprias seguradoras, mais de 90% das despesas médico-hospitalares são pagas diretamente à rede, existindo centrais de atendimento e autorização para seus consumidores, entre outros mecanismos de contenção de custos. A seguradora não pode, por lei, fazer prestação direta de serviços.

A principal organização representante é a Federação Nacional de Seguros (Fenaseg).

1.1.1.3 COOPERATIVA MÉDICA

A gestão do plano é feita de forma semelhante a das medicinas de grupo, ou seja, existe uma organização que administra os planos⁴. A diferença encontra-se no fato de que estas organizações são formadas por profissionais vinculados a entidades, denominados cooperados, enquanto as chamadas ‘medicinas de grupo’ são empresas limitadas.

Há casos de cooperativas de municípios que possuem hospitais próprios, onde os médicos são cooperados. A clientela das cooperativas é composta por indivíduos e empresas.

⁴ Formaram-se cooperativas para fortalecer o profissional na sua relação contratual com essas empresas. Ao longo do tempo, as ‘cooperativas médicas’ deixaram de vender exclusivamente os serviços médicos de seus cooperados e passaram a administrar planos – com contratos de rede tal qual as medicinas de grupo, independente de serem serviços ‘cooperados’ ou não.

A principal organização representativa das cooperativas é a Unimed do Brasil. As cooperativas organizaram-se em bases regionais distintas, portanto há Unimeds municipais, regionais e estaduais. Dessa forma, ocorre grande variação do padrão dos serviços prestados, dos preços cobrados e dos instrumentos de gestão utilizados pelas Unimeds em todo o país.

1.1.1.4 AUTOGESTÃO

Nesta modalidade, os serviços são voltados para os empregados de empresas e muitas vezes seus familiares⁵, podendo ser organizados diretamente pelos próprios empregados, por meio de caixas de assistência ou pelas próprias empresas – as chamadas “autogestões” por departamento de recursos humanos.

Existem, ainda, as autogestões não patrocinadas, isto é, associações ou fundações em que seus sócios organizam uma entidade sem fins econômicos para a prestação de assistência à saúde desse grupo. Qualquer autogestão está, por fim, vinculada a um grupo pré-determinado de associados ou beneficiários: não sendo organizações que atuem no mercado, nem comercializando planos para empresas, nem vendendo planos individuais ou familiares. Os provedores dos serviços assistenciais são médicos, hospitais e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geralmente credenciados.

As principais organizações que representavam as autogestões eram o Ciefas e Abraspe. Atualmente, após fusão dessas entidades, todo o segmento é representado pela Unidas.

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

Independente da modalidade, todas as organizações do setor administram “pecúlios”, formados pelas contribuições diretas dos indivíduos ou dos seus empregadores, ou por ambos, e cujo objetivo é garantir assistência à saúde. Com o advento da **Lei n. 9.656/98** e as regulamentações da ANS, as empresas comerciais – medicinas de grupo, cooperativas e seguradoras de saúde – passam a ter tratamento

⁵ Possibilidade de planos para familiares é restrita até o terceiro grau de parentesco.

semelhante às empresas do sistema financeiro nacional. Para funcionar tem de ter autorização especial (capital mínimo e reservas financeiras), são monitoradas e tem de publicar seus balanços, podem sofrer intervenção (os regimes especiais), e são passíveis de liquidação extrajudicial.

1.2 Da Constituição Federal à criação da ANS

1.2.1 A saúde na Constituição Federal de 1988

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou uma radical mudança no quadro institucional brasileiro, por meio da consolidação de um sistema de garantias de direitos individuais e sociais do cidadão brasileiro, inovador na história constitucional do país. A própria estrutura do texto constitucional traduz a importância dada ao sistema de proteção dos direitos e das garantias individuais. Em seu preâmbulo, a Constituição Federal traz o preceito da instituição de um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, tendo como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos os direitos à liberdade, à segurança, ao bem-estar, ao desenvolvimento, à igualdade e à justiça; e, enquanto os textos constitucionais anteriores iniciavam com a organização do Estado, o atual traz em seu título I os “Princípios Fundamentais”, que norteiam todo o texto constitucional⁶. O título II prevê os direitos e as garantias fundamentais, entre os quais se inclui o direito à saúde como direito do cidadão, tanto no capítulo dos direitos individuais e coletivos (capítulo I, art. 5º) quanto no dos direitos sociais (capítulo II, art. 6º).

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

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

A história do desenvolvimento e da implantação do SUS, com a consagração da universalização da assistência e de sua integralidade, ao longo dos últimos 16 anos, é uma história de lutas, reveses e conquistas, um reflexo da história das lutas sociais em prol da garantia dos direitos da cidadania, num mundo em que o desenvolvimento das idéias neoliberais conduz a um retraimento do papel do Estado nas políticas sociais. Ela não constitui, porém, o objeto desse trabalho e as referências a ele serão desenvolvidos em função de suas interfaces com o setor de Saúde Suplementar.

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

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

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

A luta pela aprovação de uma legislação para o setor de Saúde Suplementar representou um embate que contrapôs duas visões: por um lado, a do Ministério da Fazenda, e de outro, o Ministério da Saúde, sobre o papel dos planos e seguros de saúde. A promulgação da Lei 9656 em 1998, e posteriormente a criação da ANS representaram uma “vitória” do pensamento do Ministério da Saúde, segundo o qual os planos e seguros de saúde lidam primordialmente com questões de saúde e, secundariamente, com “produtos financeiros”, ligados ao sistema financeiro nacional, conforme entendia o Ministério da Fazenda.

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

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

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

⁸ NORONHA, J.C., LIMA, L.D., MACHADO, C..V, A Gestão do Sistema Único de Saúde: Características e Tendências.

1.2.2 A regulação do setor de saúde suplementar nos anos 1990

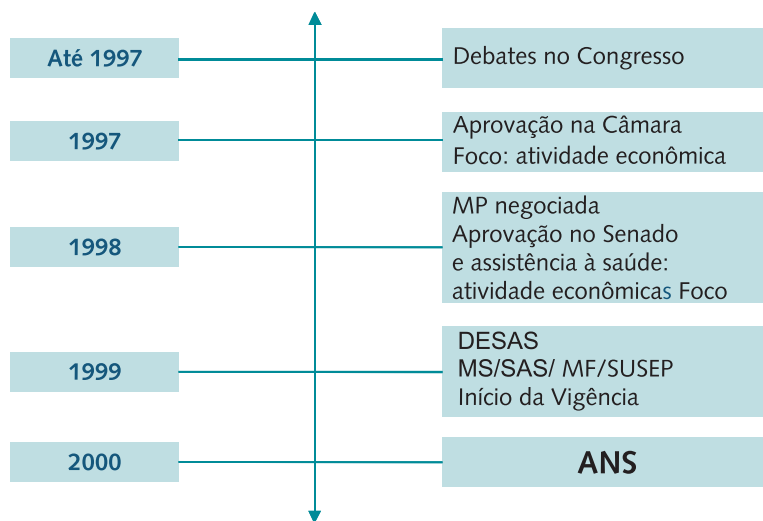
Podem-se apontar três fases distintas de modelagem no processo de regulação do setor nos anos 1990.

- Fase I – até a aprovação do substitutivo do deputado Pinheiro Landim, em outubro de 1997;
- Fase II – da promulgação da Lei n. 9.656, em junho de 1998, alterada pela Medida Provisória 1665, até a Lei n. 9.961/2000;
- Fase III – após a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar pela Lei 9961/2000.

Podemos representar de forma esquemática, a evolução do processo de regulação a partir da Constituição de 1988

Figura 1

EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE REGULAÇÃO



Fonte: ANS.

A primeira fase corresponde à definição do setor de saúde privado como setor regulado, na Constituição Federal e a promulgação, em 1990, da Lei 8078, o Código de Defesa do Consumidor, que regula as relações entre consumidores e fornecedores de serviços. Embora não tratasse de uma lei específica para as relações de consumo no campo da Saúde Suplementar, o Código de Defesa do Consumidor é, até hoje, um poderoso instrumento legal na defesa dos direitos dos beneficiários em demandas contra as operadoras de planos de saúde, principalmente no que se refere àqueles planos assinados antes da vigência da Lei n. 9.656/98.

Após intensas discussões políticas, em outubro de 1997, foi aprovado na Câmara dos Deputados o Projeto 4425/94, substitutivo do deputado Pinheiro Landim ao projeto 93/93, do senador Iram Saraiva, que regulamentava os planos e seguros de saúde. Este projeto, como veremos adiante, centra a regulação no Conselho Nacional de Seguros Privados, cria a Câmara de Saúde Suplementar e dá amplos poderes de regulamentação e fiscalização à Superintendência de Seguros Privados, do Ministério da Fazenda.

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

A posição do Ministério Público também merece destaque, por manifestar sua discordância, por meio dos Procuradores Gerais de Justiça de vinte estados, em um parecer que criticava o texto aprovado pela Câmara e enviado ao Senado Federal. A posição do Governo sofre, já em 1998, uma importante inflexão, com a indicação do então senador José Serra para o Ministério da Saúde. A indicação de um ministro que se ocupava do tema *planos e seguros de saúde* enquanto congressista, desde o início alimentou novas discussões e reabriu a agenda. O debate deu-se em diversas audiências na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal – para onde o projeto

havia retornado – e, diretamente, com a participação das entidades de defesa do consumidor, as entidades representantes dos diversos segmentos das operadoras e entidades profissionais.

De todo este debate resulta um acordo para o texto final, consagrado pela aprovação, no Senado Federal, do substitutivo com emendas (supressivas) feitas pelo senador Sebastião Rocha e, no dia seguinte à promulgação da **Lei n. 9.656**, com a edição da Medida Provisória 1665/98, que a alterava, dando forma aos entendimentos possíveis feitos até então. Foram muitas e importantes as alterações, que podem ser vistas no Anexo I: Quadro I e II (páginas 205 a 208).

1.2.2.1 PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NO PROCESSO DE REGULAÇÃO

Na instância deliberativa máxima (conselho interministerial)

a) Fase I – Substitutivo do deputado Pinheiro Landim

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

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

Coexistem dois conselhos interministeriais para deliberar sobre a regulação do setor: o CNSP, com as alterações previstas no projeto inicial, mas com alterações em, suas atribuições; e o recém-criado Conselho Nacional de Saúde Suplementar, (Consu) que tem em sua composição, metade de seus integrantes do Ministério da Saúde, e com atribuições definidas no texto legal⁹. O modelo regulatório, criado pela aprovação da Lei n. 9.656/98 combinada com a MP n. 1665/98¹⁰, trouxe para o corpo da regulação setorial a presença muito mais incisiva do Ministério da Saúde – por meio do Consu¹¹. Procurava-se, na época,

⁹ Lei 9656/98 com MP 1665/98, Art. 9, 10 § 4º, 15, 29, 35-A e 35-E

¹⁰ Ver Quadro I, no Anexo, para comparação integral do Projeto de Lei (Modelo I) e Lei 9656/98, com alterações feitas pela MP 1665/98, em relação ao CNSP e Consu.

¹¹ É importante ressaltar que o Conselho Nacional de Saúde Suplementar é radicalmente transformado quando da aprovação da Lei 9961/00 que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Neste momento, este conselho passa a ser integrado apenas por Ministros e tem, em sua composição, os Ministros da Casa Civil (como Presidente), da Saúde, da Fazenda, da Justiça e do Planejamento, Orçamento e Gestão.

garantir certa tensão produtiva e articulada, pois os dois conselhos (CNSP e Consu) tinham, em sua composição, representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Fazenda, o que poderia indicar, ao menos em tese, um efetivo grau de ação articulada entre os dois conselhos.

Na Câmara de Saúde Suplementar (CSS)

a) Fase I – Substitutivo do deputado Pinheiro Landim

A CSS era órgão deliberativo permanente do CNSP, com audiência obrigatória para determinados assuntos relativos à regulação setorial; com sete de seus dezenove membros do Governo Federal. Com deliberação por metade mais um dos votos, esta câmara deveria deliberar em diversos assuntos relevantes. Mas, em caso de não conseguir deliberar (o prazo máximo era de 30 dias) para as matérias relacionadas no artigo 3º, (ver Anexo I – Quadro II, p. 207) o CNSP poderia avocar para si – independente de posicionamento da CSS – a deliberação final. O artigo 6º do projeto traz algumas das competências dessa nova Câmara do CNSP.

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

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

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

Se as proposições aprovadas por dois terços dos membros da Câmara exigiam igual *quorum* para serem reformadas no CNSP, as que não tinham sido aprovadas por tal *quorum* poderiam ser reformadas por maioria simples no CNSP. E este,

lembrando sempre, havia sido “reformulado” apenas com um novo integrante: o Ministro da Saúde. De toda a forma, o que interessa ressaltar é que as “proposições” deviam ainda ser aprovadas pelo CNSP, tendo então, caráter muito mais próximo a de um parecer, independente de qualquer *quorum*. Este parágrafo é especialmente instrutivo, pois revela (ou expõe) para além do que aparentemente quer dispor.

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

A CSS passa a ser órgão do Consu, tem sua composição ampliada, deixa de ter caráter deliberativo (passando a consultivo), mas mantém-se permanente¹². Com a reforma do caráter de instância eliberativa e a vinculação da CSS ao Consu – posteriormente vinculada a ANS, a câmara passa a funcionar já, em 1998, com a discussão prévia de todas as primeiras Resoluções Consu. Tem sua composição mais equilibrada – os prestadores de serviço também passam a ter representação, por exemplo. Atualmente visitando o *link*¹³ ANS | Câmara de Saúde Suplementar pode-se observar que a CSS é uma instância consagrada de participação e debate dos temas e das questões da Saúde Suplementar.

Na Normatização e Monitoramento do Setor

a) Fase I – Substituto do deputado Pinheiro Landim

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

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

¹² O Quadro II, do Anexo I, traz a comparação entre o Projeto de Lei de 1997 e a Lei 9656/98 alterada pela MP 1665/98, nos artigos que dizem respeito à Câmara de Saúde Suplementar.

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

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

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

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

- registro dos planos e seguros privados de saúde;
- análise dos contratos dos produtos oferecidos pelas operadoras;
- implantação do ressarcimento ao SUS;
- implantação de uma Ouvidoria;
- elaboração e implantação de um Sistema de Fiscalização das Operadoras de Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

¹⁴ Decreto PR nº 2477 de 28 de janeiro de 1998 – Cria o Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência a Saúde, com duas Coordenações-Gerais: Coordenação-Geral de Regulação de Planos e Seguros e Coordenação Geral de Informação e Análise.

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

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

1.3 Marco legal

1.3.1 A Competência do Conselho de Saúde Suplementar (Consu)

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

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

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

Cabia à Susep e ao CNSP as atividades reguladoras referentes às operadoras, incluindo a autorização de funcionamento, o controle econômico financeiro e o reajuste de preços. Ao Ministério da Saúde, por meio do Desas e do Consu, cabia assumir a regulação da atividade de produção dos serviços de assistência à saúde nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico, incluindo a autorização para comercialização de produtos e a fiscalização pertinente a essa área.

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

A lei continha diversos dispositivos a serem regulamentadas pelo Consu e, para tal, foram aprovadas resoluções normativas que contemplaram as normas regulamentares assistenciais, no que tange ao produto oferecido, a prestação de serviços de Saúde Suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico e sobre o ressarcimento ao SUS. Devido à necessidade de regular o mercado para que fosse possível a comercialização de novos planos e seguros definidos na lei, em

¹⁶ PORTARIA n.º 233, de 8/12/98, da Secretaria de Assistência à Saúde, dispondo sobre o registro provisório dos produtos das Operadoras de planos e seguros; PORTARIA n. 245, de 17/12/98, da Secretaria de Assistência à Saúde, dispondo sobre a rotina de entrega de requerimento para o registro provisório dos produtos; PORTARIA n. 114, de 31/03/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, estabelecendo novos prazos e novas informações à Portaria n. 49 PORTARIA n. 221, de 24/03/99, que determina que os hospitais informem ao Ministério da Saúde a ocorrência e todos os eventos de internação hospitalar; PORTARIA n. 260, de 18/06/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, estabelecendo o cancelamento do registro provisório dos planos e seguros privados; PORTARIA n. 261, de 18/06/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, tratando da aplicação de multas, apresentação de defesa e período de incidência, por infração ao artigo 19 da Lei n. 9.656/98; PORTARIA n. 261, de 18/06/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, tratando da aplicação de multas, apresentação de defesa e período de incidência, por infração ao artigo 19 da Lei n. 9.656/98; PORTARIA n. 262, de 18/06/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, estabelecendo procedimentos para a requisição de novo registro dos produtos que se encontram cancelados; PORTARIA n. 271, de 24/06/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, estabelecendo procedimentos e critérios para o fornecimento dos dados cadastrais das empresas operadoras de planos e seguros de saúde, conforme artigos 20 e Lei n. 9.656/98 - Republicada em 05/07/99; PORTARIA n. 391, de 29/07/99, da Secretaria de Assistência à Saúde, estabelecendo a prorrogação da entrega dos dados dos documentos de Comunicação de Internação Hospitalar (CIH), de que trata a Portaria n. 221, de 24/03/99.

2 de janeiro de 1999, num primeiro ciclo de regulamentação, aprovaram em um primeiro momento, um bloco de quatorze resoluções, em que foram contempladas as normas regulamentares assistenciais.

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

Em consonância à normatização estabelecida, podem ser apontados alguns avanços relevantes.

- Definição e regulamentação da conceituação de doenças e lesões preexistentes, para fins de planos e seguros de saúde.
- Veto ao impedimento de acesso de quaisquer pessoas nos planos de assistência à saúde em virtude da faixa etária ou por ser portador de qualquer patologia.
- Definição de róis de procedimentos de cobertura mínima obrigatória, os quais todas operadoras ficaram obrigadas a oferecer aos seus beneficiários, de acordo com a segmentação contratada, padronizando assim a cobertura.
- Definição das segmentações que podem ser contratadas pelos consumidores, impedindo assim, a sub-segmentação dos produtos oferecidos.
- Definição de regras que permitem às operadoras utilizarem mecanismos de regulação, desde que não impeçam o acesso do beneficiário às coberturas assistenciais contratadas.
- Definição de regras diferenciadas para planos coletivos e individuais.
- Criação de regras para a manutenção de planos assistenciais de assistência a aposentados e demitidos.
- Definição de regras para ressarcimento ao SUS dos eventos cobertos pelos produtos comercializados que foram financiados pelo SUS – regulamentando o artigo 32 da Lei n. 9.656.
- Criação de regras para as entidades que operam planos assistenciais saírem do mercado.
- Obrigação das operadoras renovarem, automaticamente, contratos e planos, sem cobrança de taxas.

- Definição de faixas etárias para fins de reajuste, regulamentando preços em função da idade. Configurou-se de forma inequívoca a política de solidariedade na distribuição de receitas, não só entre doentes e sadios, mas também entre as diversas faixas etárias – conhecido como “pacto intergeracional”.
- Definição de regras para o consumidor poder optar pela adaptação de seus contratos à lei, conseqüentemente absorvendo as garantias contratuais e de cobertura, trazidas pela lei.
- Definição do atendimento às urgências e emergência;
- Regulamentação do atendimento em urgências e emergências para os planos e seguros das diversas segmentações.

1.3.2 As atividades da ANS

A ANS foi criada em novembro de 1999, pela MP n. 1.928, aprovada pelo Congresso Nacional e convertida na Lei n. 9.961¹⁷, de 28/01/2000. Constituída como autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro/RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

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

Com a criação da ANS, estabeleceu-se uma nova composição para o Consu, que passa a ser presidido pelo Ministro-Chefe da Casa Civil. Suas competências foram totalmente reformuladas. Passa a ser a instância que definir políticas e diretrizes

¹⁷ Ver site da ANS: www.ans.gov.br

para o setor, e a supervisionar as ações da ANS. A maioria das competências anteriormente afeta a Susep e ao Ministério da Saúde (Desas/SAS) foram reunidas na ANS. Cabe aqui ressaltar o seguinte:

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

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

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

Dentre outras competências, cabe à Ouvidoria:

- formular e encaminhar as denúncias e queixas em especial à Diretoria Colegiada, à Procuradoria e à Corregedoria da ANS e ao Ministério Público;

¹⁸ Ver site da ANS: www.ans.gov.br

- dar ciência das infrações de normas de assistência suplementar à saúde ao Diretor-Presidente da ANS.

De acordo com o Contrato de Gestão de 2005¹⁹, a Ouvidoria, em 2005, teve significativo aumento de atendimentos de reclamações, consultas, sugestões e elogios em relação a 2004. A maioria de suas demandas foi encaminhada à Diretoria de Fiscalização (Difis).

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

A gestão da ANS é exercida pela Diretoria Colegiada, composta por até cinco diretores, sendo um deles o seu Diretor-Presidente. Os diretores – incluído o Diretor-Presidente – são indicados ao Senado Federal pelo Presidente da República, são sabatinados na Comissão de Assuntos Sociais daquela Casa e têm seus nomes submetido ao Plenário. A Lei n. 9.961/00 definiu que três dos cinco diretores na primeira gestão teriam mandatos de quatro anos, diferentemente dos outros dois e de todos os demais diretores, que têm mandatos de três anos. Tal lógica veio impedir que todos os mandatos fossem coincidentes, impedindo solução de continuidade.

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

A ANS é composta por cinco diretorias.

- Diretoria de Gestão: em síntese, cuida de todo o funcionamento da ANS, incluída a gestão de pessoal, financeira e patrimonial.

¹⁹ Ver site da ANS <http://www.ans.gov.br/portaltv4/site/home/default.asp#>

- Diretoria de Desenvolvimento Setorial: responsável pela operacionalização do ressarcimento; pelo desenvolvimento e integração dos sistemas de informação e pela interface com o Sistema Único de Saúde.
- Diretoria de Fiscalização: responsável pelo call center; pelas atividades de fiscalização (reativa e pró-ativa); pela interface com os órgãos de defesa do consumidor;
- Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras: responsável pela autorização de funcionamento, registro e monitoramento das operadoras; pela operação dos regimes especiais (Direção Fiscal e Técnica), e do processo de liquidação extra-judicial;
- Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos: responsável pelo registro dos produtos; pelo monitoramento da assistência prestada; pela instrução dos processos de alegação de doença ou lesão pré-existente; pelo acompanhamento dos programas de promoção e prevenção; e ainda pelo monitoramento de preços e notas técnico-atuariais e autorização dos reajustes anuais dos planos individuais e, eventuais processos de revisão técnica.

De forma diferente de outras agências, na ANS os diretores têm função executiva definida no Regimento Interno, isto é, cada um responde por uma área de atuação (diretoria) da ANS. No entanto sua atuação fica condicionada às deliberações – que se cristalizam através de Resoluções Normativas – da Diretoria Colegiada. Assim, pode-se dizer que um diretor tem função executiva (na sua diretoria), função “legislativa” (enquanto membro da Diretoria Colegiada), exercendo, ainda, função “judicante”, pois julga eventuais recursos das operadoras em processos de fiscalização ou quaisquer outros processos administrativos.

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

A partir da criação da Agência, em 2000, a lacuna de normas econômico-financeiras, por exemplo, para registro, provisões técnicas, capital mínimo e normas de contabilidade, passaram a constituir a pauta mais urgente da Diretoria Colegiada. Vivia-se, nessa época, uma situação de pouca informação sistematizada sobre o mercado de Saúde Suplementar – o que existia foi incorporado do Ministério da

Saúde e Susep. Nenhum regime especial havia sido decretado. As normas para reajuste de planos individuais não haviam sido consagradas no Diário Oficial. Nenhuma liquidação extrajudicial fora efetuada.

Enfim, a recém-criada autarquia estava diante de um mercado pouco conhecido e que, agora, necessitava da ação direta de regulamentação governamental. Como em relação às normas assistenciais já se havia caminhado um pouco, era natural que as normas de estrutura e operação e econômico-financeiras (como mostrado abaixo) preponderassem sobre normas com outros objetos. Foram criadas Câmaras Técnicas para dar suporte às discussões na Câmara de Saúde Suplementar e um grande número de resoluções normativas da Diretoria Colegiada da ANS foi publicado, em resposta à estas necessidades urgentes de regulação. Para melhor visualização, as normas²⁰ foram reunidas em blocos de assuntos como veremos a seguir:

Quadro 2

RESOLUÇÕES DA ANS, SEGUNDO GRUPO DE TEMAS/2000 A 2005

GRUPOS	RESOLUÇÕES DA ANS
COBERTURA ASSISTENCIAL ²¹	10
ECONÔMICO - FINANCEIRO ²²	31
NORMATIZAÇÃO PARA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO MERCADO ²³	60
SISTEMA DE INFORMAÇÕES E MONITORAMENTO DO MERCADO ²⁴	21
AGÊNCIA: FUNCIONAMENTO E FINANCIAMENTO ²⁵	56
REGIMES ESPECIAIS ²⁶	30
RESSARCIMENTO ²⁷	19
TOTAL	227

Fonte: ANS.

²⁰ O Quadro III do Anexo I – discrimina quais foram estas resoluções.

²¹ Cobertura Assistencial – têm relação com a assistência a ser prestada pelas operadoras de planos de saúde.

²² Econômico-Financeiro – têm relação com a dimensão financeira dos planos de saúde, no que tange à responsabilidade de dar viabilidade às carteiras compostas por seus beneficiários, bem como as relacionadas ao reajuste das contra-prestações pecuniárias.

²³ Normatização para Estrutura e Funcionamento do Mercado – têm relação com a estrutura necessária para operacionalização dos produtos, registro, normas de funcionamento, de acompanhamento e fiscalização de operadoras e planos de assistência à saúde.

²⁴ Sistemas de Informações e Monitoramento do Mercado – têm relação com as informações necessárias para alimentar o sistema de informações sobre os beneficiários; assistência prestada; saúde da operadora.

²⁵ Agência Funcionamento e Financiamento – têm relação com todas as normas necessárias para o funcionamento e operação da ANS desde recursos humanos até financiamento como taxa de saúde suplementar e câmaras técnicas.

1.3.3 Regulação – antes e depois

Considera-se oportuno lembrar dois pontos: o porquê do termo *produto* e as diferenças das sociedades seguradoras em relação às demais operadoras do setor.

Em relação ao termo *produto*, para significar planos ou seguros: esta foi a forma encontrada, em setembro de 1999, por meio da Medida Provisória 1908 - 18, para retirar do marco legal a referência aos seguros-saúde. Estes, disciplinados inicialmente pelo Decreto-Lei n. 73 de 1966, permitiriam regulação legal apenas por Lei Complementar. Assim, a própria espinha dorsal da regulamentação, isto é, seu objeto, encontrava-se em 1999, na iminência de ser declarado, mesmo liminarmente, inconstitucional, no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade(Adin) n. 1931, movida pela Confederação Nacional de Saúde.

Registra-se, parcialmente, o voto²⁸ do Ministro Maurício Corrêa, no Supremo Tribunal Federal, em 22/10/1999.

²⁶ Regimes especiais – têm relação com a intervenção da ANS na operadora com intuito de garantir assistência aos beneficiários: trata da alienação de carteiras; direção fiscal; liquidação extrajudicial.

²⁷ Ressarcimento – todas as normas voltadas para o sistema de ressarcimento ao SUS.

²⁸ “13. Pondo-me de acordo com as razões do pedido, neste ponto, é de ver-se que muitas das normas objeto do pedido, relativas a eventual inconstitucionalidade formal quanto à autorização, funcionamento e fiscalização das empresas de planos de seguro, poderiam ter procedência não fossem as profundas alterações introduzidas pela última edição da Medida Provisória 1908-18/99, que mudaram completamente a natureza jurídica dessas empresas.

De fato, na versão inicial, tanto a lei quanto a medida provisória, para ajustar a situação de funcionamento das operadoras de planos de saúde, modificaram regras contidas no Decreto-Lei n.73, de 21 de novembro de 1996, que “dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, Regula as Operações de Seguros e Resseguros e dá outras Providências”. A meu juízo, este decreto-lei foi recepcionado como lei complementar e, assim, somente por essa modalidade legislativa poderia ser alterado.

Por lei e medida provisória, por exemplo, alterou-se a estrutura de funcionamento do Conselho Nacional de Seguros Privados, que, dentre várias novidades, ampliou o número de seus integrantes, nele instituindo como órgão interno a Câmara de Saúde Suplementar. A partir daí, diversos requisitos passaram a serem exigidos, os quais, em princípio, reclamavam lei complementar.

Com o advento da última Medida Provisória 1908-18/99, contudo, as operadoras de planos de saúde não guardam mais mínima semelhança jurídica com os seguros de saúde, dado que instituiu regras que submetem ao Ministério da Saúde, particularmente ao recriado Conselho de Saúde Suplementar a ele hierarquizado, a autorização, funcionamento e controle dessas empresas.

Essa modificação radical no sistema dos planos de medicina de grupo, desligando-os geneticamente da definição de seguro, fê-los perder a pretendida identificação, pela mesma natureza jurídica, porque o novo conceito harmoniza-se com o disposto no artigo 197 da Carta Federal, mediante o qual “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”

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

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

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

“I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, e/ou integrantes ou não de rede referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e/ou odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso e ou pagamento direto ao prestador.

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

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

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

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

Com essa inovação não há mais como buscar fundamento no pressuposto de lei complementar, visto que as normas objeto desta parte do pedido, em face da última edição da medida provisória, encontram pleno respaldo no artigo 197 da Constituição, que autoriza a edição de lei regulamentadora, como se deu na espécie.

18. Assim sendo, não conheço da ação quanto aos vícios de inconstitucionalidade formais pertinentes à autorização, funcionamento e fiscalização dos agentes da requerente.” (grifos nossos)

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

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

§ 4º...

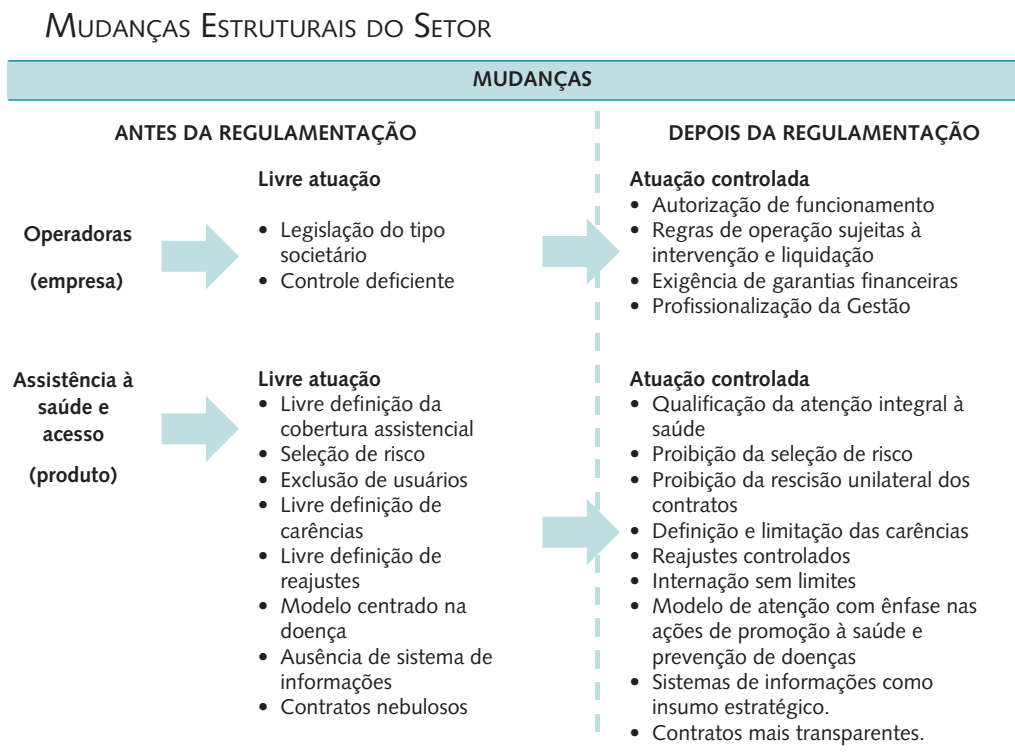
§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano privado de assistência à saúde.

Desta forma, o seguro de assistência à saúde, sem limite financeiro e com rede referenciada, mesmo sendo comercializado por seguradora, passa a estar incluído na abrangência legal. Seu objeto não é a simples indenização, como seu nome diz. O seguro de assistência à saúde tratava, desde sua constituição, de garantir o acesso aos serviços de saúde. E de certa forma, interfere e participa da assistência à saúde de seu segurado. Mesmo sendo comercializado por uma seguradora, este contrato foi definido sob o ponto de vista desta Lei, como um contrato diferente de uma apólice tradicional – financeira – de seguros. Tratou-se, portanto, de cuidar de todos os contratos de assistência à saúde da mesma forma, sem, no entanto, impedir que as seguradoras continuassem a vender seus contratos.

Mas tal mudança teve, principalmente, o objetivo de escapar da armadilha legal explorada pela Confederação Nacional de Saúde – tradicionalmente representante da modalidade *medicina de grupo* – e o de ver a lei ser declarada inconstitucional por legislar em matéria de competência exclusiva de Lei Complementar.

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

Figura 2



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

Na primeira dimensão, a alteração foi importante, pois todas as operadoras passaram a ter sua atuação controlada. Mesmo as cooperativas e as sociedades limitadas passam a obter autorização de funcionamento, possuir regras para balanço contábil, enviar informações periodicamente e de forma padronizada, compor reservas financeiras e, em especial, passam a adquirir status de empresas, tal qual empresas do sistema financeiro, passíveis de intervenção da entidade fiscalizadora, a partir dos chamados “*regimes especiais*”. Por meio da regulamentação desses dispositivos legais, os diretores, proprietários e dirigentes das operadoras de planos de saúde podem vir a ter de responder com seu patrimônio por eventuais dificuldades

econômico-financeiras dessas empresas. Passam a ter seus bens indisponíveis à partir do momento em que a ANS decreta regime de direção fiscal ou técnica. Se a situação econômico-financeira da empresa não for resolvida, é decretada a liquidação extrajudicial e nomeado um liquidante.

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

Desta forma, a entrada, a operação e a saída de uma empresa do mercado de planos e seguros de saúde passam a ser reguladas.

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

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

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

Em relação a este último item é interessante uma explicação maior na forma do substitutivo aprovado na Câmara dos Deputados, em 1997. Um consumidor, ao procurar um plano ou seguro de saúde, deveria receber a proposta do “*plano-referência*”, mas tal qual o “*seguro-compreensivo*”, quem iria poder comprá-lo? Em especial porque estariam à venda, lado a lado, planos ou seguros com coberturas menores ou ditas mais específicas. Por exemplo: um plano que tivesse cobertura ambulatorial apenas para acesso a médicos, sem cobertura para tratamentos de alta complexidade ambulatorial e com cobertura de internações clínicas ou cirúrgicas com teto máximo de gastos cobertos no hospital e com cobertura para apenas uma (1) internação em leito de terapia intensiva, seria, na conformação original, permitido. Esse exemplo contém tudo o que foi vedado com a nova conformação desses dois

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

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

Vamos comparar alguns itens do artigo 12, pré e pós a primeira medida provisória, e comentá-los sucintamente, a seguir, no quadro 3.

Quadro 3

COMPARATIVO DO ARTIGO 12 – PRÉ E PÓS MEDIDA PROVISÓRIA

Relatório aprovado na Câmara dos Deputados – Artigo 12	Lei n. 9.656/98 alterada pela Medida Provisória n. 1.665 de 04/06/1998 – Artigo 12
<p>Caput - São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da</p> <p>I. cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:</p> <p>I - quando incluir atendimento ambulatorial: a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas,</p> <p>II. reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;</p> <p>II - quando incluir internação hospitalar: a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas,</p> <p>III. reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;</p> <p>II - quando incluir internação hospitalar: d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos,</p> <p>IV anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;</p> <p>II - quando incluir internação hospitalar: e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do</p> <p>V paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;</p>	<p>Caput - São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde, nas segmentações previstas nos incisos de I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano ou seguro-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:</p> <p>I - quando incluir atendimento ambulatorial: a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;</p> <p>II - quando incluir internação hospitalar: a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;</p> <p>II - quando incluir internação hospitalar: d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;</p> <p>II - quando incluir internação hospitalar: e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;</p>

§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro referência, mencionado no art. 10, deve constar:

VI I declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;

II a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

Parágrafo único. Da documentação relativa à contratação de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro referência, mencionado no art. 10, deve constar declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano ou seguro-referência, a de que este lhe foi oferecido.

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

- **Item I:** Enquanto o texto original permitia a redução ou extensão da cobertura assistencial, a alteração feita pela medida provisória restringia a oferta e contratação apenas às segmentações previstas nos incisos de I a IV. Em realidade, a lógica de produzir mínimos, expressa no texto original – por exemplo, como “quando incluir atendimento ambulatorial” –, deixa de ter a função de garantir o mínimo quando houvesse cobertura em ambulatório, e passa, na nova redação a significar um *tipo* de plano que, naturalmente, continua sendo um mínimo de cobertura, mas um “mínimo” não mais passível de fracionamento.
- **Item II:** A diferença entre as duas redações visou a deixar claro que os tratamentos ambulatoriais também estavam cobertos. Na redação original, a intenção era de restringir aos conhecidos SADT, isto é, serviços de apoio à diagnose e terapia o que não inclui – ou deixa explícito incluir – os tratamentos ambulatoriais
- **Item III:** Em relação à cobertura hospitalar, a redação original – “vedada à limitação de prazo” – deixava claro que não era mais possível a interrupção de cobertura por dias de internação seqüenciais, isto é, estava garantido ao consumidor apenas que, ao fim de um prazo determinado, ele não tivesse sua internação interrompida. A nova redação – “vedada à limitação de prazo, valor máximo e quantidade” – visou a

garantir que outros limites – possíveis na redação original – pudessem comprometer a assistência: o valor máximo para a cobertura de uma internação e o número de internações necessárias para cada paciente.

- **Item IV:** A substituição de “oxigênio” pela expressão genérica “gases medicinais” teve como intenção garantir ao consumidor a cobertura de outros avanços tecnológicos na área de gasoterapia.

- **Item V:** Em relação às taxas a redação original circunscrevia a cobertura à taxa de sala de cirurgia. Ora, um mínimo de conhecimento e experiência no mercado de Saúde Suplementar ensina que, talvez em conseqüência dos congelamentos de preços ainda dos planos econômicos (Plano Cruzado e outros), os hospitais vinham, há tempos, criando taxas de todo o gênero para compensar o congelamento de suas diárias: taxas administrativas, de aplicação de medicamentos, de uso de equipamentos especiais e outras. A redação dada pela medida provisória deixa claro que toda e qualquer taxa será de responsabilidade da operadora.

- **Item VI:** Além do inciso II (no original) passar a ser desnecessário – pois na nova lógica o artigo 10 (plano referência) era composto pelas partes descritas no artigo 12, portanto não cabia dispor sobre as doenças cobertas – o *caput* também é alterado, já que não era mais permitido o oferecimento ou comercialização de planos ou seguros que fugissem aos segmentos explicitados no artigo 12.

Para complementar esta nova lógica de mercado, padrões mínimos para o que poderia ser ofertado ou comercializado, a Medida Provisória traz em outro dispositivo uma outra inovação, como dito anteriormente, quando cria o Consu, em seu artigo 35-A, inciso II:

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

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

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

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

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

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

Vale destacar, por fim, que, ao contrário do que muito se lê na mídia e até mesmo em algumas teses, vários desses avanços do marco legal são tanto para os planos individuais quanto para os coletivos. A distinção que existe está em

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

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

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

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

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

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

Podemos, então, admitir que exista esse mercado específico, quer na acepção clássica²⁹, quer na neoclássica, com a introdução de modelos teóricos e matemáticos.

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

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

Na realidade, o conceito de mercado faz-se presente em um outro marco do ideário liberal: o modelo de concorrência perfeita ou da necessidade da mínima intervenção governamental nos mercados, que, independentemente, tenderiam ao equilíbrio, especialmente em determinadas condições. Adam Smith afirma que *“mercado e concorrência são dados, que prescindem de maiores explicações”*³⁰.

²⁹ Na acepção clássica: determinada forma de organização social, em que teoricamente, deveria haver livre formação de preços, seja para designar o movimento agregado de oferta e procura de bens, seja como referência a produtos específicos.

³⁰ Teixeira, A: “Mercado e Imperfeições de Mercado: o Caso da Saúde Suplementar”, Cadernos de Saúde Suplementar, Segundo Ciclo de Oficinas, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2000.

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

- grande número de vendedores (todos relativamente pequenos e agindo independentemente, de modo que nenhum deles pudesse afetar o preço de mercado) e grande número de compradores;
- produtos homogêneos;
- agentes informados de tudo que se passa no mercado;
- custos marginais crescentes³¹, com inexistência de economia de escala, ou de outras possíveis barreiras à entrada de novos produtores;
- instantaneidade de ajustes que, nos mercados reais (e não no modelo fictício de concorrência perfeita) requerem algum tempo até se concretizarem, fazendo com que, mesmo em mercados intensamente competitivos, uma eventual situação de desequilíbrio possa perdurar algum tempo, o que no modelo “perfeito” não ocorreria.

Tal situação “perfeita” e teórica se desdobraria em uma pérola de ascetismo, descrita por Sérgio Varela Bruna em “O Processo de Formação de Preços no Mercado”, que vale a pena transpor:

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

³¹ Como o competidor não capaz de influir de forma sensível no volume da oferta, portanto não consegue influir no preço de mercado (demanda é igual à oferta, com produtores e compradores pulverizados) o preço é igual para qualquer unidade vendida. Como, nos pressupostos do modelo, não há possibilidade de ganho de escala, o custo total aumenta, e o custo marginal também (enquanto custo marginal significa o acréscimo de insumos para novas unidades produzidas). Se a receita marginal, no modelo, é igual ao preço e este é fixo, haverá o momento em que o custo marginal é igual à receita marginal, ou que um incremento na produção resultará, proporcionalmente em um custo marginal MAIOR que a receita marginal. O que, por si só, limita a produção.

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

- Enorme complexidade na indústria de serviços de saúde, tanto em sua conformação – consultórios, ambulatorios, policlinicas, clínicas com suporte para pequenas intervenções cirúrgicas, consultórios com aparelhagem de exames especializados, hospitais especializados, gerais, com ou sem pronto-socorro – quanto nas suas teias de suprimentos e insumos; com diferentes capacidades de produção e controle de parcela significativa de determinado mercado relevante no setor de serviços de saúde, no contexto do território nacional etc. tanto pelo lado da oferta, como já visto, quanto pelo lado da demanda, a primeira premissa já não tem fundamento.
- Com a crescente e desordenada incorporação de tecnologia em saúde, no Brasil, a possibilidade de produtos homogêneos, se já era difícil de ser vislumbrada, passa a ser virtualmente impossível. Exames cada vez mais complexos e de difícil compreensão em qualquer processo de cuidado, se superpõem em acelerada velocidade. Vale ressaltar que a própria classe médica se torna progressivamente (e geometricamente) aprisionada em procedimentos de alta tecnologia, custo altíssimo e pouca efetividade.
- O mercado de serviços de saúde tem como característica a produção e difusão sistemática de informação confiável. Muito ao contrário: todos os compradores e produtores são permanentemente bombardeados por pressões de consumo descasadas, muitas vezes, de processos racionais. Tanto na indústria de medicamentos quanto materiais ou equipamentos, a opacidade da informação se mantém.
- Curiosamente, a economia de escala encontrada da linha de produção de, por exemplo, materiais ou equipamentos, não se desdobram no preço final da assistência, no mais das vezes. Independentemente disto, as barreiras à entrada permanecem. Vamos lembrar que a prestação de serviços é vedada constitucionalmente a investidores estrangeiros. Por óbvio, não se trata de questionar o dispositivo da Lei Maior, apenas se constatando o fenômeno para este aspecto.
- Os chamados ajustes “instantâneos” não são encontrados em nenhum elemento da cadeia produtiva, ou mesmo na formação da linha do cuidado. Há pouca capacidade de adaptação dos serviços de saúde a situações de necessidade emergente, demandando do Estado, ou de empresas privadas, grande esforço de mobilização ou realocação de recursos financeiros, por exemplo. Para ir um pouco

mais adiante, considerando a formação médica como insumo de um tipo de serviço em saúde (tecnologia leve³² ou de conhecimento), observa-se a imensa dificuldade de ajuste nos currículos universitários, em que continua se privilegiando a formação tecnológica e segmentada da assistência, em um claro descasamento com a demanda tanto para os compradores públicos, quanto para os privados, profissionais com formação generalista ou mesmo especialista em “medicina da família”, segundo o modelo canadense.

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

Este texto demarca que este setor da economia em particular necessita, em grau maior ou menor, de regulação governamental. Dentre os diversos pontos (“características”) abordados pelos autores destacam-se os seguintes.

- O setor de bens e serviços de saúde são bens credenciais, isto é, necessitam de certificação pública reconhecida ou, na ausência desta, a reputação do provedor do bem ou serviço passa a ser relevante, tanto nas decisões de consumo quanto na prescrição feita pelos profissionais de saúde. De certa forma, este ponto corresponde à falta de circulação e suficiência de informação no mercado.
- Existe uma dissociação entre consumidor final e o agente responsável pela indicação terapêutica. De forma geral, o consumidor não tem capacidade de reconhecer sua necessidade e o prescritor pode ser influenciado pela preocupação que o paciente utilize seus serviços.
- Os elevados gastos (para alguns produtos) em pesquisa e desenvolvimento de novos produtos são elevados. Confirma-se mais uma barreira à entrada.
- Geração de externalidades difusas, em consequência do consumo de diversos produtos de saúde, sobre o resto da sociedade³³. No caso dos serviços e bens de saúde, a “externalidade difusa” faz-se presente quando o consumo de serviços tem

³² Termo tomado de Merhy, E. E.(2003)- Tecnologia dura: equipamentos e máquinas; Tecnologia leve-dura: saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos e tecnologias leves os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde.

³³ Para o conceito de “externalidade”, recorremos ao livro-texto Microeconomia, de Pindyck, Robert & Rubinfeld, Daniel, 2002, página 632: “Ação pela qual um produtor ou um consumidor influencia outros produtores ou consumidores, mas não sofre a consequência disso sobre o preço do mercado”.

impacto no resto da sociedade. Um exemplo de externalidade difusa é a taxa de vacinação média da sociedade contra determinadas doenças afetar a probabilidade de um agente não vacinado contrair a doença.

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

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

Se já foi visto que este mercado, sob o ponto de vista econômico, necessita de regulação, a questão que se coloca: qual regulação seria mais apropriada? Melhor dizendo: a que política pública o mercado de Saúde Suplementar deve estar vinculado? Como vimos, a contenda entre produto financeiro e produto de serviços, para caracterizar um contrato de plano ou seguro de saúde, não é simples, nem está totalmente ultrapassada. Esta discussão, inclusive, contempla uma falsa premissa: que a regulação do mercado sob o ponto de vista econômico-financeiro é mutuamente excludente da regulação chamada assistencial – pois esta implicaria privilegiar coberturas e atendimentos, em detrimento da viabilidade econômico-financeira das empresas.

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

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

1.4.1 Mecanismos financeiros e não financeiros para redução de custos.

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

Segundo Borch³⁴ (1990), a seleção adversa e o risco moral são dois elementos que podem fazer com que um risco não seja segurável. Isso quer dizer que, caso esses elementos não possam ser eliminados, não haverá interesse de oferecimento de cobertura do risco por parte dos seguradores, ou das operadoras de planos de saúde, pois haveria sempre prejuízo para estes. No caso dos planos de saúde, não havendo a possibilidade da imposição de carências em alguns planos, vários riscos passariam a ser não “seguráveis” pelas operadoras, o que implicaria a cessação da oferta destes produtos no mercado e no aumento dos preços dos demais planos.

³⁴ 1990, Borch, K. The Economics of Insurance – Advanced Textbooks in Economics, North-Holland, p. 317.

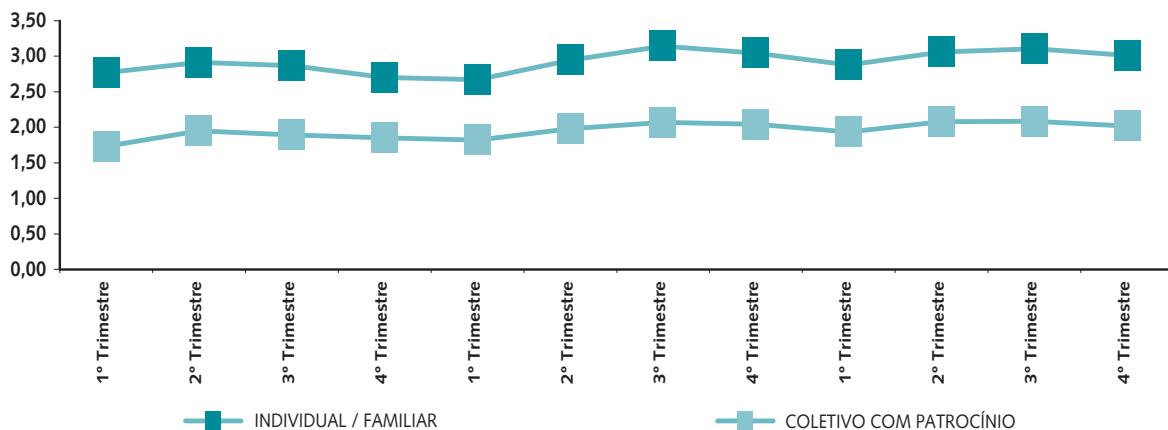
É importante que se apresente, mesmo que brevemente, as definições de seleção adversa e risco moral, para melhor entendimento destes elementos sobre os contratos de planos de saúde. A seleção adversa ocorre, no caso de planos de saúde, quando há uma entrada de beneficiários no plano por saberem que têm uma chance alta de virem a precisar da prestação de assistência à saúde a curto e médio prazo. O risco moral ocorre quando os beneficiários de um plano de saúde passam a ter uma conduta de utilização dos serviços de assistência à saúde muito diferente daquela que teriam caso não estivessem coberto. Arrow³⁵ (1963) comenta risco moral, afirmando que “O contrato de seguro pode alterar incentivos e desta forma afetar as probabilidades com que a companhia seguradora contou”, ou seja, o indivíduo pode passar a utilizar em excesso os serviços de assistência à saúde, após contar com a cobertura de um plano.

Os quatro gráficos a seguir, nos quadros 1, 2, 3 e 4 – Frequência de Exames, Terapias, Internações e Consultas – comparam o número de eventos por exposto, isto é, para quem já não cumpre carência, como, por exemplo, nos beneficiários vinculados a planos individuais e para os beneficiários de planos coletivos com patrocinador, tipicamente de empresas.

³⁵ 1996, Stover, C; Quigley, K; and Kraushaar, D.L., Guidelines for Setting Up a Managed Health Care Plan, Health Financing and Management Guidelines No.2 , Management Sciences for Health, Boston, USA.

Gráfico 1

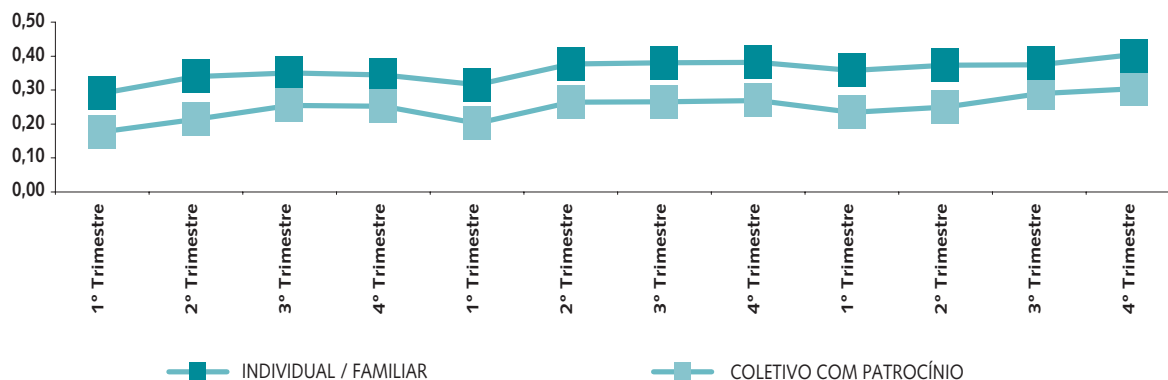
COMPARAÇÃO ENTRE A FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES NO PLANO INDIVIDUAL E NO COLETIVO COM PATROCÍNIO, PERÍODOS TRIMESTRAIS DE 2002 A 2004



Fonte: SIP/ANS

Gráfico 2

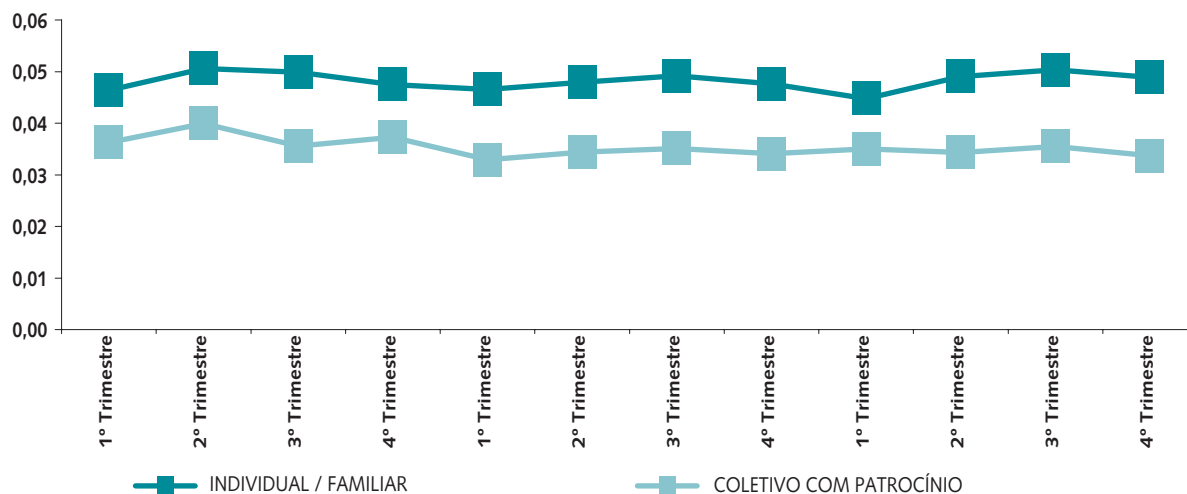
COMPARAÇÃO ENTRE A FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE EXAMES TERAPIAS NO PLANO INDIVIDUAL E NO COLETIVO COM PATROCÍNIO; PERÍODOS TRIMESTRAIS DE 2002 A 2004



Fonte: SIP/ANS

Gráfico 3

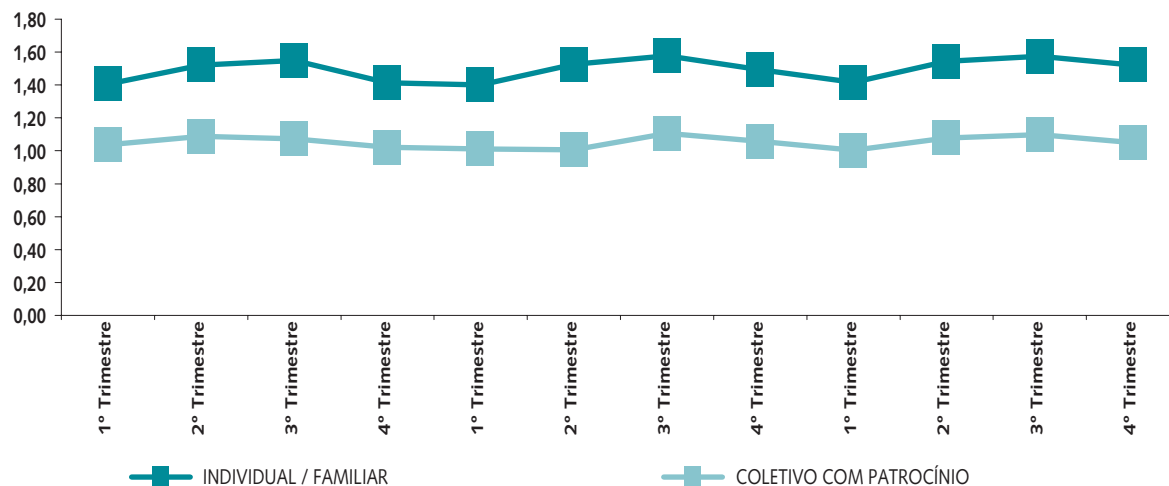
COMPARAÇÃO ENTRE A FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE INTERNAÇÕES
NO PLANO INDIVIDUAL E NO COLETIVO COM PATROCÍNIO;
PERÍODOS TRIMESTRAIS DE 2002 A 2004



Fonte: SIP/ANS

Gráfico 4

COMPARAÇÃO ENTRE A FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS
NO PLANO INDIVIDUAL E NO COLETIVO COM PATROCÍNIO;
PERÍODOS TRIMESTRAIS DE 2002 A 2004



Fonte: SIP/ANS

Observa-se em todos os gráficos que, apesar da oscilação das frequências ser bastante similar para os dois grupos, é significativamente mais elevada para os planos individuais, em todos os casos. Tal fenômeno acontece exatamente *pela seleção adversa e risco moral*, como dizia Stover.

A aplicação de instrumentos atenuantes de seleção adversa e risco moral é praxe nos planos de saúde do mundo inteiro. Stover³⁶ (1996) apresenta diretrizes para implementação de planos de saúde, em trabalho elaborado pelo *Management Sciences for Health* dos Estados Unidos, para projetos de financiamento de assistência à saúde nas Filipinas e no Quênia.

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

- Seleção adversa ocorre quando indivíduos doentes, ou que pensam que vão ficar doentes, contratam o plano em número desproporcional. Se muitos destes indivíduos entram no plano, então o programa pode falir, principalmente se a entrada é mais voluntária do que compulsória. Seleção adversa pode ser minimizada por meio das seguintes de estratégias como:

- exigir exame médico anteriormente à admissão;
- exigir o cumprimento de carências.

- Risco moral ocorre quando indivíduos utilizam desnecessariamente os serviços de saúde. Este assunto pode ser abordado por uma forte campanha de conscientização dos beneficiários e dos prestadores de serviço sobre o impacto financeiro adverso da utilização desnecessária. Outras medidas incluem:

- exigir o pagamento de co-participações e franquias;
- requerer autorização de prestadores acreditados anteriormente à prestação dos serviços.

³⁶ 1996, Stover, C; Quigley, K; and Kraushaar, D.L., Guidelines for Setting Up a Managed Health Care Plan, Health Financing and Management Guidelines No.2 , Management Sciences for Health, Boston, USA.

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

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

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

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

Se a proteção à atenção à saúde deve ser uma preocupação constante por parte do Estado, o mesmo ocorre diante da contenção de custos por parte das operadoras de planos e seguros de saúde. Em uma atividade econômica fortemente marcada pela primazia da oferta e em um modelo assistencial que privilegia a “fragmentação do

paciente” por especialidades, e que estimula o consumo de tecnologia, muitas vezes, em detrimento da própria relação profissional de saúde/paciente, a preocupação com a espiral crescente de custos é consequência natural.

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

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

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

2.1 Características gerais do sistema de saúde no Brasil

2.2 O mercado de Saúde Suplementar hoje

2.3 A intervenção da ANS

2.1 Características gerais do sistema de saúde no Brasil

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

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

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

Quadro 4

CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

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

Fonte: ANS

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

Quadro 5

COMPARATIVO DOS GASTOS COM SAÚDE: BRASIL E OUTROS PAÍSES

País	Gastos em saúde (% PIB)	Gastos públicos em saúde em relação ao total de gastos (%)	Gastos privados em saúde em relação ao total de gastos em saúde (%)	Gastos diretos de famílias (out-of-pocket) em relação aos gastos em saúde (%)	Gastos privados com planos de saúde em relação aos gastos privados com saúde (%)
Argentina	8,9	48,6	51,4	55,6	38,2
Austrália	9,5	67,5	32,5	67,8	23,9
Bolívia	6,7	64,0	36,0	79,3	10,6
Brasil	7,6	45,3	54,7	64,2	35,8
Canadá	9,9	69,9	30,1	49,6	42,3
Chile	6,1	48,8	51,2	46,2	53,3
Colômbia	7,6	84,1	15,9	47,2	0,9
Alemanha	11,1	78,2	21,8	47,9	40,2
Espanha	7,7	71,3	28,7	82,0	14,9
EUA	15,2	44,6	56,4	24,3	65,9

Fonte: World Health Statistics 2006

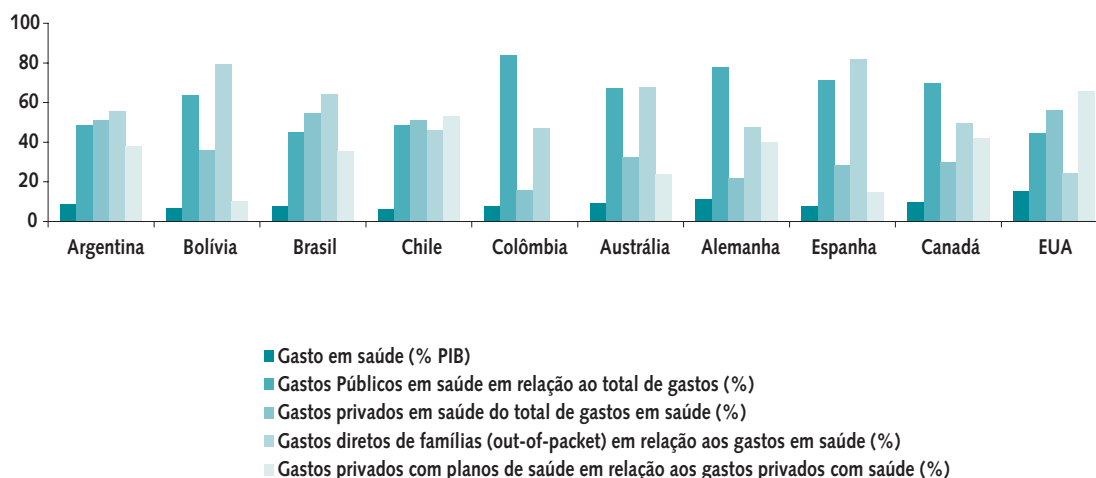
Observa-se, com base nesses dados, que o Brasil, que tem um sistema universal público, possui uma composição de gastos em saúde na relação público/privado semelhante a dos Estados Unidos, que tem um sistema que podemos caracterizar como liberal. Uma possível explicação para esse fato reside na concentração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

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

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

Gráfico 5

DADOS DE GASTOS PÚBLICOS E PRIVADOS EM SAÚDE, 2003.



Fonte: World Health Statistics 2006

O Brasil, segundo o *World Health Statistics*, encontra-se depois da Espanha, Bolívia e Austrália, quando analisamos os gastos diretos das famílias (*out-of-pocket*) em relação aos gastos em saúde (ver gráfico 5).

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

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

Quadro 6

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SAÚDE SUPLEMENTAR. DADOS E ESTIMATIVAS DE 2005

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

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

(1) STN/MINISTÉRIO DA FAZENDA, In: AFONSO (2006).

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

Outro aspecto que caracteriza a importância do setor privado de saúde, em particular o de Saúde Suplementar, é a proporção da renda familiar utilizada com saúde, de acordo com a classe de rendimento familiar.

Quadro 7

PROPORÇÃO (%) DA RENDA FAMILIAR UTILIZADA COM SAÚDE, POR CLASSES DE RENDIMENTO MONETÁRIO E NÃO- MONETÁRIO MENSAL FAMILIAR; BRASIL, 2003

Saúde	Até 400	400 - 600	600 - 1000	1000 - 1200	1200 - 1600	1600 - 2000	2000 - 3000	3000 - 4000	4000 - 6000	Mais de 6000	Total
Assistência à saúde	7,13	6,24	5,91	5,52	5,66	6,04	5,49	5,27	5,46	4,5	5,32
Planos e seguros de saúde	0,5	0,35	0,74	0,89	1,11	1,5	1,59	1,92	2,23	1,67	1,5
Medicamentos	5,41	4,28	3,55	3,07	2,86	2,73	2,19	1,87	1,68	1,06	2,16
Outros gastos	1,23	1,61	1,63	1,56	1,69	1,81	1,71	1,48	1,55	1,76	1,66

Fonte: IBGE / Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2002-2003

Vê-se que pouco mais do que 5,3% da renda familiar, quando considerada toda a população, é gasto com saúde. O item de maior influência nesse cenário é o gasto com medicamentos. Esses dados variam de acordo com a renda familiar, pesando mais nas classes de renda mais baixa. Dessa forma aqueles que ganham até R\$ 400,00 (quatrocentos reais) apresentam o maior percentual de gasto com saúde.

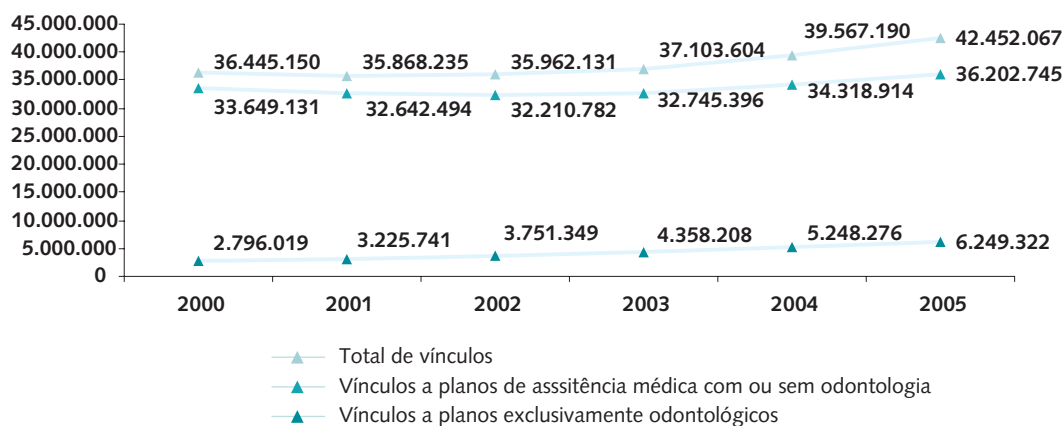
2.2 O mercado de Saúde Suplementar hoje

Desde 1998, a dimensão do mercado e sua conseqüente relevância para o sistema de saúde nacional é tema constante na mídia e nos embates da arena regulatória. Já na inicial da Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) movida pela Confederação Nacional de Saúde havia previsão de colapso setorial por conta das novas exigências feitas para a formatação e comercialização de planos ou seguros de saúde. Cabe lembrar que, à época, dizia-se que o mercado alcançava 43 milhões de usuários. Por não se ter qualquer base de dados inclusiva e abrangente, tal afirmação era feita, em tese, com base na última PNAD da época. O que não ficava

claramente dito era que este número incluía os usuários de planos de instituições de natureza pública³⁷, que não estavam no alcance da Lei n. 9.656/98. De toda a forma, a previsão era que a regulação, em especial quanto às novas regras de cobertura mínima para os planos e seguros de saúde, seria muito adversa ao setor. No entanto, o gráfico abaixo não mostra isso. Ao contrário, o setor vem se expandindo, em termos gerais.

Gráfico 6

BENEFICIÁRIOS POR TIPO DE PLANO E EVOLUÇÃO DO CADASTRO;
PERÍODO: DEZEMBRO/2000 A DEZEMBRO /2005



Fonte: Cadastro de beneficiários³⁸ - ANS/MS - Dez/2005

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

³⁷ Por exemplo, IAMSP e IASERJ.

³⁸ O termo "beneficiário" refere-se a vínculo aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.

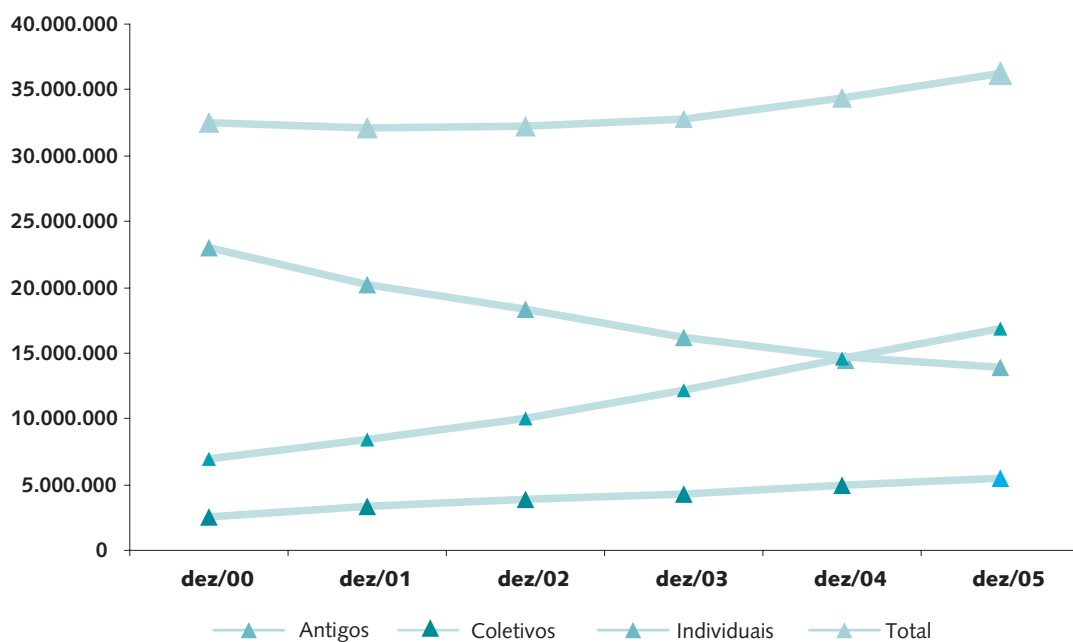
Outra diferenciação a ser considerada é a divisão entre planos chamados “antigos”, isto é, contratados até 31/12/98, e “novos”, contratados à partir de 1999, que contam com toda a proteção legal. Como a diferença de coberturas, cláusulas de exclusão e reajustes podia ser, e normalmente eram, bastante distintas da que a lei veio a preconizar, seu agrupamento e informação a ANS são feitos, ainda, de forma global. Assim, a distinção dos quadros seguintes dá-se da seguinte forma:

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

Em relação aos planos médico-hospitalares, tem-se o seguinte gráfico.

Gráfico 7

BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, POR VIGÊNCIA E TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO; BRASIL, 2000 -2005



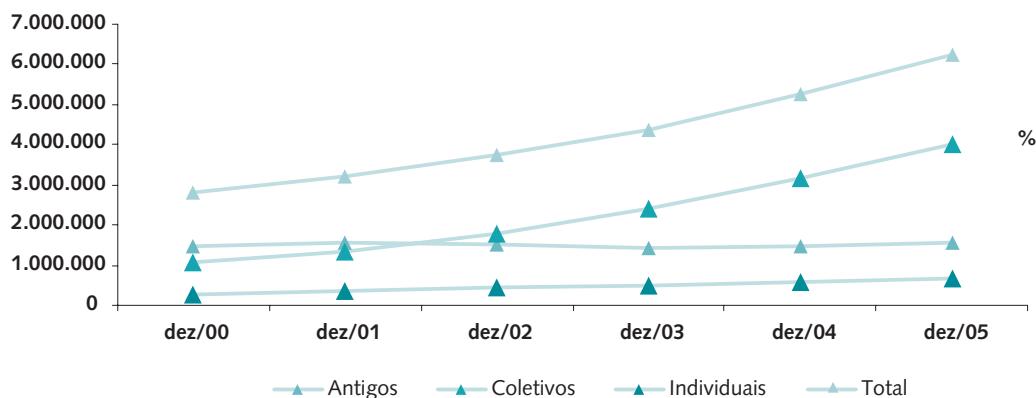
Fonte: Cadastro de beneficiários - ANS/MS - 12/2005

De forma esperada, a linha de planos “antigos” decresce com o tempo, sendo visível que o maior crescimento deste mercado dá-se em relação aos planos coletivos.

Em relação aos planos exclusivamente odontológicos, tem-se:

Gráfico 8

BENEFICIÁRIOS DE PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS, POR VIGÊNCIA E TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO; BRASIL, 2000-2005



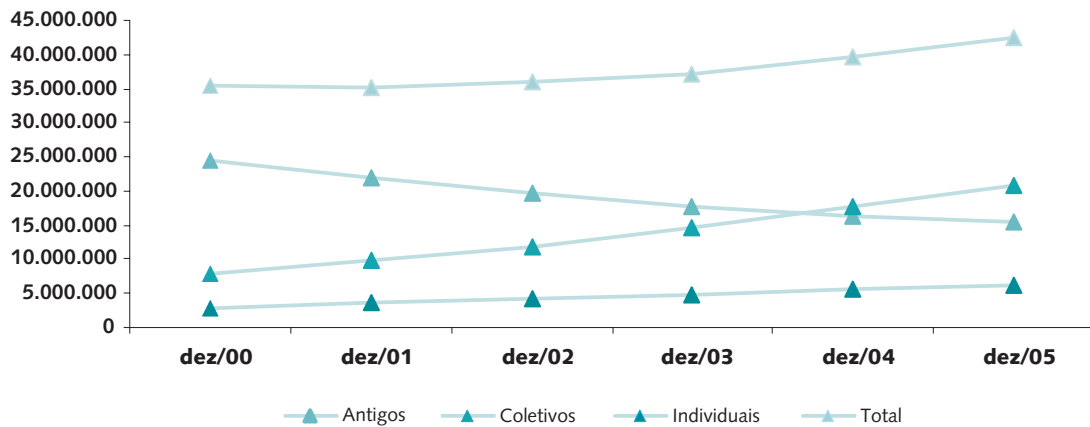
Fonte: Cadastro de beneficiários - ANS/MS - 12/2005

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

Para visualização de todo o mercado, tem-se:

Gráfico 9

**BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE POR VIGÊNCIA E TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO;
BRASIL, 2000 - 2005**



Fonte: Cadastro de beneficiários - ANS/MS - 12/2005

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

Quadro 8

BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE, POR VIGÊNCIA E TIPO DE CONTRATAÇÃO DO PLANO;
BRASIL, 2000 – 2005

Ano	Total	Novos							
		Total		Coletivos		Individuais		Antigos	
		Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
dez/00	35.365.964	10.814.996	30,6%	7.950.812	22,5%	2.864.184	8,1%	24.550.968	69,4%
dez/01	35.272.829	13.460.927	38,2%	9.756.224	27,7%	3.704.703	10,5%	21.811.902	61,8%
dez/02	35.962.131	16.155.225	44,9%	11.895.360	33,1%	4.259.865	11,8%	19.806.906	55,1%
dez/03	37.103.604	19.414.270	52,3%	14.585.360	39,3%	4.828.910	13,0%	17.689.334	47,7%
dez/04	39.567.190	23.360.231	59,0%	17.820.513	45,0%	5.539.718	14,0%	16.206.959	41,0%
dez/05	42.452.067	26.982.215	63,6%	20.872.583	49,2%	6.109.632	14,4%	15.469.852	36,4%

Fonte: Cadastro de beneficiários – ANS / MS - 12/2005

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

É oportuno destacar dois pontos:

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

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

Quadro 9

POPULAÇÃO RESIDENTE E BENEFICIÁRIOS, NO PERÍODO DE 2000 A 2005

GERAL					
Período	População residente	Benef. de planos de saúde	Proporção de benef. de planos na população residente	Tx de crescimento População	Benef. de planos de Saúde
2000	171.279.882	35.365.964	20,65%		
2001	173.821.934	35.272.829	20,29%	1,46%	-0,26%
2002	176.391.015	35.962.131	20,39%	1,46%	1,92%
2003	178.985.306	37.103.604	20,73%	1,45%	3,08%
2004	181.586.030	39.567.190	21,79%	1,43%	6,23%
2005	184.184.264	42.452.067	23,05%	1,41%	6,80%
2000 a 2005				7,21%	17,75%

Fonte: IBGE /Pop. e cadastro de beneficiários – ANS / MS - 12/2005

Observa-se que, no período de 2000 a 2005, houve um incremento de 7,21% da população, paralelamente a uma expansão de 17,75% do número de beneficiários.

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

Quadro 10

PERCENTUAL DE PLANOS NOVOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE

Período	Coletivos	Individuais	Total
2000	4,64%	1,67%	6,31%
2001	5,61%	2,13%	7,74%
2002	6,74%	2,42%	9,16%
2003	8,15%	2,70%	10,85%
2004	9,81%	3,05%	12,86%
2005	11,33%	3,32%	14,65%

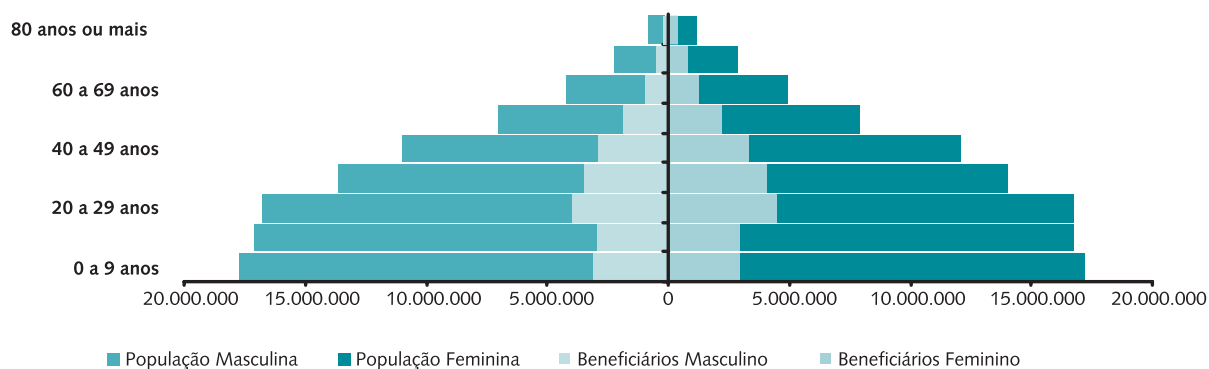
Fonte: IBGE e cadastro de beneficiários – ANS / MS - 12/2005

Outro ponto que merece destaque diz respeito à faixa etária dos beneficiários de planos e seguros de saúde. É voz corrente que as operadoras de planos e seguros de saúde não aceitam pacientes com mais de 60 anos em suas carteiras de clientes. Como já foi dito no Capítulo 1, as operadoras não podem fazer “*seleção de risco*”, isto é, não podem escolher seus clientes. Com a norma que regula a variação entre as faixas etárias, um plano que está sendo vendido por R\$ 60,00 (sessenta reais) para os mais jovens terá de ser oferecido, obrigatoriamente por no máximo R\$ 360,00 (trezentos e sessenta reais), para os proponentes com 60 anos ou mais. Mas mesmo assim, a prática poderia estar apontando para um quadro de beneficiários por faixa etária que demonstrasse que vendedores, mesmo que irregularmente, estariam selecionando a clientela por idade.

É interessante observar a figura 3, a seguir, que compara a pirâmide etária brasileira com a dos usuários de planos e seguros de saúde:

Figura 3

**PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO E DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE;
BRASIL, DEZEMBRO / 2005**

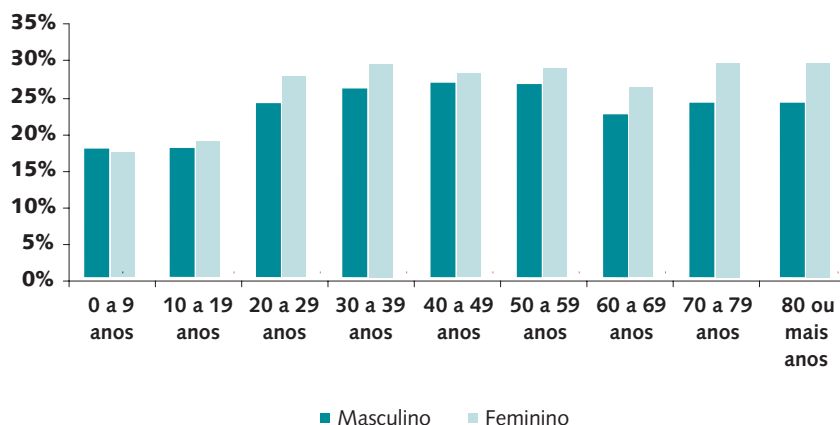


Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - Dez/2005 e População estimada - IBGE/2005

Pode-se perceber que as pirâmides exibem diferenças importantes em sua formação, sendo a mais evidente a relativa redução de usuários de planos ou seguros de saúde nas duas primeiras faixas etárias, isto é, até 19 anos. O próximo gráfico (gráfico 10) deixará esse ponto mais evidente:

Gráfico 10

TAXA DE COBERTURA DOS PLANOS DE SAÚDE, POR SEXO E FAIXA ETÁRIA; BRASIL, DEZEMBRO / 2005



Fonte: Cadastro de beneficiários - ANS/MS - 12/2005 e população estimada - IBGE/2005

As informações mostram que, na faixa etária acima de 80 anos, mais de 30% das mulheres brasileiras estão, de alguma forma, vinculadas a um plano ou seguro de saúde. As faixas etárias entre 20 e 69 anos mostram pouca variação entre os gêneros. As menores coberturas estão nas primeiras faixas etárias. Tal constatação, sem estudos complementares, diz pouco sobre a real situação atual. Outros estudos definindo a pirâmide etária para contratos novos e antigos e ainda em planos individuais ou coletivos são importantes. Esses desdobramentos têm sentido, se lembrarmos que a base econômica de sustentação dos planos individuais ou familiares é o regime de partição simples e que sua sustentação depende de um adequado equilíbrio no pacto intergeracional³⁹, em que parte da receita das primeiras faixas etárias deve ser utilizada exatamente para recompor as despesas das últimas faixas etárias. Tal lógica está apenas relacionada aos planos individuais e/ou familiares, razão pela qual o estudo diferenciando planos individuais e coletivos é importante.

³⁹ É importante ter patente que a regulamentação do Consu, que estabeleceu a variação máxima entre as faixas etárias, é uma forma válida e importante de proteção ao idoso. O que se preconiza é o contínuo acompanhamento desse subsídio cruzado, de forma a que ele se mantenha adequado ao funcionamento do setor como um todo, em particular para o segmento de planos individuais.

No entanto, se houver desequilíbrio na adesão de usuários mais novos nas carteiras, todo o cálculo de financiamento pode necessitar de revisão. Estabelecer diretrizes e parâmetros claros para a precificação dos produtos é um dos desafios do órgão regulador, além de acompanhar, por meio das notas técnicas atuariais de registro, das pesquisas de preço e custo, o comportamento desse mercado. Mas, não resta dúvida de que, somente agora, com o início da consolidação sistemática de informações, tais questões podem ser levantadas.

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

Quadro 11

CONTROLE DE REAJUSTES DOS PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE

	Controle de reajustes baseado em custo	Controle de reajustes baseado em preço	Controle de reajustes por incentivos
Sub-modelos	1. Custo marginal; 2. Taxa de retorno; 3. Margem de lucro.	4. <i>Price Cap</i> .	5. <i>Benchmark</i> ; 6. <i>Yardstick</i> .

Fonte: Palestra - Maurício Lopes, 2002.

Os modelos em debate⁴⁰ eram os citados em tópicos, como descritos acima:

⁴⁰ Para leitura integral consultar ‘Caderno do 4º Ciclo de Oficinas da ANS’. Recomenda-se, ainda, o livro ‘Fundamentos da Economia da Regulação’, de Isaac Benjô, Editora Thex; o trabalho SALLAI, A. L. e SANT’ANNA, A. P. (2003). Alternativas de Regulação do Setor de Saúde no Brasil, UFF. Niteroi www.producao.uff.br/rpep/relpeq703;

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

Enquanto todos os modelos de regulação de preços baseados em custo têm como ponto em comum a transferência de custos para o contratante os modelos por “incentivos” têm como ponto fraco a possibilidade, a ser monitorada, de redução na qualidade dos serviços⁴¹ prestados. No caso do mercado brasileiro de Saúde Suplementar, a atual metodologia de reajuste aproxima-se muito da regulação de preços conhecida como ‘*yardstick*’. E a “referência média” utilizada é a média do aumento dos contratos coletivos, monitorado pela ANS. O mercado de contratos coletivos é excepcionalmente interessante para servir como uma referência, pois como é muito competitivo, a margem possível de repasse nos reajustes desses contratos é bastante estreita, sendo que a possibilidade de repassar aumentos por conta de incremento no custo administrativo é praticamente nula. Isto é, a “eficiência alocativa” é maximizada, na medida em que a operadora deverá gerenciar com muita atenção seus custos, pela possibilidade de perder estes contratos para outra operadora. O mercado de planos coletivos, em especial os com patrocinador (antigos planos empresariais), ainda conta com o departamento de recursos humanos da própria empresa, que muitas vezes colabora com campanhas

⁴¹ Esta necessidade de monitoramento da qualidade dos serviços, resultado da implantação deste modelo de reajuste de preços, é mais uma justificativa da importância do Programa de Qualificação a ser discutido adiante ainda neste capítulo.

de prevenção de doenças e melhoria das condições de trabalho. Esses contratos têm outra característica importante, para servir de *proxy* para os planos individuais. Como existe maior liberdade de ajustes de preços durante o contrato, não há necessidade de estipular “preços defensivos” ou com margem pré-determinada, para absorver eventuais aumentos de custos durante sua vigência. Isso aproxima ainda mais a variação, comunicada por contrato à ANS, da realidade do aumento do custo assistencial.

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

É importante observar que, tradicionalmente, a chamada inflação médico-hospitalar é significativamente superior à inflação geral. Como exemplo, podemos citar, a título de comparação, que, em 2004, os planos de saúde nos Estados Unidos variaram, em média, 12%, enquanto a inflação medida pelo *Consumer Price Index* foi de 3,2%. Já em 2005, os planos de saúde variaram 8%⁴² e a inflação 4,3%. Além disso, sabe-se que a espiral de custos nos modelos de atenção à saúde, especialmente nos baseados no pagamento por procedimentos, que valorizam os de alto custo e em que não há inflexão do atual modelo assistencial, é agenda de discussão em diversos países. De toda a forma, no último ano, a base de dados de comunicados de reajuste de planos coletivos contou com variações de contraprestação pecuniária aplicadas a 17,6 milhões de beneficiários, encaminhados por 862 operadoras, com início de aplicação entre fevereiro de 2005 e janeiro de 2006 e enviados entre 1 de abril de 2005 e 15 de março de 2006. A variação média ponderada por beneficiários

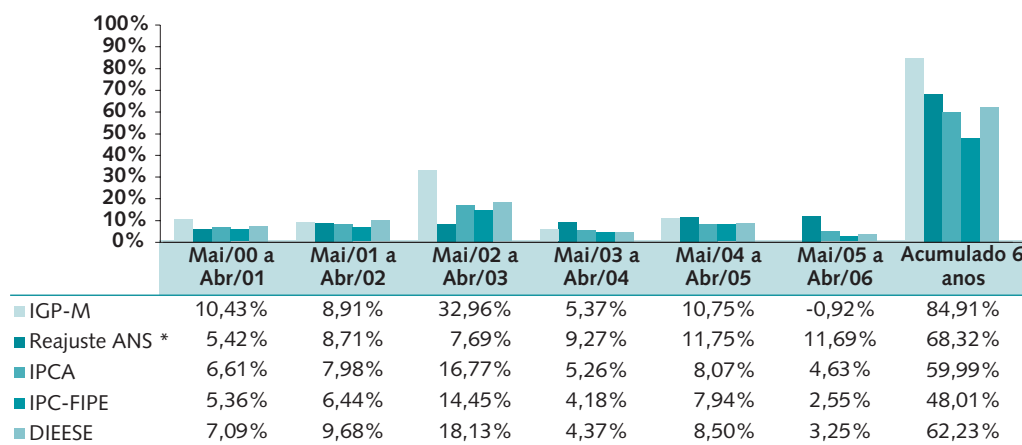
⁴² A redução ocorreu em função das medidas agressivas de controle/redução dos custos por parte das empresas americanas. Fonte: 2006 Health Care Cost Survey elaborado pela Towers Perrin HR Services. Extraído da Nota Técnica da Gerencia Geral Econômico-Financeira dos Produtos/Dipro/ANS.

atingiu 9,24%, considerando-se os contratos com 50 beneficiários ou mais. Tal linha de corte para apuração das variações nos planos coletivos visa a expurgar o impacto que os planos coletivos pequenos, que, na prática, acabam se comportando de forma semelhante aos planos individuais, quanto ao cálculo da média. Os planos coletivos com mais de cinquenta beneficiários não podem estipular carências, o que confere a esse grupo forte poder de negociação, inclusive para redução nos reajustes.

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

Gráfico 11

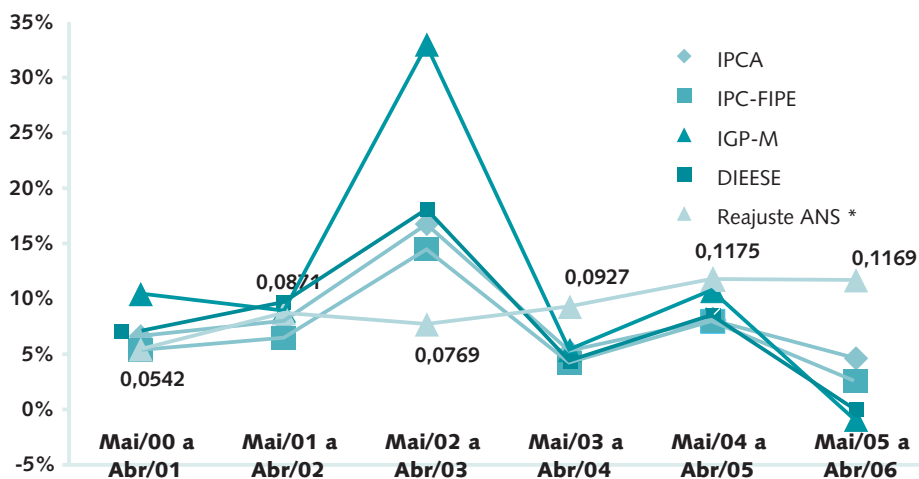
COMPARATIVO DOS REAJUSTES AUTORIZADOS PELA ANS – ÍNDICES DE PREÇOS – PERÍODO DE APLICAÇÃO DO REAJUSTE



Fonte: IBGE, FIPE, FGV, DIEESE e ANS

Gráfico 12

EVOLUÇÃO DE REAJUSTES AUTORIZADOS PELA ANS E ÍNDICES DE PREÇO



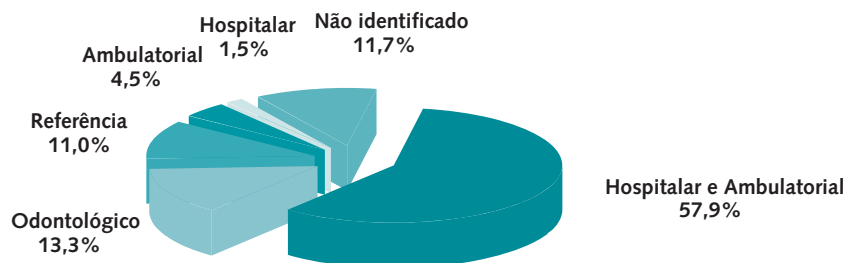
Fonte: IBGE, FIPE, FGV, DIEESE e ANS.

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

- A possibilidade de haver uma grande distorção por conta de uma possível variação nos tipos de contratos vendidos;
- A necessidade de se aperfeiçoar e complementar a política de preços. Em relação ao primeiro item, podemos, desde já, dizer que a quantidade de planos ou seguros ambulatoriais e hospitalares, incluídos aí os “planos-referência” é muito mais significativa que a comercialização de planos somente hospitalares ou ambulatoriais, como se vê a seguir, no gráfico 13.

Gráfico 13

BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE, POR VIGÊNCIA DO PLANO, SEGUNDO A SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO; BRASIL, DEZEMBRO / 2005



Fonte: Cadastro de Beneficiários, ANS/MS – Dez/2005.

Ressalte-se que os “não-identificados” (que correspondem a 11,7% do mercado), provavelmente são planos “antigos”, cuja classificação é difícil. Mas, do total de planos médico-hospitalares, 90,65% são planos que contêm assistência médica e ambulatorial. Em relação aos necessários aperfeiçoamentos, deve-se considerar o seguinte:

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

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

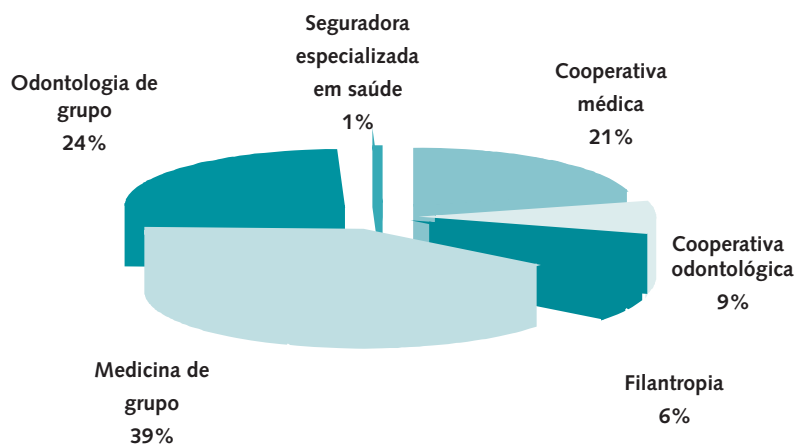
Outra dimensão importante na avaliação de um mercado de “concorrência imperfeita” e que demanda contínua avaliação são as questões relacionadas a mercado relevante, poder de mercado e grau de concentração de empresas. Essas importantes questões têm sido objeto de intensivo trabalho por parte do órgão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

No entanto, é oportuno que dois dados sejam descritos: a divisão dos segmentos no setor e a curva ABC das mais de 1.700 operadoras ativas, em relação ao número de beneficiários.

Em relação aos diversos segmentos do setor, vê-se no gráfico 14:

Gráfico 14

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS OPERADORAS ATIVAS, POR MODALIDADE;
BRASIL, DEZEMBRO/2005

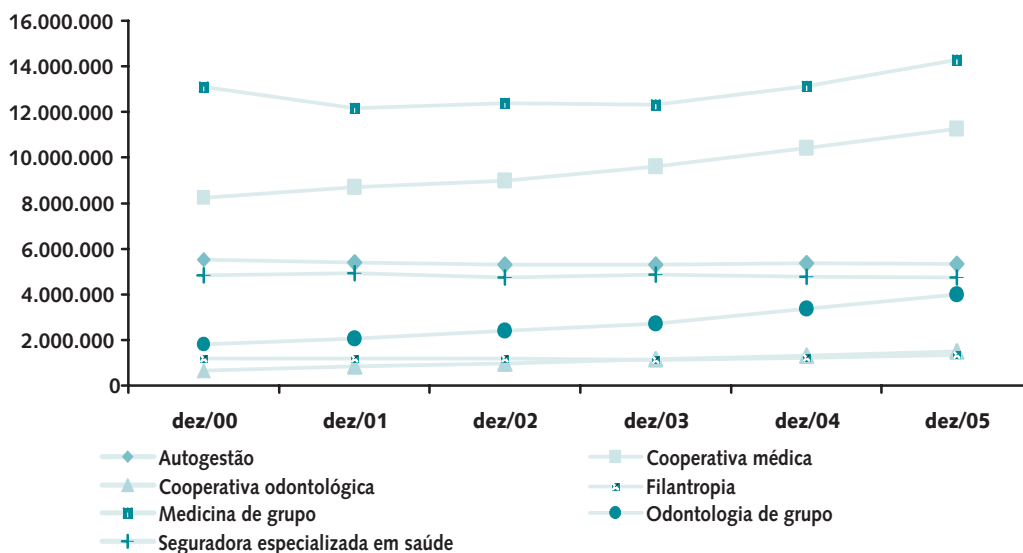


Fonte: Cadastro de Operadoras – ANS/MS – 01/02/2006.

Na divisão do mercado, observa-se uma maior participação do segmento de medicina de grupo, historicamente mais antigo e numeroso. Sua evolução, ao longo dos anos, pode ser vista no gráfico 15.

Gráfico 15

EVOLUÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE, POR MODALIDADE DA OPERADORA DE 2000 A 2005

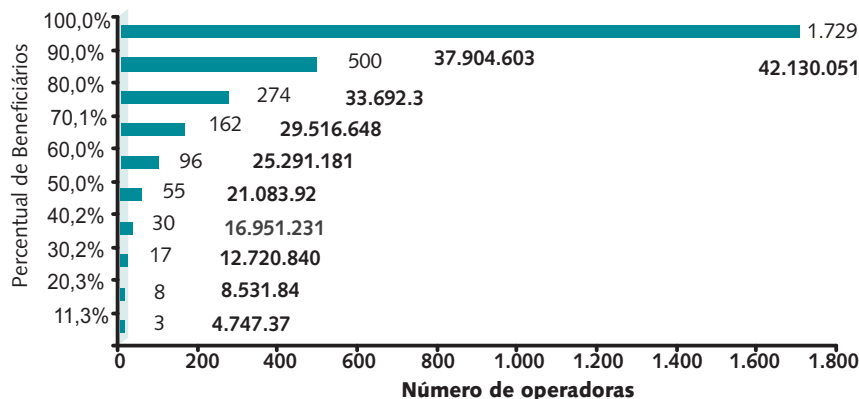


Fontes: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – Dez/2005 e Cadastro de Operadoras/ANS/MS – 02/2006

Pode-se observar, na curva ABC⁴³, no gráfico 16, que relaciona o número de usuários e de operadoras, que apenas 55 destas detêm 50% do mercado.

Gráfico 16

DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE ENTRE AS OPERADORAS;
BRASIL, DEZEMBRO / 2005



Fontes: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – Dez/2005 e Cadastro de Operadoras/ANS/MS – 02/2006.

Tais números são ainda insuficientes, enquanto não forem realizados estudos mais detalhados, envolvendo mercados relevantes e áreas geográficas de comercialização dos produtos. Mas, mesmo que não conclusiva, a observação do gráfico traz à tona a complexidade da questão: não é o fato de existirem 1729 operadoras “ativas” (com beneficiários) que torna, *per si*, o mercado concorrencial.

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

A seguir são apresentados dois mapas distintos: um, para os planos exclusivamente odontológicos; outro, para os planos com assistência médico-hospitalar, e ainda dois gráficos ilustrando a distribuição percentual de beneficiários nas grandes regiões do país.

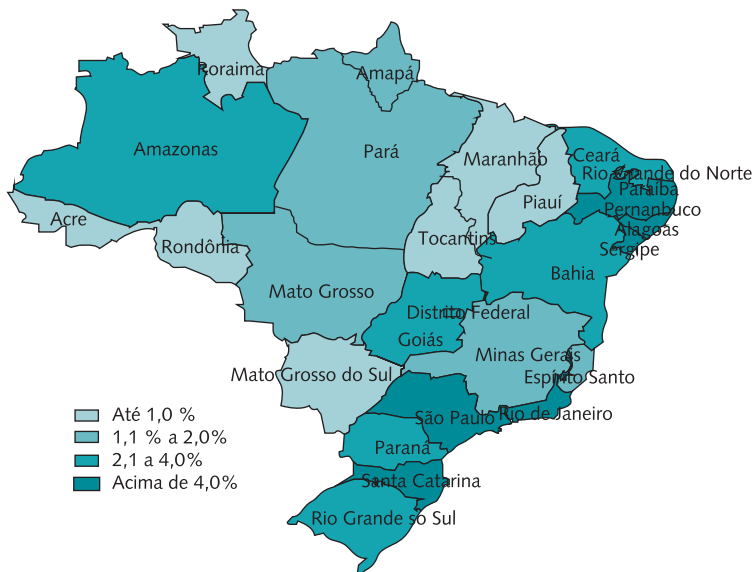
⁴³ Curva A: 274 operadoras (15,8% do total) detêm 80% dos beneficiários.

Curva B: 500 operadoras (28,9% do total) detêm 90% dos beneficiários.

Curva C: 1.729 operadoras (100% do total) detêm 100% dos beneficiários.

Figura 4

TAXA DE COBERTURA DE PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS,
POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO; BRASIL, DEZEMBRO / 2005



Fontes: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 12/2005 e População estimada 2005 – IBGE.

Gráfico 17

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS EXCLUSIVAMENTE
ODONTOLÓGICOS, POR GRANDES REGIÕES; BRASIL, DEZEMBRO/2005

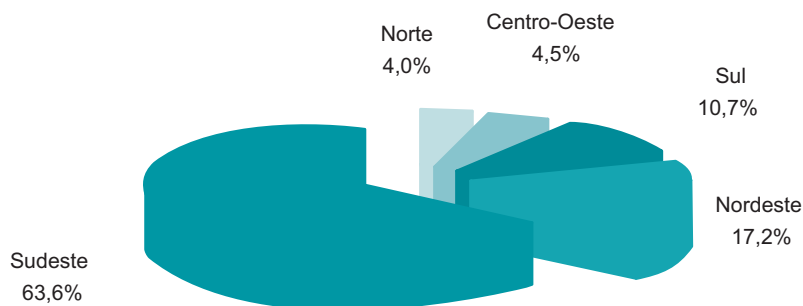
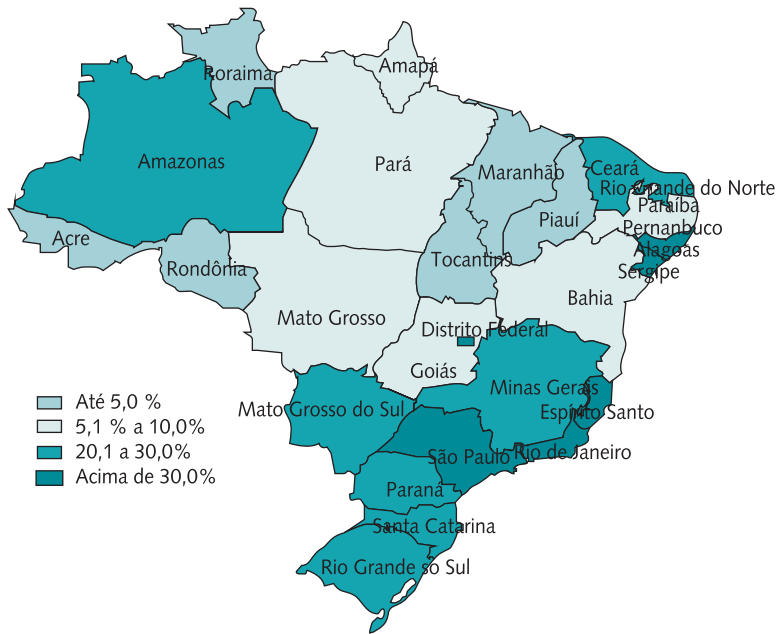


Figura 5

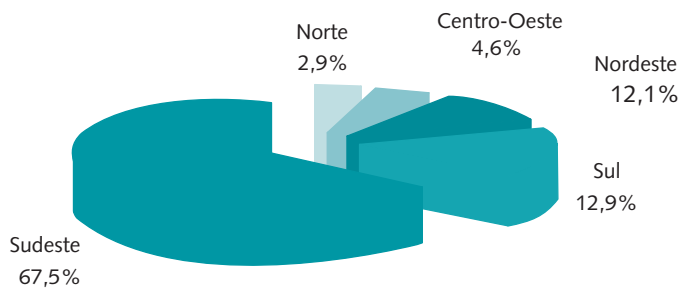
TAXA DE COBERTURA DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, POR UNIDADES DA FEDERAÇÃO – BRASIL – DEZEMBRO/2005



Fontes: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 12/2005 e População estimada 2005 – IBGE

Gráfico 18

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, POR GRANDES REGIÕES – BRASIL, DEZEMBRO/2005



Fontes: Cadastro de Beneficiários – ANS/MS – 12/2005

2.3 A intervenção da ANS

2.3.1 Dimensão, fiscalização e informação

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

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

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

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

O Disque ANS, criado em julho de 2001, realizou até 31 de agosto último, 533.355 atendimentos. Estes atendimentos são classificados como:

- consultas – representam os atendimentos finalizados no próprio Disque ANS e que representam atendimentos com resolução em até 5 dias⁴⁴;
- denúncias – representam os atendimentos não solucionados de forma imediata pela Central de Atendimentos e que são encaminhados aos Nurafs, para apuração.

⁴⁴ Como disposto na Resolução n. 7 de 29/07/2002 do Comitê Executivo do Governo Eletrônico Capítulo III - “Da gestão dos elementos interativos dos sítios”.

Cerca de 90% do total de atendimentos verificados são consultas e perto de 8% são denúncias a serem apuradas, conforme quadro 12:

Quadro 12

DISQUE ANS; PERÍODO 16/07/01 ATÉ 31/08/06

Tipo de Atendimento	Atendimentos	
	Quantidade	Percentual
Consultas	491.877	92,27
Denúncias	41.458	7,77
Total	533.355	100

Fonte: Informativo da Central de Aatendimentos Disque ANS

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

Art. 8 - Quanto aos elementos de interação nos sítios de sua responsabilidade, os órgãos e as entidades da Administração Pública Federal implementarão:

I - obrigatoriamente, serviço de comunicação direta do usuário com o órgão ou entidade denominado "Fale Conosco", que:

... b) responda, sempre que possível, às solicitações encaminhadas no prazo de cinco dias úteis, devendo o usuário ser informado quando esse prazo não puder ser observado; ...

Quadro 13

DISQUE ANS – DEMANDAS RECEBIDAS POR TEMA, NO PERÍODO DE 7/01 ATÉ /8/06

Temas	Consultas		Denúncias		Total	
	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%
Aumento de Mensalidade	111.301	22,63%	12.357	29,81%	123.658	23,19%
Operadoras e Planos de Saúde	91.797	18,66%	3.157	7,61%	94.954	17,80%
Contrato e Regulamento	73.994	15,04%	4.824	11,64%	78.818	14,78%
Cobertura Assistencial	72.092	14,66%	5.312	12,81%	77.404	14,51%
ANS	44.830	9,11%	54	0,13%	44.884	8,42%
Rede Prestadora	20.499	4,17%	9.520	22,96%	30.019	5,63%
Doença ou Lesão Preexistente	16.454	3,35%	2.601	6,27%	19.055	3,57%
Carência	16.685	3,39%	374	0,90%	17.059	3,20%
Aposentados, Demitidos e Exonerados	14.790	3,01%	304	0,73%	15.094	2,83%
Mecanismos de Regulação	7.434	1,51%	1.187	2,86%	8.621	1,62%
Urgência e Emergência	5.821	1,18%	633	1,53%	6.454	1,21%
Reembolso	5.611	1,14%	366	0,88%	5.977	1,12%
Outros	4.523	0,92%	496	1,20%	5.019	0,94%
Internação	3.290	0,67%	172	0,41%	3.462	0,65%
Cobertura Geográfica	2.214	0,45%	92	0,22%	2.306	0,43%
SUS - Sistema Único de Saúde	542	0,11%	9	0,02%	551	0,10%
Total	491.877	100,00%	41.458	100,00%	533.335	100,00%

Fonte: Informativo da central de atendimento Disque ANS

No último Relatório de Gestão da ANS apresentado ao final de 2005, conforme quadro 14, constam as informações do exercício de 2004. Neste ano, foram atendidos pelo Disque ANS 137.027 beneficiários de planos de saúde, alcançando quase que o mesmo quantitativo do somatório dos atendimentos realizados nos anos de 2001, 2002 e 2003, o equivalente a 160.000 atendimentos. Esses números apontam para um crescimento significativo do número de beneficiários que recorrem à ANS para defesa de seus interesses.

Do total de demandas acolhidas pelo Disque ANS em 2004, 8,24% foram referentes a denúncias de beneficiários, mantendo o mesmo padrão das informações consolidadas. Os atendimentos foram assim classificados por temas:

Quadro 14

DISTRIBUIÇÃO DE ATENDIMENTOS POR TEMA

Relação de temas	Consultas	Denúncias	Total
Aumento de mensalidade	34.205	4.707	38.912
Contrato e regulamento	30.740	1.550	32.290
Operadoras e planos de saúde	16.915	484	17.399
Cobertura Assistencial	15.791	1.136	16.927
Rede prestadora	5.488	2.268	7.756
ANS	6.769	20	6.789
Doença ou lesão preexistente	3.008	465	3.473
Carência	3.322	56	3.378
Aposentados, Exonerados	3.136	59	3.195
Mecanismos de regulação	1.738	260	1.998
Reembolso	1.329	53	1.382
Urgência e emergência	1.096	139	1.235
Outros	1.150	55	1.205
Internação	536	23	559
Cobertura geográfica	435	14	449
SUS - Sistema Único de Saúde	78	2	80
TOTAL	125.736	11.291	137.027
PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL	91,76%	8,24%	100,00%

Fonte: Relatório de gestão ANS 2005

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

É interessante ressaltar que mesmo os Procons muitas vezes utilizam o atendimento do Disque ANS. Do total de demandas recebidas no período de julho de 2001 a agosto de 2006, 15,63% são oriundas dos Procons. Discriminamos, no quadro 15, os tipos de atendimentos recebidos no Disque, oriundos dos órgãos de defesa do consumidor.

Quadro 15

ATENDIMENTOS RECEBIDOS DOS PROCONS

TIPO DE ATENDIMENTO	ATENDIMENTOS	PROCONS
	Qtd.	%
Consultas	68.765	13,98%
Denúncias	14.618	35,26%
Total	83.383	15,63%

Fonte: Informativo da Central de Atendimento Disque ANS.

Foi criado, a partir do ano de 2004, um grupo técnico específico voltado para a agilização das análises de denúncias recebidas, com indícios de infração à legislação, seja via Disque ANS seja, via do Ministério Público, Ministério da Saúde, Poder Judiciário e órgãos de defesa do consumidor.

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

2.3.1.1 FISCALIZAÇÃO E MONITORAMENTO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

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

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

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

No ano de 2004, foram instauradas vinte (20) Direções Fiscais e Técnicas e, no ano de 2005, foram instauradas trinta (30). Acredita-se que a ampliação de regimes especiais decretados seja resultante de um processo de fiscalização mais intenso.

Quando nenhuma das medidas para saneamento surte efeito, é decretada a liquidação da empresa. Em 2004 foram realizadas 13 liquidações extrajudiciais. Nos casos das liquidações extrajudiciais decretadas, a ANS orienta a absorção da carteira pelo mercado, a fim de evitar prejuízo à continuidade da assistência aos beneficiários afetados.

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

As fiscalizações realizadas pela ANS podem ser, ainda, reativas ou descentralizadas (quadro 16), quando oriundas de denúncias do consumidor ou de instituições como o Ministério Público, órgãos de defesa do consumidor, entre outros, e planejadas ou pró-ativas, quando, realizadas por amostra decorrente de índices de risco de operadoras.

Quadro 16

FISCALIZAÇÕES DESCENTRALIZADAS

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

Fonte: Diretoria de fiscalização da ANS

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

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

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

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

2.3.1.2 PROJETO OLHO VIVO

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

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

2.3.1.3 PROJETO PARCEIROS DA CIDADANIA

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

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

A ANS pretende, ainda, por meio deste projeto, ampliar o acesso dos órgãos de proteção e defesa do consumidor a maiores informações sobre os textos normativos referentes à Saúde Suplementar.

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

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

Quadro 17

PROGRAMA CIDADANIA ATIVA

RESULTADOS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
DILIGÊNCIAS	5.389	8.139	11.205	12.212	13.951	3.166	9.777	63.839
PROCESSOS	5.581	4.314	4.533	5.911	15.136	2.718	34.104	72.297
AUTUAÇÕES	3.275	2.029	2.612	1.403	1.650	320	1.372	12.661
ARQUIVAMENTOS	-	4.154	5.790	7.515	11.331	3.508	485	32.783
PENALIZAÇÕES	446	182	1.568		685	148		3.956

Fonte: DIFIS – RPM – SET/2006

2.3.2 Dimensão regulação e indução

A publicação dos dispositivos legais que instituíram a regulação por parte do Estado do setor de Saúde Suplementar e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, possibilitou maior conhecimento do setor e definição de critérios para a entrada no mercado, funcionamento e acompanhamento econômico-financeiro das operadoras de planos e seguros saúde.

Apesar da existência de inúmeros conflitos de interesses entre os diversos atores sociais componentes do setor, a ANS implantou, em dezembro de 2004, a política de qualificação da Saúde Suplementar, acreditando ser este o local em que esses interesses podem dialogar.

A idéia central dessa política é que a avaliação sistemática da atuação de cada um dos atores – **operadoras, prestadores, beneficiários e o próprio órgão regulador** – **possa determinar a transformação necessária à qualificação do setor da Saúde Suplementar**. Para a ANS, essa nova etapa da atividade de regulação do setor privado de planos de saúde significa o reconhecimento da Saúde Suplementar como local de produção de saúde.

A proposta de avaliação da qualidade da Saúde Suplementar tem como eixos norteadores:

- a avaliação do impacto das ações de saúde na população beneficiária;
- a perspectiva de sistema;
- a avaliação sistemática e progressiva de indicadores, com explicitação dos critérios utilizados para sua construção.

O programa de qualificação da Saúde Suplementar foi estruturado a partir de dois componentes: um de avaliação da qualidade das operadoras e outro de avaliação da qualidade institucional.

O componente de qualificação das operadoras pretende induzir que o setor de Saúde Suplementar opere de forma equilibrada e ágil, com informações consistentes e oferta de serviços adequada aos seus beneficiários.

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

Este caminho pode contribuir para o estabelecimento de novos processos e novas práticas de micro e macrorregulação. A avaliação dos resultados obtidos possibilita que a ANS monitore o desempenho de cada uma das operadoras que comercializam planos de saúde e do setor como um todo. Nem disso, a divulgação e publicação periódica dos resultados para o mercado e a sociedade em geral tornam mais transparente o processo de prestação de serviços, bem como estimulam a melhoria da qualidade e do desempenho da Saúde Suplementar. A implantação do programa ocorreu de forma gradativa.

Na primeira fase de monitoramento, foram avaliados os indicadores referentes aos anos de 2003 e 2004. Nas 2ª e 3ª fases, além do processamento dos indicadores que compuseram a 1ª fase para os novos períodos, foram acrescentados outros indicadores para cada fase, sendo utilizados para todos os indicadores os dados de 2005 e 2006, respectivamente.

No momento, no programa de qualificação das operadoras, foram avaliados 41 indicadores, obtidos a partir dos sistemas de informações disponíveis na Agência. A expansão do número de indicadores para 58 está prevista e será possível pela incorporação de dados gerados em sistemas de informações vinculados ao Ministério da Saúde. Estão sendo considerados os sistemas de informações de mortalidade (SIM), de nascidos vivos (Sinasc), hospitalares (SIH), ambulatoriais (SIA) e o comunicado de internação hospitalar (CIH).

No componente de qualidade institucional, a ANS definiu a necessidade do aprimoramento contínuo do processo de trabalho, comprometendo-se com a eficiência e efetividade da regulação desenvolvida e responsabilizando-se pelo cumprimento de sua finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na atenção suplementar à saúde.

Neste contexto, torna-se imprescindível para a qualificação institucional o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas pela ANS, mensuradas por meio de indicadores de processo e de resultados capazes de dimensionar sua eficácia e seu custo-efetividade.

Segundo o documento que apresenta o programa de qualificação, a política e os programas de qualificação foram desenvolvidos por profissionais da ANS com consultas a diversos setores e diversas instituições de referência da área da saúde.

2.3.2.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS OPERADORAS

A avaliação da qualidade das operadoras é feita por meio de quatro dimensões:

- I. Qualidade da atenção à saúde – dimensão que deve avaliar a qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados de saúde, buscando identificar o impacto das ações de saúde em suas condições de vida.
- II. Qualidade econômico-financeira – dimensão que deve identificar a situação econômico-financeira da operadora frente à manutenção dos contratos assumidos, em acordo com a legislação vigente.
- III. Qualidade de estrutura e operação – dimensão que deve identificar o *modus operandi* das operadoras.
- IV. Satisfação dos beneficiários - dimensão que deve identificar a visão dos usuários quanto ao cumprimento do estabelecido nos contratos com a operadora.

As dimensões são avaliadas por meio de indicadores que devem guardar características referentes à sensibilidade, objetividade e confiabilidade, constituindo-se em:

- indicadores de monitoramento dos aspectos de atenção à saúde dos planos de saúde;
- indicadores de monitoramento do desempenho econômico-financeiro dos planos de saúde;
- indicadores de monitoramento de aspectos de estrutura e operação dos planos de saúde;
- indicadores de monitoramento da satisfação dos beneficiários quanto aos serviços prestados.

I. Dimensão da Qualidade da Atenção à Saúde

A ANS propõe um modelo assistencial, de acordo com um novo marco regulatório, como formulado nos documentos-base do programa⁴⁵. Sendo assim, considera da maior relevância o estabelecimento de padrões de qualidade

⁴⁴ Ver site ANS: www.ans.gov.br

relacionados a um modelo de atenção para a Saúde Suplementar que visa a adequar sua ação reguladora, para garantir uma atenção resolutiva e de qualidade para os beneficiários.

Para isso, a ANS aposta em um novo enfoque regulador, que considera que a operadora seja responsável pela qualidade da atenção prestada e pelos resultados obtidos e que a construção da atenção à saúde deve ser direcionada para a realização da integralidade da atenção, o que pressupõe a produção das ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos pacientes. Compreende, ainda que o setor da suplementar tenha uma agenda a ser partilhada e articulada com o SUS.

Para adentrar o universo das modelagens assistenciais, praticadas pelas operadoras e assim, incorporar, também, a regulação de nível micro político, desvendando as relações entre operadoras, prestadores e beneficiários, torna-se necessário entender melhor as especificidades inerentes ao processo de trabalho em saúde.

O processo de trabalho em saúde difere do consumo de serviços em geral, porque, no setor saúde, o beneficiário não se porta como um consumidor comum diante da mercadoria, pois está desprovido de conhecimentos técnicos e não detém informações suficientes para a tomada de decisão sobre o que irá consumir. Outra especificidade existente nesse processo é a sua finalidade, ou seja, a ação cuidadora em saúde tem como objeto o indivíduo ou os grupos: doentes, sadios ou expostos a riscos. Acresce-se a isso o fato de que os meios de trabalho correspondem aos saberes, equipamentos e instrumentos utilizados e o produto final corresponde à própria ação de atenção à saúde, a qual é produzida e consumida de forma concomitante (Malta 2001; Malta & Merhy 2003).

Entender e operar nesse espaço – o processo de trabalho em saúde como uma micro política – pode ser o lugar estratégico da mudança. Esse movimento visa criar novos formatos do trabalho em saúde, que devem ser pautados pela necessidade de responder ao sofrimento dos beneficiários, buscando articular novas formas de prestação de atenção que possam lhes dar proteção ou resolução dos seus problemas.

II. Em busca de novas modelagens assistenciais para a saúde

Quando se pensa a especificidade dessa discussão na Saúde Suplementar, observa-se que o modelo médico-hegemônico, centrado em procedimentos, tem gerado fragmentação da atenção e do cuidado, produzindo iniquidade e atenção não-integral aos beneficiários de planos de saúde. A não-responsabilização das operadoras e prestadores com o processo de produção da saúde em sua plenitude faz parte das causas de geração desta iniquidade e constrói atendimentos não permeáveis às perspectivas que buscam a integralidade das ações de saúde. É importante destacar a peculiaridade inerente à discussão de uma atenção integral na Saúde Suplementar, na medida em que este princípio tem que ser entendido e aplicado dentro da cobertura contratada, mas que seja, à partir desta referência, garantido integralmente, ou seja, envolvendo ações de prevenção, controle e recuperação das doenças, assim como de promoção à saúde dos beneficiários dos planos de saúde.

Propostas alternativas de modelagem dos serviços de saúde têm que incorporar esses outros campos de saberes e essas outras práticas em saúde, além de configurarem novas formas de organização da atenção que sejam anti-hegemônicas. Neste sentido, aposta-se que a produção em saúde deve operar tecnologias de trabalho voltadas à construção de uma atenção mais cuidadora e produtora de novas relações entre prestadores e beneficiários, buscando construir serviços de saúde centrados nos beneficiários e em suas necessidades, o que é, atualmente, um contraponto à crise vivida pela saúde, indicando um novo caminho a ser percorrido para a sua superação.

A regulação que vem sendo praticada na Saúde Suplementar tem ocorrido especialmente na macrorregulação e a ANS busca uma nova perspectiva no processo regulador do Estado, qual seja, atuar regulando a produção do cuidado da saúde.

Os bancos de dados existentes na ANS e no Ministério da Saúde permitem a construção de um grande número de indicadores, tanto pertinentes a resultados gerais quanto a específicos, incluindo aqueles que analisam a rede de prestação de serviços de saúde. Ainda que deparem com a inadequação da qualidade da informação prontamente disponível para o processo de avaliação, experiências

e iniciativas de análise elaborada nas áreas pública e privada têm estimulado o uso dessas fontes, particularmente quando pautadas pela observação e pelo monitoramento de eventos-sentinelas e marcadores com poder discriminatório.

III. Dimensão da qualidade econômico- financeira

Toda a regulação de mercado tem como uma de suas metas o monitoramento e a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro dos agentes regulados. A motivação para isso está no fato de que empresas reguladas saudáveis sob esse ponto de vista podem contribuir para o aperfeiçoamento do mercado em que estão inseridas de várias formas. No que tange à prestação de serviços, a qualidade e a garantia de continuidade são diretamente impactadas pela condição financeira da empresa. No aspecto concorrencial, a saúde financeira é determinante na capacidade de os agentes econômicos competirem por percentuais de participação nos mercados, gerando uma força motriz para o aumento da eficiência de utilização dos recursos e dificultando, por outro lado, o aparecimento de cartéis e monopólios. Em relação à própria regulação, as empresas monitoradas por indicadores adequados que apresentem equilíbrio econômico-financeiro na sua operação podem cumprir de forma satisfatória as garantias financeiras exigidas pelo ente regulador.

Portanto, sob diferentes ângulos, o controle econômico-financeiro tem seu espaço garantido em quaisquer mercados regulados, inclusive na Saúde Suplementar. As operadoras de planos de saúde lidam com um bem meritório: a saúde dos beneficiários, que, em hipótese alguma, pode sofrer qualquer tipo de descontinuidade, sob pena de dano irreversível ao usuário desse serviço. Além disso, essas empresas estão inseridas em uma forma de custeio dos serviços por repartição simples, estando sob constante ameaça de risco do crescimento demasiado das despesas assistenciais, levando, então, à necessidade de constituição das chamadas provisões de risco.

Diante do exposto, fica evidenciada a importância do controle e monitoramento da questão econômico-financeira do mercado regulado de Saúde Suplementar. O acompanhamento dos indicadores definidos pela ANS para esta dimensão constitui-se numa análise conjunta e interdependente. Dito de outra forma, a análise

individualizada de cada indicador pode apresentar uma visão com algum grau de distorção em relação a uma abordagem mais ampla da situação econômico-financeira da operadora, o que se configura na prática de operação dos seus serviços.

IV. Dimensão da qualidade de estrutura e operação

Os indicadores de estrutura e operação foram constituídos a partir de elementos como: a rede hospitalar da operadora e sua dinâmica, a quantidade de beneficiários envolvidos, o tempo de adesão ao plano de saúde e a realização de determinado procedimento, entre outros. Para a construção destes indicadores, a ANS consultou referências nacionais, como o projeto de desenvolvimento de metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro – Proadess, realizado pela Fiocruz e entidades internacionais, como os estudos do *Australian Institute of Health and Welfare* e o *Hedis*, além de publicações disponíveis no Scielo e em outras fontes de literatura.

A seleção dos indicadores buscou privilegiar aqueles que pudessem ter a sua viabilidade contemplada pela disponibilidade de dados gerados de forma regular e manejados em sistemas de informações implementados na ANS. O Sistema de Registro de Planos (RPS), o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), o Sistema de Informações de Produtos (SIP) e o Cadastro de Operadoras (Cadop) foram as principais fontes utilizadas. Os componentes utilizados na formulação dos indicadores foram divididos em três grandes panoramas: os beneficiários, a estrutura da rede hospitalar e a disponibilidade de dados da operadora.

No escopo dos beneficiários, a formulação dos indicadores estendeu a proposta de quantificar os indivíduos, inserindo a variável do tempo de uso e tempo esperado. Assim, foi possível a comparação de quantidades em épocas diferentes, na tentativa de caracterizar a permanência ou fixação ao plano e o período de utilização do plano de saúde.

Concomitante ao acompanhamento temporal, foi necessária a qualificação das relações contratuais dos beneficiários na operadora, ou seja, as comparações entre o volume de beneficiários que se encontram amparados pela Lei n. 9.656/98 e os que possuem planos de saúde com vigência anterior a ela ou em processo de migração ou adaptação.

Na estrutura da rede hospitalar, foi avaliado o grau com que são substituídas ou excluídas entidades hospitalares, considerando-se que tal movimento pode causar impacto na qualidade da atenção aos beneficiários, caso comprometa a acessibilidade ou os processos importantes vinculados à rede. A relação de contratualização entre operadora e prestador também foi medida a partir de um instrumento que avalia o grau de cumprimento dos normativos da Agência. A análise de informações sobre o aporte de beneficiários na rede do SUS também foi medida, inclusive no que se refere ao ressarcimento.

A frequência do envio de informações das operadoras para alimentar os sistemas de informações da Agência foi o objeto de uma medida-síntese combinada, consolidando a análise da dimensão de estrutura e operação.

V. Dimensão da satisfação dos beneficiários

A opinião dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pode evidenciar a medida da qualidade dos produtos e serviços de saúde oferecidos e se a produção desses serviços resulta da interação entre o beneficiário e a operadora do plano de saúde.

O programa de qualificação busca valorizar essa relação, a partir da diminuição da distância entre o desempenho dos serviços e as expectativas do beneficiário, verificando os motivos de sua satisfação e insatisfação.

Donabedian (1990) estabeleceu sete atributos a serem perseguidos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Dentre esses conceitos, os da aceitabilidade e o da legitimidade são os que diretamente se relacionam com as expectativas e a satisfação dos beneficiários.

O conceito de aceitabilidade refere-se à adaptação do cuidado⁴⁶ aos desejos, expectativas e valores dos beneficiários. Depende das avaliações subjetivas destes quanto à efetividade, eficiência, otimização e acessibilidade do cuidado, e, ainda, das características da relação médico-paciente⁴⁷ e das amenidades do cuidado⁴⁸.

⁴⁶ Acessibilidade do cuidado – obtenção do cuidado quando necessário e obtido de forma fácil e conveniente

⁴⁷ Entendendo que os pacientes desejam ser tratados com consideração e respeito, ter suas perguntas respondidas e sua condição explicada.

⁴⁸ Amenidades do cuidado – propriedades do cenário em que se dá o cuidado, sendo conveniente, confortável e agradável.

A estruturação desta dimensão do programa de qualificação buscou na literatura de qualidade nos cuidados em saúde seu embasamento, adotando, ainda, conceitos de resultados de saúde (OMS) ou efetividade (OECD), devido à preocupação com os direitos dos pacientes, vistos por meio da satisfação ou da experiência dos pacientes, aspectos comuns nas propostas dos dois organismos citados. A utilização de um enfoque qualitativo na compreensão dos fatores associados à satisfação do beneficiário deve ser considerada e incorporada aos processos de avaliação.

À partir da utilização dos serviços, o indivíduo terá ou não satisfeitas suas necessidades ou expectativas. E o nível de satisfação possibilitará inferir a qualidade nos diversos momentos do atendimento, num processo interativo que se dá desde a entrada até a saída do serviço.

A ANS utilizou, para a construção dos indicadores de satisfação dos beneficiários com as operadoras de planos de saúde, os dados referentes às demandas recebidas que apresentam algum indício de infração à legislação de Saúde Suplementar. Foram definidos quatro indicadores: índice de reclamações com auto de infração, índice de processos transitados em julgado, índice de reclamações nos Procons e pesquisa quali-quantitativa.

O primeiro consiste em uma relação entre as reclamações que foram positivadas, ou seja, aquelas que resultaram na lavratura de um auto de infração e a média de beneficiários da operadora no mesmo período. Já o segundo, estabelece uma relação entre os processos transitados em julgado e a média de beneficiários da operadora no mesmo período.

Dois outros indicadores serão incluídos na 3ª fase do programa: um, referente às reclamações que chegam aos Procons sobre o mercado de Saúde Suplementar e outro, obtido à partir de uma pesquisa quali-quantitativa de abrangência nacional. Esses dois indicadores devem retratar a percepção da sociedade e indicar o grau de satisfação e esclarecimento do beneficiário frente ao mercado de Saúde Suplementar.

2.3.2.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE INSTITUCIONAL

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

Se a avaliação da qualidade das operadoras busca medir os condicionantes destas na oferta de serviços que permitam a produção do cuidado integral à saúde, a avaliação da qualidade institucional deve medir os graus de desempenho da Agência Nacional de Saúde Suplementar em produzir os processos que realizem sua missão institucional, qual seja, “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País” (Lei n. 9.961/00).

A avaliação pode ser dada, portanto, pela medida do desempenho institucional em realizar sua missão, isto é, pela capacidade de desenvolvimento das competências de regulação, normalização, controle, fiscalização, avaliação e monitoramento da assistência suplementar à saúde.

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

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

Na estruturação desse componente, foram mapeados os processos prioritários de trabalho relacionados à missão institucional da Agência e construídos indicadores de avaliação do seu desempenho. As diretrizes políticas estratégicas da Agência, o Contrato de Gestão, a Resolução Normativa n. 81, de 3/9/2004, e os demais normas regulamentadoras do setor de Saúde Suplementar nortearam tais escolhas.

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

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

As dimensões utilizadas na avaliação são:

- Implementação de processos regulatórios – PR.
- Desenvolvimento institucional – DI.
- Imagem institucional – II.

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

A metodologia utilizada procurou identificar o comportamento de cada indicador em relação ao alcance parcial ou total das metas estabelecidas, partindo da premissa de que a evolução dos valores obtidos em cada indicador constitui importante parte do processo de monitoramento e de apoio institucional.

2.3.2.3 METODOLOGIA

Tanto o componente de qualidade das operadoras como o componente de avaliação institucional são aferidos por índices de desempenho, calculados à partir da análise dos indicadores definidos pela ANS.

Na avaliação de desempenho das operadoras, os indicadores foram reunidos, como já vimos, em quatro dimensões, ponderadas proporcionalmente: atenção à saúde em 50%, estrutura e operação em 10%, econômico-financeira em 30% e satisfação do beneficiário em 10%. Os resultados obtidos compõem o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

Na elaboração do IDSS de um conjunto de operadoras por segmentação assistencial (médico-hospitalar e exclusivamente odontológico), há ponderação pelo número médio de beneficiários no período analisado, atribuindo zero quando não informado o sistema de informações de beneficiários. Na apresentação por operadoras, portanto, o IDSS será a média do conjunto.

As operadoras avaliadas são as que estão com registro ativo junto à ANS, no período analisado. As operadoras que iniciaram atividades ou ampliaram a cobertura assistencial comercializada no decorrer do período analisado só serão avaliadas no período seguinte, garantindo o período de 12 meses de atuação no mercado.

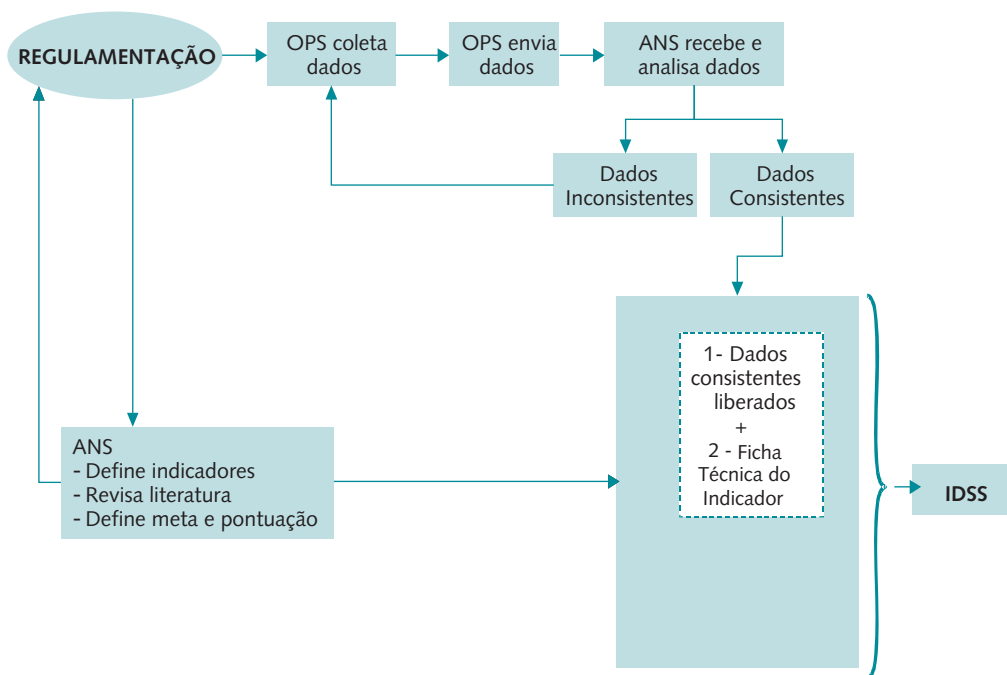
No primeiro processamento, referente à competência 2003, a identificação dos indicadores de atenção à saúde, que se constituiu no objeto de análise da qualificação das operadoras, foi realizada por intermédio dos dados informados no Sistema de Informação de Produtos (SIP/ANS). Nos processamentos seguintes, foi realizada a análise do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), que se reporta aos sistemas de registro de planos de saúde e de cadastro de planos anteriores à Lei nº. 9.656/98. A ANS utilizou este cruzamento para identificar a segmentação assistencial de atuação da operadora e, conseqüentemente, os indicadores que são devidos a ela.

Para a aferição do índice de desempenho da Saúde Suplementar, obtido à partir do cálculo de cada indicador, bem como para divulgação das informações complementares necessárias ao entendimento do processo, como metas e parâmetros utilizados, foram elaboradas fichas técnicas por indicador.

As etapas do processamento do IDSS encontram-se demonstradas na figura 6.

Figura 6

VISÃO GERAL DA ELABORAÇÃO DO IDSS



O índice de desempenho institucional é calculado à partir do somatório dos valores obtidos nas três dimensões de análise do componente de qualificação institucional, ponderadas da seguinte forma: 45% - PR; 35% - DI e 20% - II, variando de 0 a 1.

2.3.2.4 INDICADORES

Todos os indicadores do programa de qualificação da ANS são apresentados em fichas técnicas específicas. Foi utilizado o modelo de ficha técnica da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa/2002), que contém a conceituação dos seguintes aspectos:

- **Identificação** – nome do indicador.
- **Conceituação** – características que definem o indicador, a forma como ele se expressa, bem como sua delimitação em relação à forma, o espaço e ao tempo.
- **Método de cálculo** – fórmula utilizada para calcular o indicador e que define precisamente os elementos que a o compõem.
- **Definição de termos utilizados no indicador** – informações para compreensão do conteúdo dos termos que compõem o conceito, normalmente constante do glossário do sistema de coleta do dado.
- **Interpretação do indicador** – explicação sucinta do tipo de informação obtida e seu significado.
- **Usos** – principais formas de utilização do indicador gerado, que devem ser consideradas para fins de análise.
- **Parâmetros, dados estatísticos e recomendações** – valores de referência locais, nacionais e/ou internacionais, disponíveis para análise comparativa da situação descrita pelo indicador e utilizados para definição da meta, quando houver. Os padrões ou parâmetros são expressões da amplitude das variações conhecidas de um indicador.
- **Meta** – valor pretendido, em relação ao parâmetro, a ser alcançado no período de análise, levando-se em conta as diretrizes da ANS para o setor e a segmentação assistencial de atuação da operadora.
- **Fonte** – sistemas ou rotinas responsáveis pela coleta e pelo tratamento dos dados utilizados para o cálculo do indicador.
- **Ações esperadas para causar impacto positivo no indicador** – ações de saúde em qualquer nível de atenção ou atividades afins, cujo resultado proporciona uma aproximação do resultado do indicador ao estabelecido como meta.
- **Limitações e vieses** – fatores que restringem a interpretação do indicador referente tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.
- **Referências** – publicações utilizadas para subsidiar a elaboração da ficha técnica do indicador, quando houver.

2.3.2.5 INDICADORES DE AVALIAÇÃO DAS OPERADORAS⁴⁹

Os indicadores da dimensão de avaliação da qualidade da atenção à saúde foram inicialmente elaborados tendo por base a execução de procedimentos e, no futuro, devem ser substituídos pelo acompanhamento de beneficiários. Por exemplo: taxa de mamografia em que há meta específica para grupos de mulheres identificadas como de risco, conforme explicitado na ficha técnica do indicador.

Os parâmetros devem ser revisados a cada processamento. As metas dos indicadores da dimensão de atenção à saúde são definidas principalmente com base nas metas recomendadas por organismos internacionais, identificadas na literatura, obtida na base de dados da ANS ou do SUS.

As metas dos indicadores da dimensão econômico – financeira foram definidas considerando se o desempenho da operadora, do grupo de operadoras da mesma classificação e/ou do setor Saúde Suplementar.

Na dimensão de estrutura e operação, as metas foram definidas conforme estabelecido nos normativos da ANS, no caso do indicador de taxa de regularização, e com base na medida da tendência central do estrato, nos demais indicadores.

A meta do indicador de satisfação do beneficiário é que não haja ocorrência de nenhum auto de infração.

I. Pontuação

É a valoração do grau de alcance da meta, utilizando critérios fixados concomitantemente ao estabelecimento da meta. A graduação é composta de 4 níveis com os seguintes critérios:

- Nível 0 – identifica ausência das condições necessárias à geração do indicador, seja pelo não-envio total ou parcial dos dados do período analisado, seja por identificação de inconsistências dos dados, seja por condições de baixíssimo alcance da meta.
- Nível 1 – identifica condições de baixo alcance da meta estabelecida para o indicador.
- Nível 2 – identifica condições intermediárias de alcance da meta estabelecida para o indicador.

⁴⁹ Quadros de indicadores no Anexo II.

- Nível 3 – identifica condições de alcance da meta estabelecida para o indicador.

A pontuação atribuída a cada nível valora quantitativamente o indicador de acordo com os critérios definidos na ficha técnica, determinada com base no grau de governabilidade das ações necessárias para alcançar o desempenho esperado pela ANS, variando de 1 a 3 pontos.

2.3.2.6 INDICADORES DE AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL⁵⁰

Os critérios utilizados pela ANS para estabelecer os pesos para cada indicador do componente qualificação institucional sustentam-se na concepção do triângulo de governo desenvolvido por Carlos Matus, no contexto do planejamento estratégico situacional.

Foram considerados como variáveis de análise para atribuição de pesos aos indicadores os seguintes atributos: missão institucional, governabilidade e capacidade de governo.

A missão institucional contém as principais linhas de ação propostas pelo plano de governo, bem como as estratégias para implementá-las. A governabilidade diz respeito à possibilidade de o corpo dirigente intervir nas variáveis sobre as quais ele tem controle e sobre as que não tem, representando seu capital político. Capacidade de governo é a capacidade que o governante tem de gerenciar, administrar e controlar determinados processos, configurando, então, seu sistema de direção e planejamento.

Essas três variáveis, embora de naturezas distintas, condicionam-se mutuamente e aludem à complexidade do processo de gestão da Agência. Assim, para cada indicador, foi atribuído um peso que variou de 1 a 3, dependendo da correlação estratégica e situacional. Para cada atributo atendido, o indicador recebe um ponto. No caso do indicador atender apenas um atributo, por exemplo, governabilidade, recebe peso 1 e assim por diante.

⁵⁰ Quadros de indicadores no Anexo II.

2.3.2.7 ÍNDICES DE DESEMPENHO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

O Índice de Desempenho na Saúde Suplementar (IDSS) é calculado pela razão entre a pontuação obtida (O) e a pontuação estabelecida pela ANS (E), utilizando-se a fórmula O/E, variando de zero a um.

- Pontuação obtida (O).
- Pontuação estabelecida pela ANS (E).

Os valores próximos a 1 indicam que a atuação da operadora aproxima-se do estabelecido pela ANS, na fase e no período analisados. Valores próximos a zero indicam que a atuação da operadora está longe do estabelecido pela ANS, na fase e no período analisado.

- **Índice de Desempenho – IDSS do Indicador**

Pontuação obtida pela operadora no indicador

Pontuação estabelecida pela ANS para o indicador

- **Índice de Desempenho – IDSS da Dimensão**

Total de pontos obtidos pela operadora nos indicadores da dimensão

Total de pontos estabelecidos pela ANS para os indicadores da dimensão

- **Índice de Desempenho – IDSS da Operadora**

(IDSS Atenção à Saúde x 0,5) + (IDSS Econômico - Financeiro x 0,3) + (IDSS Estrutura e Operação x 0,1) + (IDSS Satisfação do Beneficiário x 0,1)

- **IDSS do conjunto de operadoras “agregações por segmentação, modalidade e/ou porte”**

(IDSS da OPS¹, do conjunto "A" x n. médio de beneficiários da OPS¹) +
(IDSS da OPS², do conjunto "A" x n. médio de beneficiários da OPS²) + (IDSS da OPSⁿ do
conjunto "A" x n° médio de beneficiários da OPSⁿ)

Número médio de beneficiários das operadoras do conjunto "A"

2.3.2.8 ÍNDICE DE DESEMPENHO INSTITUCIONAL (IDI/ANS)

É calculado pela razão entre a pontuação obtida (O) e a pontuação estabelecida pela ANS (E), utilizando-se a fórmula O/E.

$$\frac{\text{Pontuação obtida (O)}}{\text{Pontuação estabelecida pela ANS (E)}}$$

O índice de desempenho institucional é calculado à partir do somatório dos valores obtidos nas três dimensões de análise do componente de qualificação institucional.

A pontuação das dimensões é obtida pelo somatório dos valores observados dividido pelo somatório dos valores esperados de cada um dos indicadores que as compõem.

2.3.2.9 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DAS OPERADORAS

Os resultados obtidos à partir da avaliação das operadoras foram divulgados pela ANS em maio e dezembro de 2005 (primeira fase) e em setembro de 2006 (segunda fase) e constam do Anexo II.

Na primeira fase, foram divulgados os resultados gerais do IDSS (anexo II), ou seja, por segmento (médico-hospitalar e exclusivamente odontológico), por porte das operadoras (pequena, média e grande), por modalidade (autogestão patrocinada, cooperativa médica, medicina de grupo, filantrópica, seguradoras, cooperativa odontológica e odontologia de grupo). Foram avaliadas 1986 operadoras (quadro 18), sendo que 1002 obtiveram IDSS= Ø, por não envio dos sistemas de informação, 136 não foram avaliadas em alguma das dimensões e 848 foram avaliadas em todas.

Quadro 18

OPERADORAS ANALISADAS POR MODALIDADE E SEGMENTO⁵¹; ANO DE ANÁLISE: 2004

Modalidade	Lista 1		Total	Lista 2*	Lista 3**	Total
	IDSS= zero em uma dimensão por não envio de algum sistema ou inconsistência grave.	IDSS = zero por não envio de todos os sistemas				
Autogestão	42	18	60	2	48	110
Autogestão patrocinada	57	19	76	16	96	188
Cooperativa médica	164	13	177	10	170	357
Filantropia	36	-	36	4	63	103
Medicina de grupo	262	137	399	79	191	669
Seguradora especializada em saúde	3	-	3	-	9	12
Total	564	187	751	111	577	1.439
Cooperativa odontológica	35	10	45	5	104	154
Odontologia de grupo	118	88	206	20	167	393
Total	153	98	251	25	271	547
Total	717	285	1.002	136	848	1.986

*Não avaliadas em uma ou mais dimensões

**Avaliadas em todas as dimensões

Fonte: SIB, SIP e CADOP.

Fonte: SIB, SIP e CADOP.

O grande número de empresas que obtiveram pontuação mínima foi decorrente do não-envio das informações exigidas pela agência ou do envio de informações inconsistentes ou incompletos. Alguns fatores motivaram tal situação, entre eles:

- um número razoável de operadoras mantém registro ativo, mas não possui beneficiários e não encaminha as informações exigidas;
- por interpretação errônea da legislação, algumas operadoras julgam que não estão submetidas à regulação da ANS;
- algumas operadoras não processam a informação em saúde como insumo estratégico de gestão;
- algumas operadoras têm dificuldades de relacionamento com os prestadores de serviço, provocando a baixa qualidade das informações, entre outros.

⁵¹ *Não avaliadas em uma ou mais dimensões

**Avaliadas em todas as dimensões

Essas operadoras, por não cumprirem as normas da ANS, foram autuadas e poderão ser multadas, caso não encaminhem os sistemas de informações.

Foram avaliadas 848 operadoras nas quatro dimensões, que representaram 27.695.864 beneficiários (Anexo II – Quadro X). Em função do pequeno número de indicadores, a ANS optou, naquele momento, por divulgar os resultados de maneira parcial, ou seja, não foram divulgados os índices do desempenho, nominalmente, exceto as 1002 que obtiveram zero. A lista destas operadoras foi divulgada pela Agência e estão disponibilizadas no site da ANS (www.ans.gov.br).

Os índices de desempenho (IDSS) da primeira fase estão disponibilizados no Anexo II nos Quadros de XI a XXI.

Na segunda fase do programa, houve incorporação de 13 indicadores, aumentando o número de indicadores avaliados para 41. O maior aumento ocorreu na atenção à saúde, com a incorporação nas diversas linhas de cuidado, sendo 7 na linha materna neonatal, 4 na linha cardiovascular, 6 na linha de neoplasias e 5 na saúde bucal. Na dimensão econômica financeira foram inseridos mais 2 indicadores, que analisam fundamentalmente as garantias financeiras e a solvência das operadoras, totalizando 10 indicadores.

Na dimensão de estrutura e operação, foram acrescidos mais 2 indicadores, totalizando 7. E na dimensão da satisfação dos beneficiários foi incorporado um indicador, no total de 2.

As fichas técnicas de todos os indicadores utilizados encontram-se na página da internet da ANS.

No quadro 18, consta o número de operadoras avaliadas na segunda fase do programa. Apesar do aumento do número de operadoras (1108) que obtiveram a nota mínima, por não envio ou por envio de informações inconsistentes, eles representam apenas em torno de 8 milhões de beneficiários.

Quadro 19

OPERADORAS ANALISADAS POR SEGMENTO E PORTE; ANO DE ANÁLISE: 2005

Modalidade	IDSS zero por não envio de nenhum sistema.	IDSS zero por Inconsistência em todos os indicadores em alguma dimensão	Subtotal	Não avaliadas em uma ou mais dimensões	Avaliadas em todas as dimensões	Total
Autogestão	18	37	55	2	52	109
Autogestão patrocinada	22	59	81	3	110	194
Cooperativa médica	13	113	126	3	238	367
Filantropia	3	31	34	-	74	108
Medicina de grupo Seguradora	168	281	449	14	237	700
Especializada em saúde	-	-	-	-	12	12
Total	224	521	745	22	723	1.490
Cooperativa odontológica	13	62	75	1	81	157
Odontologia de grupo	88	200	288	11	102	401
Total	101	262	363	12	183	558
Total	325	783	1.108	34	906	2.048

Fonte: SIP, SIB e CADOP.

Foram avaliadas 906 operadoras em todas as dimensões, totalizando 34 milhões de beneficiários. O aumento em relação à primeira fase foi de 7 milhões, indicando o esforço da ANS e das operadoras no sentido de melhorar a qualidade das informações encaminhadas e sugerindo que a política de qualificação pode se constituir em ferramenta importante da mudança do setor.

Nesta fase, em função do aumento do número de indicadores e da maior amplitude dos resultados, a ANS tomou a decisão de divulgar os resultados das operadoras avaliadas por modalidade, porte e índice de desempenho, em quatro intervalos de pontuação: de 0 a 0,25, de 0,25 a 0,50, de 0,50 a 0,75 e de 0,75 a

1,00. As listas das operadoras estão disponibilizadas no site da ANS. A divulgação consolida a função indutora do programa e possibilita maior transparência do setor.

No Anexo II, os resultados gerais por segmento, dimensão e porte e os resultados específicos da segunda fase por modalidade, porte, dimensão e intervalos do IDSS demonstram a melhoria da qualidade das informações em relação à primeira fase.

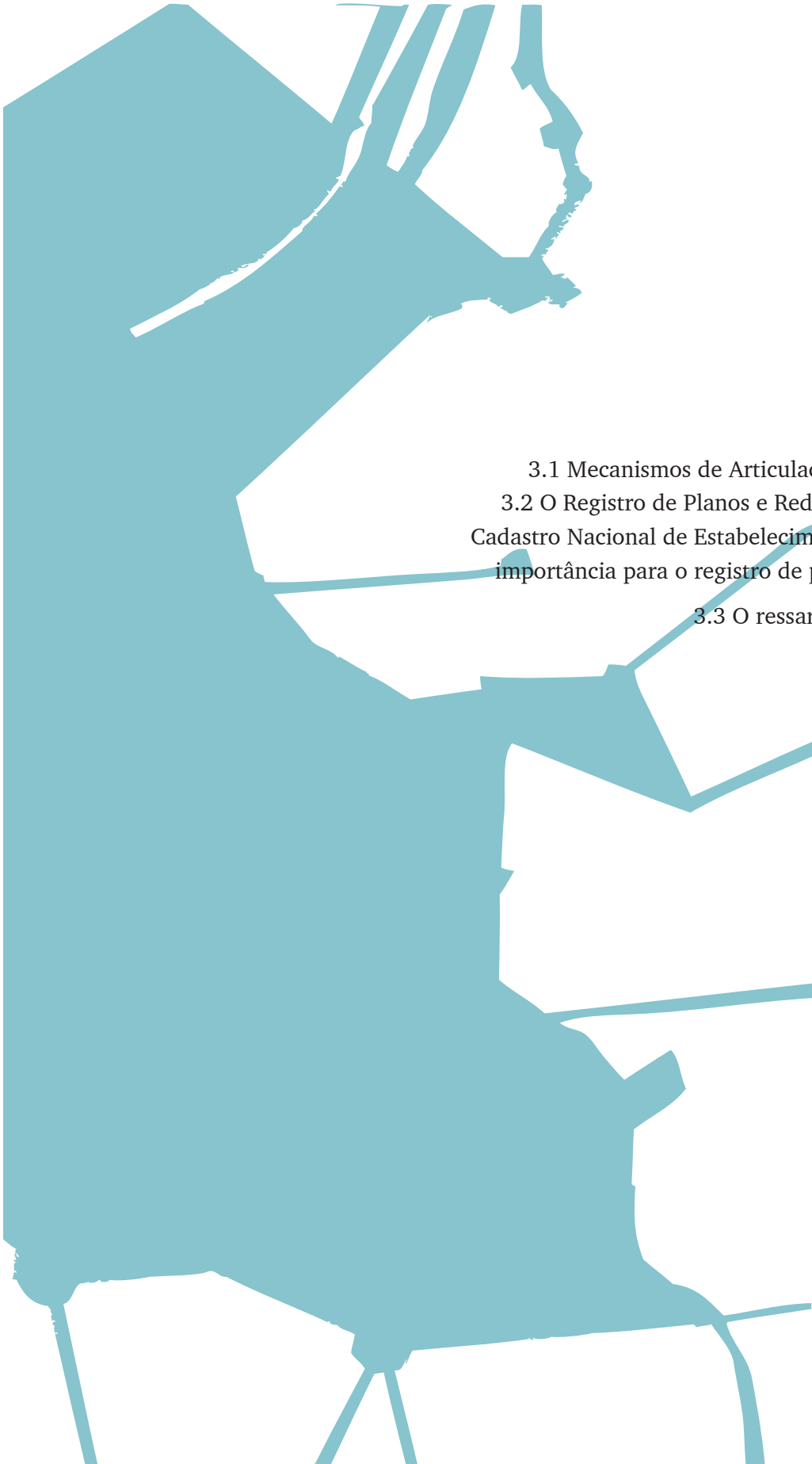
A maioria das operadoras, em torno de 90%, ficou situada nos intervalos de 0,25 a 0,50 e 0,50 a 0,75. Foram excluídas 18 operadoras, da lista de 906, que se encontravam em regime especial (direção técnica, direção fiscal ou liquidação extrajudicial).

2.3.2.10 AVANÇOS

A análise do programa de qualificação da Saúde Suplementar sugere que houve avanços na nova perspectiva de regulação do setor.

Os avanços podem ser encarados como alavanca na reestruturação do setor e na melhoria de qualidade da atenção à saúde dos beneficiários, possibilitando, a médio e longo prazo, o alcance de metas necessárias, tais como:

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

- 
- 3.1 Mecanismos de Articulação Institucional
 - 3.2 O Registro de Planos e Rede Prestadora e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: importância para o registro de planos e seguros
 - 3.3 O ressarcimento ao SUS

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

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

Essa denominação integra a classificação utilizada pelas seguradoras e significa a opção de pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público por meio de um sistema nacional de saúde. Bahia, 1997⁵²

Para a OECD⁵³, existem quatro categorias de assistência: suplementar, complementar, duplicada e principal. Cabe observar que, de acordo com essa classificação, uma categoria não exclui outra, podendo o setor de planos e seguros de saúde ter características de mais de uma categoria no mesmo país, dependendo do desenvolvimento do setor público de saúde e da política governamental para o setor em cada país. Nessa classificação, os planos e seguros privados de saúde que oferecem cobertura não ofertada pelo setor público desempenham um papel

⁵³ A OECD foi criada em 1961, com sede em Paris. É uma organização de trinta países desenvolvidos, que seguem os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado.

de complementaridade em relação ao setor público. No caso brasileiro, que possui um sistema universal e que garante o atendimento integral como incluir, na ótica da OECD, o setor suplementar? Poder-se-ia dizer, por exemplo, que seriam suplementares os serviços de hotelaria oferecidos por unidades hospitalares que não são oferecidos pelo SUS?

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

Uma vez que temos sistemas paralelos, público e privado, um sistema de “duas camadas” (*two-tiers*), em que a diferenciação do acesso aos serviços é dada pela existência ou não do vínculo com o seguro privado no qual as pessoas que têm planos privados de saúde podem ir aos serviços públicos uma vez que a filosofia constitucional de nosso país define que os cuidados de saúde devem ser alocados com base na necessidade e não na capacidade de pagar ⁵⁴. OCKÉ-REIS, tradução livre.

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

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

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

⁵⁴ OCKÉ-REIS, Challenges of the Private Health Plans Regulation in Brazil, Texto para discussão n° 1013, IPEA, Rio de Janeiro, março de 2004, disponível em http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Artigo_Challenges.pdf

3.1 Mecanismos de articulação institucional

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

3.1.1 Encontros de integração com o SUS

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

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

O I Encontro de Integração com o SUS foi realizado em novembro de 2004, no Rio de Janeiro, reunindo a Região Sudeste. Seguiram-se os encontros de Belém, Recife, Curitiba e Brasília, cada qual reunindo suas respectivas regiões.

A programação dos encontros regionais contemplou os temas citados

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

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

3.1.1.1 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

A ANS vem estimulando essas mudanças por meio do projeto qualificação da Saúde Suplementar.

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

3.1.1.2 REGULAÇÃO DA OFERTA E DEMANDA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Nesses encontros, os participantes perceberam a importância de um planejamento integrado do setor de Saúde Suplementar com o setor público, para o estabelecimento de uma regulação assistencial articulada.

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

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

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

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

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

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

3.1.1.3 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

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

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

3.1.1.4 INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA

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

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

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

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

3.1.2 Avaliação e incorporação de tecnologia em saúde – Encontro de gestão de tecnologias em Saúde Suplementar

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

O diagnóstico, resultante anteriormente da conjugação das percepções de médicos e doentes, cedeu lugar a critérios e evidências cada vez mais objetivos. Os novos métodos diagnósticos, surgidos à partir da segunda metade do Século XIX, relacionavam-se a quatro grandes conjuntos de técnicas:

- visualização de lesões de estruturas anatômicas;
- visualização de microorganismos;
- análise bioquímica para identificação de alterações funcionais;
- identificação de alterações fisiopatológicas⁵⁵.

Essa evolução dos métodos determinou, principalmente após a segunda guerra mundial, o desenvolvimento das indústrias de equipamentos, materiais médicos e medicamentos.

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

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

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

⁵⁵ Caetano, R. "Inovações e Trajetórias Tecnológicas no território das Imagens Médica" Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro. 2002.

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

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

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

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

Em fevereiro deste ano, a ANS realizou, no Rio de Janeiro, um encontro entre representantes de operadoras, técnicos e gerentes da ANS, da Anvisa e do Ministério da Saúde, voltado para a construção de uma política de gestão de tecnologias no setor de Saúde Suplementar.

Foram compartilhadas experiências e estratégias, adotadas pelas operadoras no processo de incorporação tecnológica, e identificadas as possibilidades de parcerias com outros órgãos de governo.

A ANS apresentou algumas de suas iniciativas para a efetivação do processo de gestão e incorporação tecnológica.

- Revisão do rol de procedimentos para a possível inclusão de procedimentos com comprovada eficácia.

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

Deste encontro foram tiradas algumas propostas de ação, que passam, desde a identificação de outras experiências de gestão de tecnologia em saúde visando o uso racional de recursos até a elaboração de uma proposta baseada nas experiências identificadas. Para tanto, ficou acertada a formação de um grupo técnico de trabalho com representantes de operadoras, prestadores, AMB, Conselho Federal de Medicina, gestores do SUS e do Ministério Público.

O trabalho deste grupo técnico deverá ser validado e submetido à Consulta pública e, posteriormente, ser publicado sob a forma de uma resolução normativa da ANS sob o tema.

3.1.3 Troca de Informações em Saúde Suplementar

A ANS instituiu por meio da Resolução Normativa n. 114, de 25 de outubro de 2005, o padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de planos e seguros de saúde sobre os eventos de saúde realizados em seus beneficiários, o padrão Tiss. Criou ainda, pela mesma RN, um Comitê de Padronização da Informação em Saúde, de caráter consultivo, o Copiss, que conta com a participação de entidades representativas do setor – poder público, operadoras de planos e seguros de saúde, prestadores de serviços, entidades de consumidores e instituições de ensino e pesquisa, que tem como função o desenvolvimento e aperfeiçoamento do padrão Tiss.

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

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

Para uma adequada utilização das informações, é necessário que elas sejam padronizadas, visto que o setor convive com uma grande multiplicidade de fontes e termos de saúde (são mais de 150.000 termos médicos); existe uma diversidade de plataformas de *software e hardware* utilizados pelo setor; e a necessidade de realização de estudos clínicos e epidemiológicos exige que os sistemas de informações sejam intercambiáveis.

O padrão Tiss é composto por três partes: o padrão de conteúdo e estrutura, o padrão de representação de conceitos em saúde e o padrão de comunicação:

- **O padrão de conteúdo e estrutura** constitui modelo de apresentação dos eventos realizados no beneficiário e compreende as guias e os demonstrativos de retorno utilizados no padrão Tiss.
- **O padrão de representação de conceitos em saúde** constitui conjunto padronizado de terminologias, códigos e descrições utilizados no padrão Tiss.
- **O padrão de comunicação** define a linguagem para se estabelecer comunicação entre os sistemas de informação das operadoras de plano privado de assistência à saúde e os sistemas de informação dos prestadores de serviços de saúde e as transações eletrônicas.

Os padrões de segurança utilizados no TISS obedecem a normas de segurança e privacidade já existentes, como os recomendados em resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), no manual de requisitos de segurança, conteúdo e funcionalidades para sistemas de registro eletrônico em saúde (RES), na publicação conjunta do CFM e da sociedade brasileira de informação em saúde e em resoluções da ANS.

Para a implantação do padrão TISS, a ANS estabeleceu prazos diferenciados, iniciando pela implantação das guias padrão em papel (Anexo X) e, a seguir, a implantação do padrão de troca eletrônica, com prazos diferentes, de acordo com a complexidade do prestador de serviço. A primeira etapa desta troca eletrônica será constituída por hospitais gerais e especializados, hospitais-dia e pronto-socorros gerais e especializados.

3.2 O Registro de Planos e Rede Prestadora e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: importância para o registro de planos e seguros

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

Os mais diferentes setores e atores da saúde vêm abordando estas questões, fundamentais para os gestores do SUS. Na formulação de Bahia e Viana, “esse grande mercado privado – profissionais médicos, ambulatorios, hospitais, serviços diagnóstico-terapêuticos, laboratórios – vende serviços de saúde tanto para o setor público como para os planos e seguros privados”⁵⁶. Segundo Santos, “existem diferentes formatos para o credenciamento dos estabelecimentos de saúde privados, sendo que um mesmo estabelecimento pode ser conveniado ao SUS, credenciado

⁵⁶ Bahia, L. & Viana, A.L.: http://www.ans.gov.br/portal/upload/aans/publicacoes/livro_regulacao_e_saude.pdf

a uma ou mais operadoras de plano e/ou seguro de saúde e ainda pode vender seus serviços para indivíduos e famílias de forma privada direta. Dependendo do prestador, ele também pode ser a própria operadora de planos de saúde, como é o caso de vários hospitais filantrópicos”⁵⁷.

O tema foi bastante discutido, em 2003, no Fórum da Saúde Suplementar, coordenado pela ANS, de onde saíram contribuições importantes a serem utilizadas como subsídios para o contínuo debate desse assunto.

(...) todas as empresas e inclusive o SUS possuem uma rede de provedores, se não coincidente, como no caso dos municípios do interior, bastante semelhante, como nas grandes metrópoles. Bahia⁵⁸, 1999

Nesse sentido, Almeida⁵⁹ faz uma leitura essencial ao assunto quando escreve que “a superposição de diferentes formas de remuneração em uma mesma unidade de saúde evidencia não apenas a importância do SUS para a oferta de serviços privados no país, mas também as enormes disparidades regionais em relação à dependência dos prestadores do SUS e/ou de planos e seguros privados”.

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

⁵⁷ Santos, I. S.: O Setor de planos e seguros de saúde e a saúde do trabalhador: que rumo devemos seguir?. http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAabrangenciadaregulacao/3_IsaeresSantos_SetorPlanosSeguros.pdf

⁵⁸ Bahia, L.: Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil. Tese, 1999.

⁵⁹ Almeida, C.: O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar.

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

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

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

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

A ANS, ao publicar as resoluções normativas para a contratualização⁶⁰ entre prestadores de serviços, hospitais, clínicos ou profissionais de saúde e as operadoras de planos de saúde contribuiu na aceleração do processo de cadastramento dos estabelecimentos junto aos gestores locais. Por conseguinte, o CNES se tornou-se

⁶⁰ RN/42 Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos Jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares, entre eles o registro da entidade hospitalar no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS n. 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS n. 511, de 2000.

RN/49 Acrescenta parágrafo único no art. 3º da Resolução – RN n. 42, de 04 de julho de 2003, estabelecendo que a informação sobre o código do CNES da entidade deverá ser incorporada em aditivo contratual específico a ser firmado no prazo máximo de trinta dias, contados da data da sua divulgação no sítio www.datasus.gov.br

RN/54 Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais

um instrumento de integração de ações do Ministério da Saúde, além de orientar as ações de planejamento em saúde no âmbito do SUS e do setor privado de planos e seguros de saúde. A ANS estipulou que, no fim de 2006, as operadoras só podem vincular (ou ter vinculado) à sua rede prestadora de serviços os estabelecimentos com código do CNES.

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

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

Essas variáveis foram agrupadas conforme quadro 20, a seguir.

vinculadas aos planos privados de assistência à saúde que operam, mediante instrumentos formais jurídicos a serem firmados nos termos e condições estabelecidos por esta Resolução Normativa, com exigência do registro da entidade no CNES.- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS n. 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS n. 511, de 2000.

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

Quadro 20

TIPOS DE CONVÊNIOS, SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO CNES

DESCRIÇÃO DO TIPO DE CONVÊNIO	CLASSIFICAÇÃO UTILIZADA
SUS	APENAS SUS
PARTICULAR	EXCETO SUS
PLANO/SEGURO PRÓPRIO	EXCETO SUS
PLANO/SEGURO TERCEIRO	EXCETO SUS
PLANO DE SAÚDE PÚBLICO	EXCETO SUS
PLANO DE SAÚDE PRIVADO	EXCETO SUS

Fonte : Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - ANS/MS - 07/09/2006

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

Quadro 21

CLASSIFICAÇÃO DA NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO, SEGUNDO O CNES

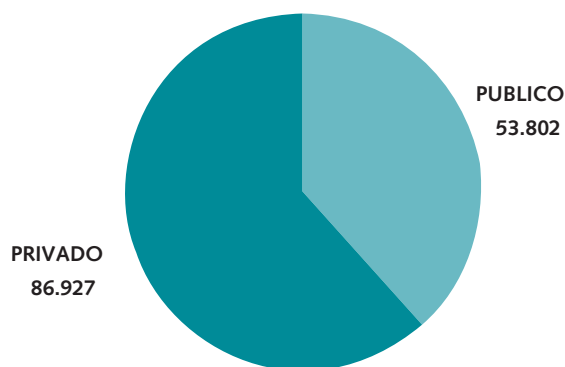
Código	Descrição da Natureza da Organização	Tipo
1	ADMINISTRAÇÃO DIRETA DA SAÚDE (MS,SES e SMS)	Público
2	ADMINISTRAÇÃO DIRETA DE OUTROS ÓRGÃOS (MEC,MEEx,Marinha e outros)	Público
3	ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – AUTARQUIAS	Público
4	ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – FUNDAÇÃO PÚBLICA	Público
5	ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – EMPRESA PÚBLICA	Público
6	ADMINISTRAÇÃO INDIRETA – ORGANIZAÇÃO SOCIAL PÚBLICA	Público
7	EMPRESA PRIVADA	Privado
8	FUNDAÇÃO PRIVADA	Privado
9	COOPERATIVA	Privado
10	SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO	Privado
11	ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS	Privado
12	ECONOMIA MISTA	Privado
13	SINDICATO	Privado

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – ANS/MS – 07/09/2006.

Atualmente, o CNES já tem cadastrado cerca de 140.700 estabelecimentos de saúde, sendo que 38% de natureza pública e 62% de natureza privada.

Gráfico 19

NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE REGISTRADOS NO CNES, SEGUNDO A NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – ANS/MS – 07/09/2006.

Existem **6.669** hospitais (hospital geral, especializado e hospital-dia isolado) cadastrados no CNES, sendo que **1.976** (30%) são de natureza pública e **4.693** (70%) privados. Destes, **3.355** informam que têm convênio com o SUS e **82%** destes também informam ter convênio com o particular (ver no quadro 20 o que está sendo compreendido como “*exceto SUS*”). Consideramos que os hospitais cadastrados como atendimento apenas particular prestam serviços a operadoras de planos de saúde, ou seja, cerca de **60%** (**2.762**) dos hospitais de natureza privada têm alguma ligação com o serviço público e o privado.

Observa-se que a rede hospitalar privada está fortemente vinculada ao gestor municipal (**49%**), cabendo ao gestor estadual **19%** e estando em gestão dupla **32%** dessa rede.

Outra preocupação é a dupla porta dos hospitais públicos, muitas vezes operacionalizada com auxílio de fundações – empresas privadas. Porém, pelo CNES, esse dado não pode ser confirmado. Encontramos, dentre os hospitais públicos, **81** com convênio particular, sendo que **58%** destes estão sob a gestão da administração direta da saúde (MS, SES e SMS).

No quadro 22, pode-se observar que serviços básicos (unidades básicas, postos de saúde, unidades mistas, hospital-dia, pronto-socorro geral, unidades de vigilância em saúde e centrais de regulação) encontram-se, fundamentalmente, sob gestão pública. Esses serviços representam **23%** (**32.809**) do total de estabelecimentos do CNES.

Quadro 22

PERCENTUAL DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, SEGUNDO O CNES

TIPO DE UNIDADE	PÚBLICO	PRIVADO	TOTAL
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	27.690	573	28.263
POSTO DE SAÚDE	11.725	178	11.903
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	2.799	16.370	19.169
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	2.390	0	2.390
CONSULTÓRIO ISOLADO	2.337	50.116	52.453
HOSPITAL GERAL	1.641	3.545	5.186
POLICLINICA	1.182	2.534	3.716
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	928	11.892	12.820
UNIDADE MISTA	838	121	959
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	776	39	815
PRONTO SOCORRO GERAL	463	63	526
HOSPITAL ESPECIALIZADO	280	912	1.192

Quando avaliamos a distribuição dos serviços de alta complexidade, segundo a sua natureza, encontramos mais serviços privados do que públicos em quase a totalidade dos estados brasileiros, quadro 23, a seguir:

Quadro 23

TIPO DE UNIDADE POR NATUREZA

TIPO DE UNIDADE	PÚBLICO	PRIVADO	TOTAL
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	257	0	257
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE-HOSP - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	181	56	237
FARMÁCIA	181	52	233
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	55	236	291
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	43	85	128
CENTRO DE PARTO NORMAL - ISOLADO	17	3	20
UNIDADE MÓVEL FLUVIAL	16	6	22
COOPERATIVA	0	140	140
SEM IDENTIFICAÇÃO			9
Total Global			140.729

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – ANS/MS – 07/09/2006.

Outro fator a ser considerado é a diminuição dos serviços que foram descritos na pesquisa IBGE/MAS 1999, conforme ilustram as figuras de 7 a 18, a seguir.

Figura 7

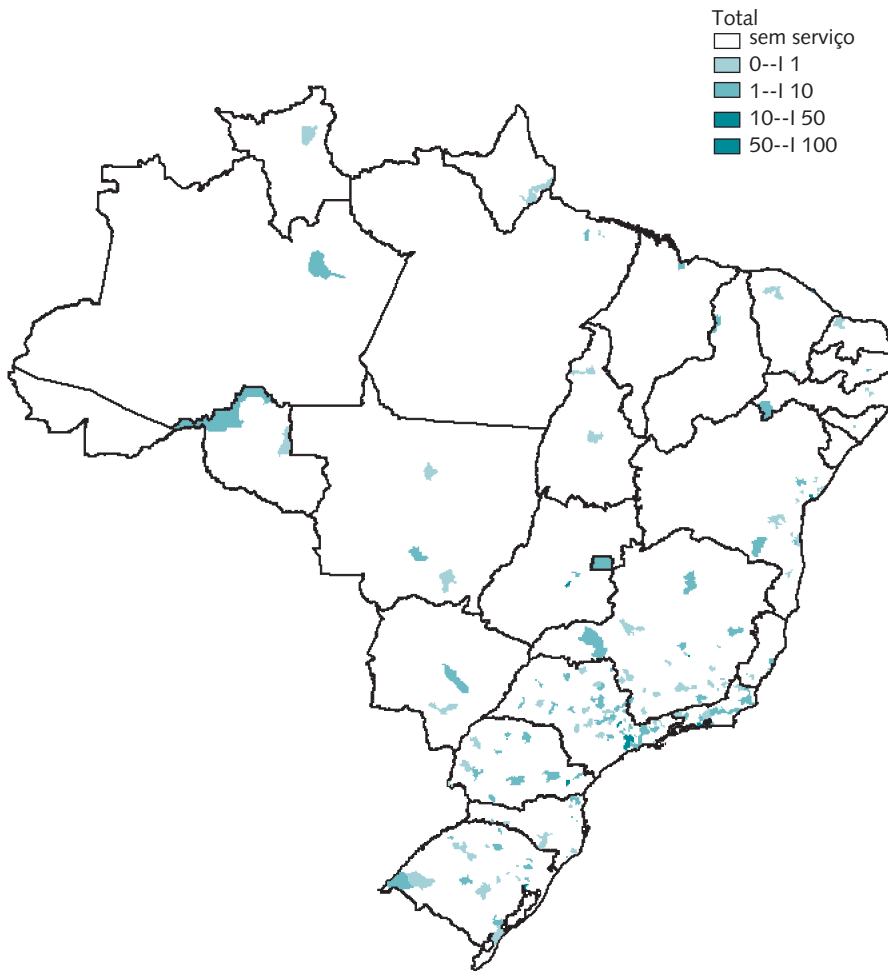
MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE QUIMIOTERAPIA, SEGUNDO PESQUISA
IBGE/AMS – 1999



Fonte: Datasus/MS.

Figura 8

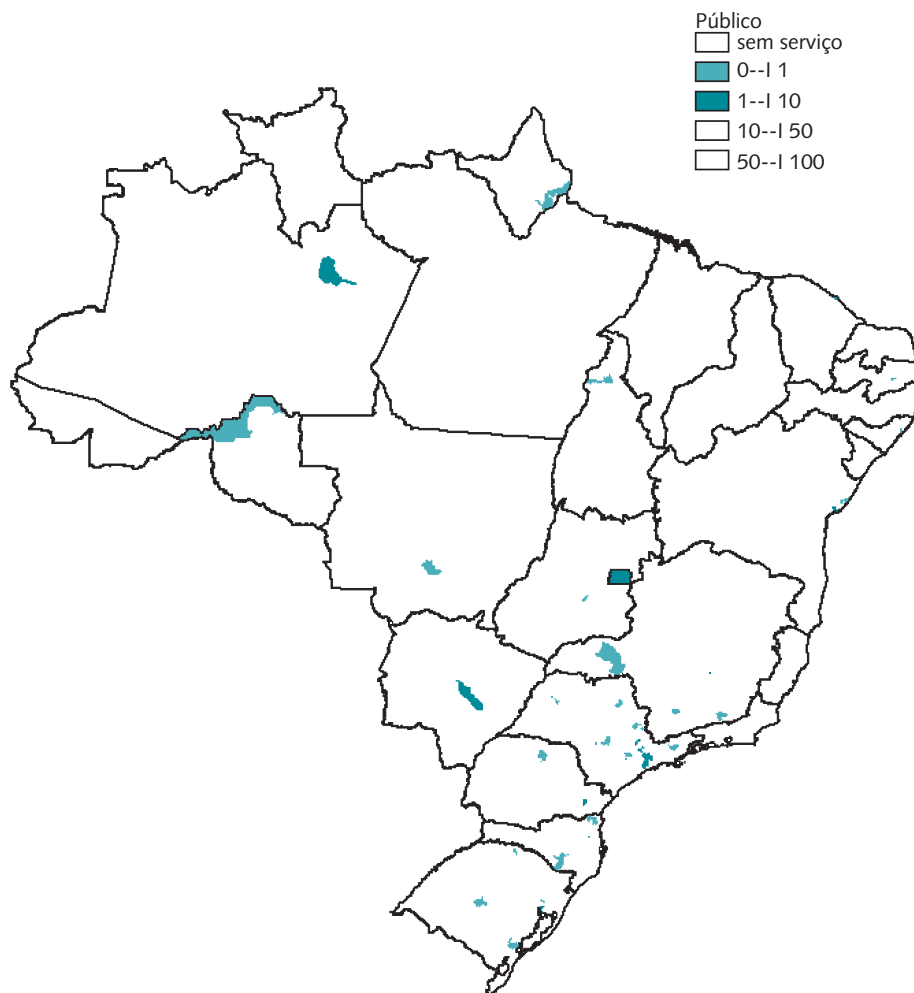
MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE QUIMIOTERAPIA EM ESTABELECIMENTOS DE NATUREZA PRIVADA E PÚBLICA, SEGUNDO CNES – 2006



Fonte: CNES - ANS/MS - 2006

Figura 9

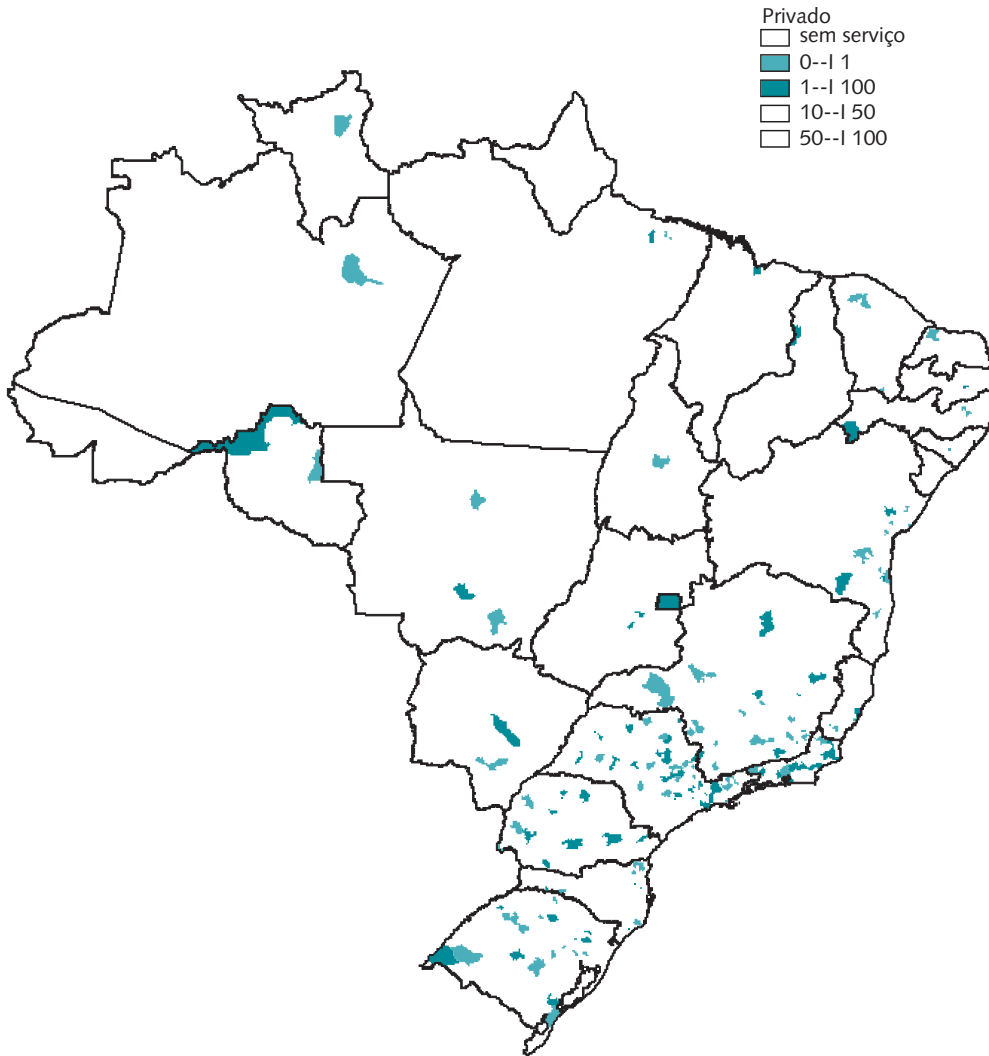
MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE QUIMIOTERAPIA EM ESTABELECIMENTOS DE NATUREZA PÚBLICA, SEGUNDO CNES – 2006



Fonte : CNES – ANS/MS – 2006.

Figura 10

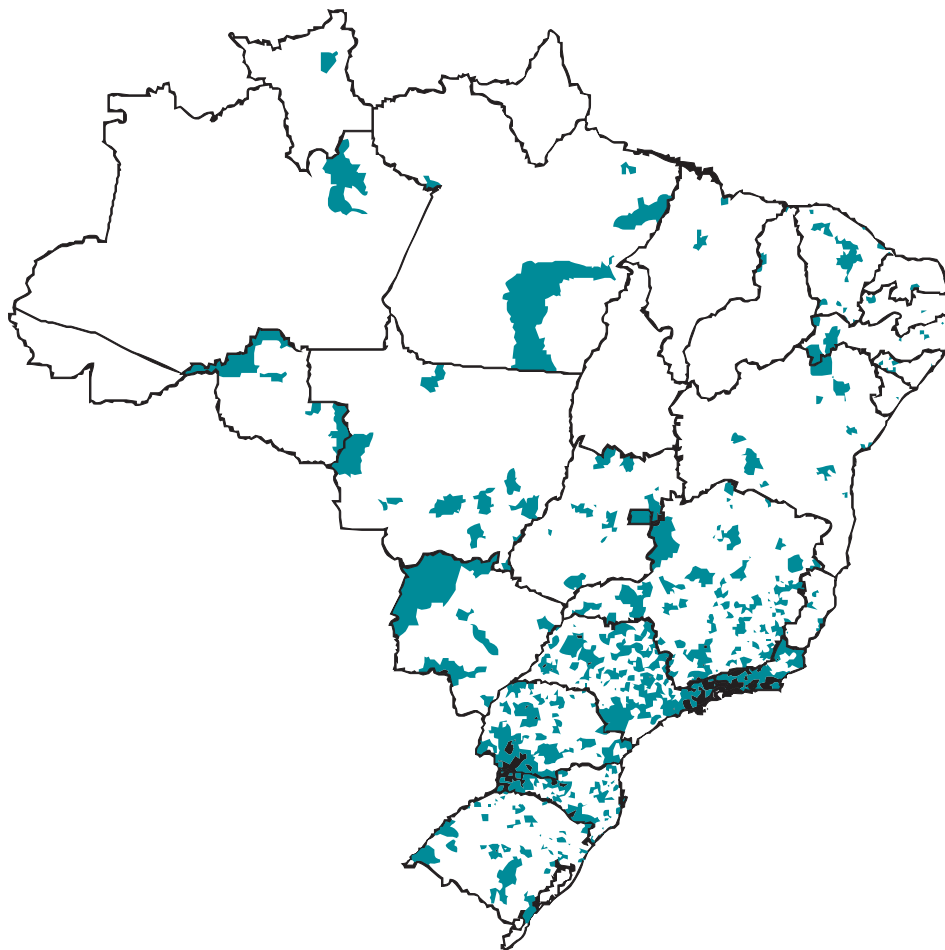
MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE QUIMIOTERAPIA EM ESTABELECIMENTOS DE NATUREZA PRIVADA, SEGUNDO CNES – 2006



Fonte : CNES – ANS/MS – 2006.

Figura 11

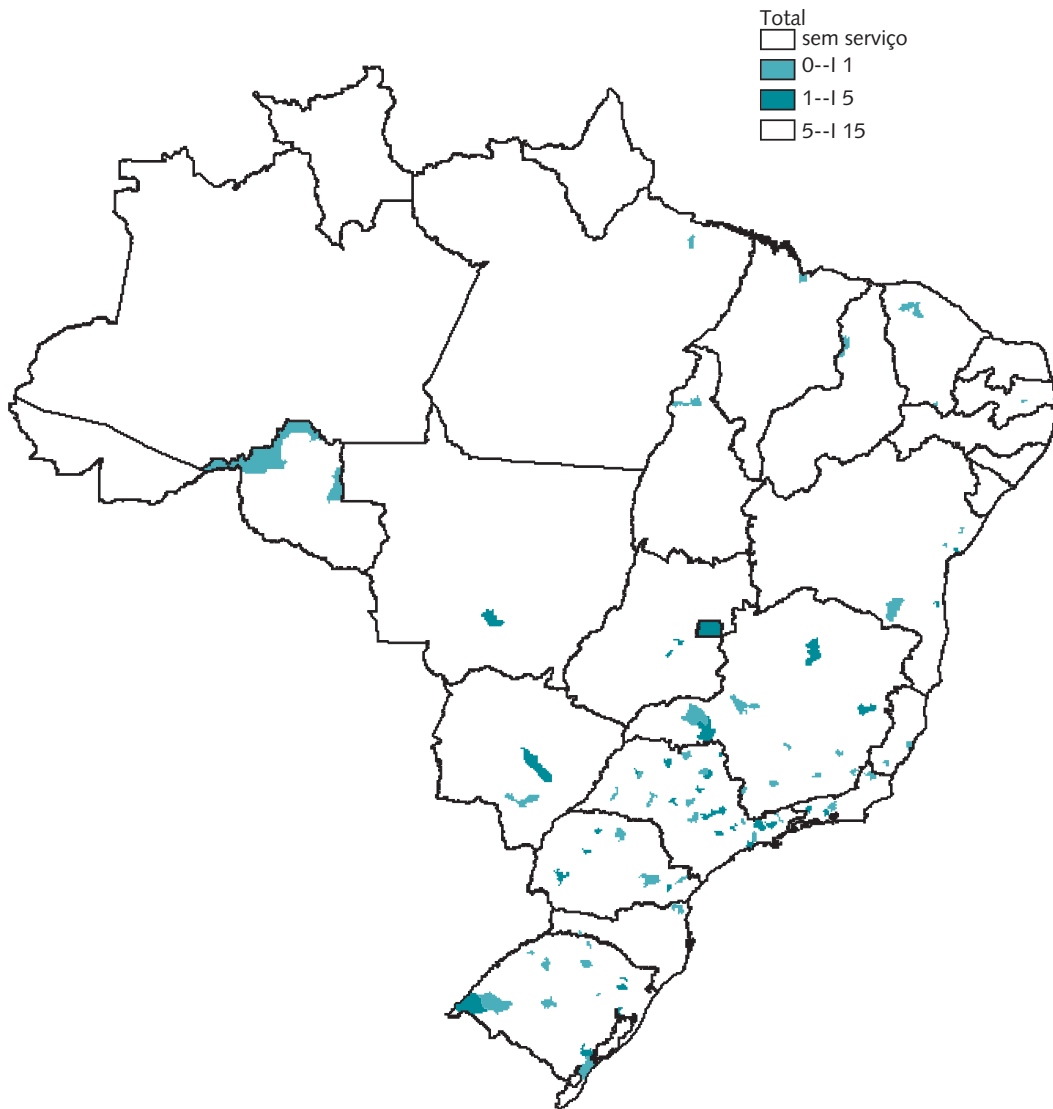
MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA, SEGUNDO PESQUISA
IBGE/AMS- 1999



Fonte: Datasus/MS

Figura 12

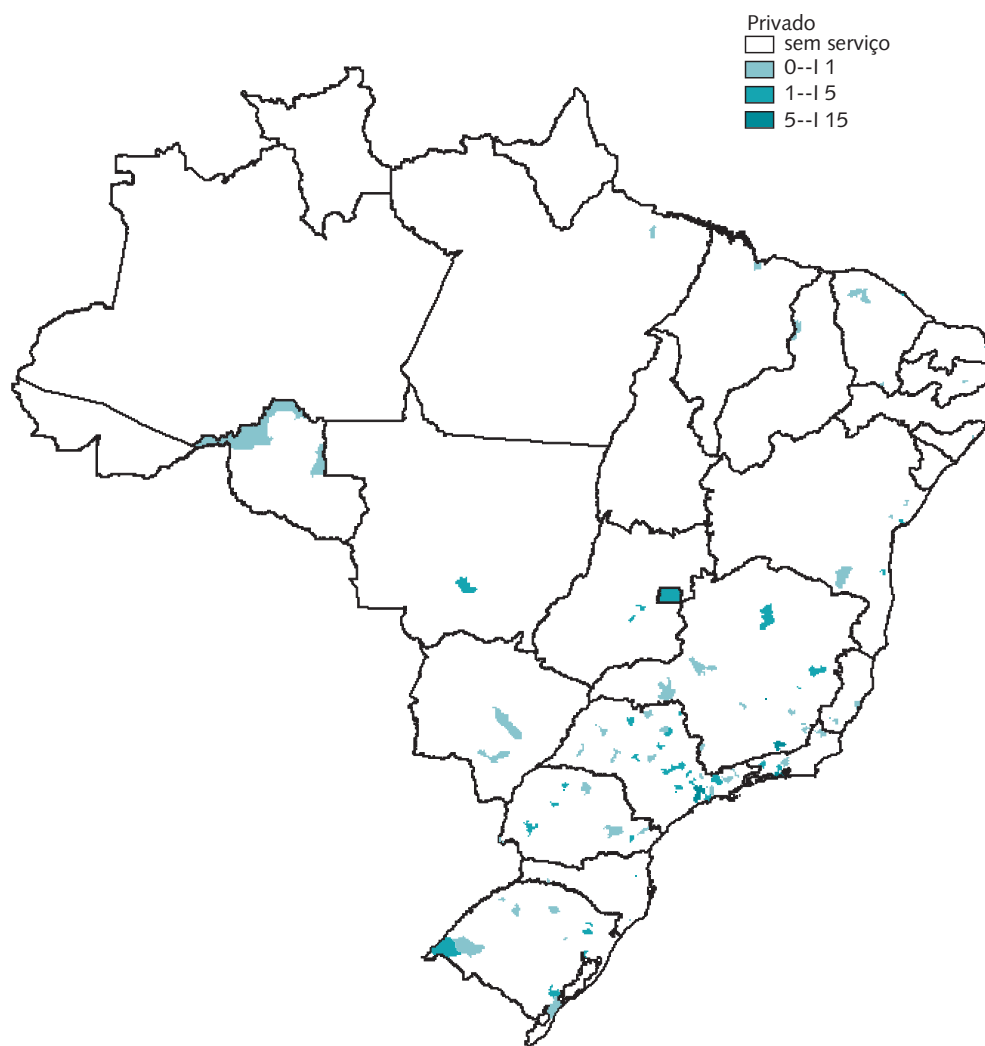
MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA EM ESTABELECIMENTOS DE NATUREZA PRIVADA PÚBLICA, SEGUNDO CNES – 2006



Fonte : CNES – ANS/MS – 2006.

Figura 13

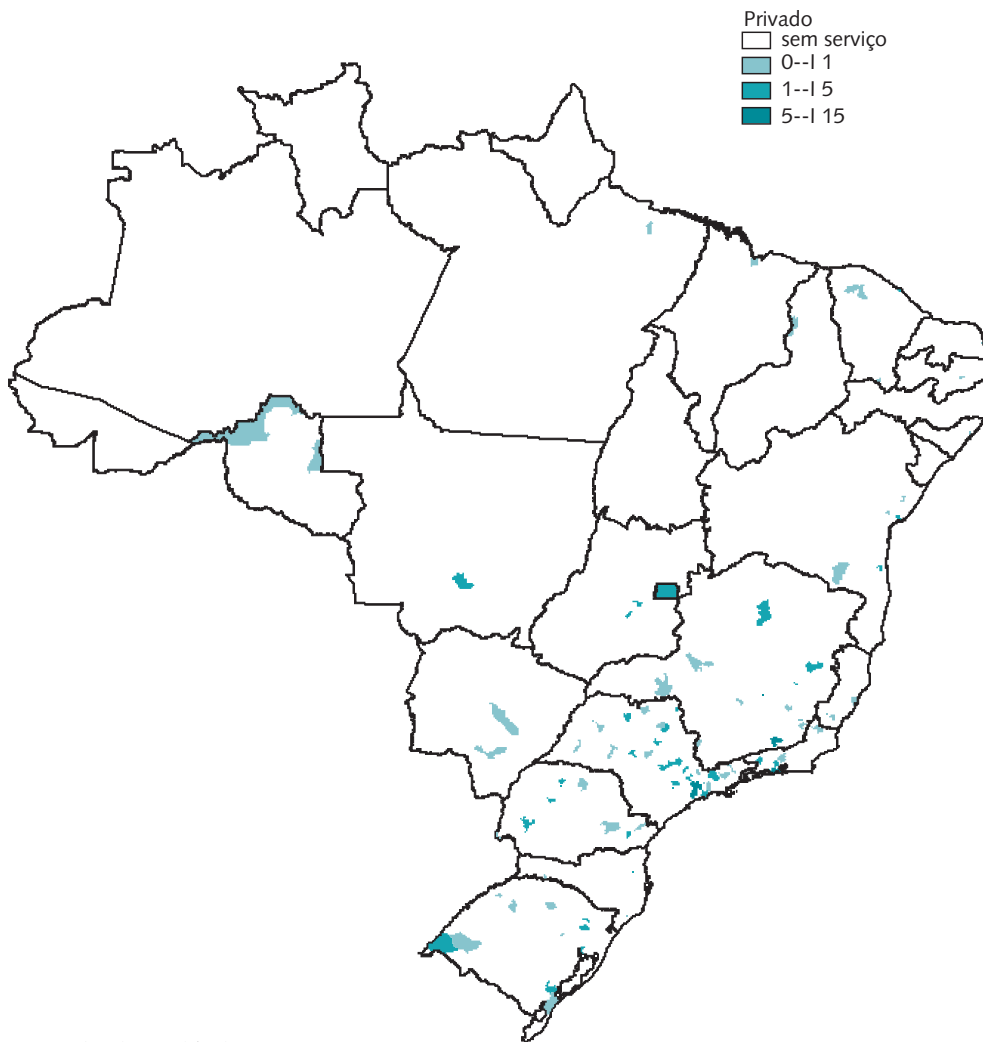
MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA EM ESTABELECIMENTOS DE NATUREZA PÚBLICA, SEGUNDO CNES – 2006



Fonte : CNES – ANS/MS – 2006

Figura 14

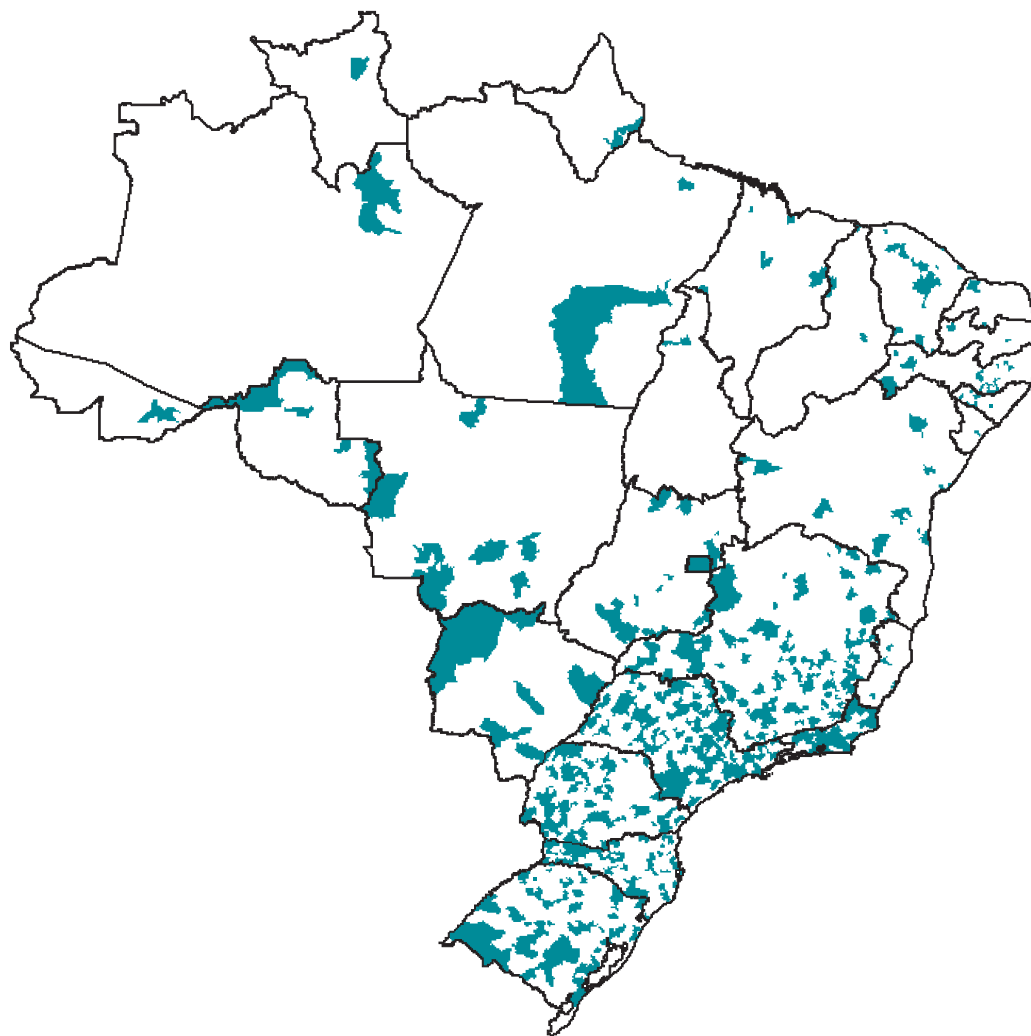
MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA EM ESTABELECIMENTOS DE NATUREZA PRIVADA, SEGUNDO CNES – 2006



Fonte : CNES – ANS/MS – 2006

Figura 15

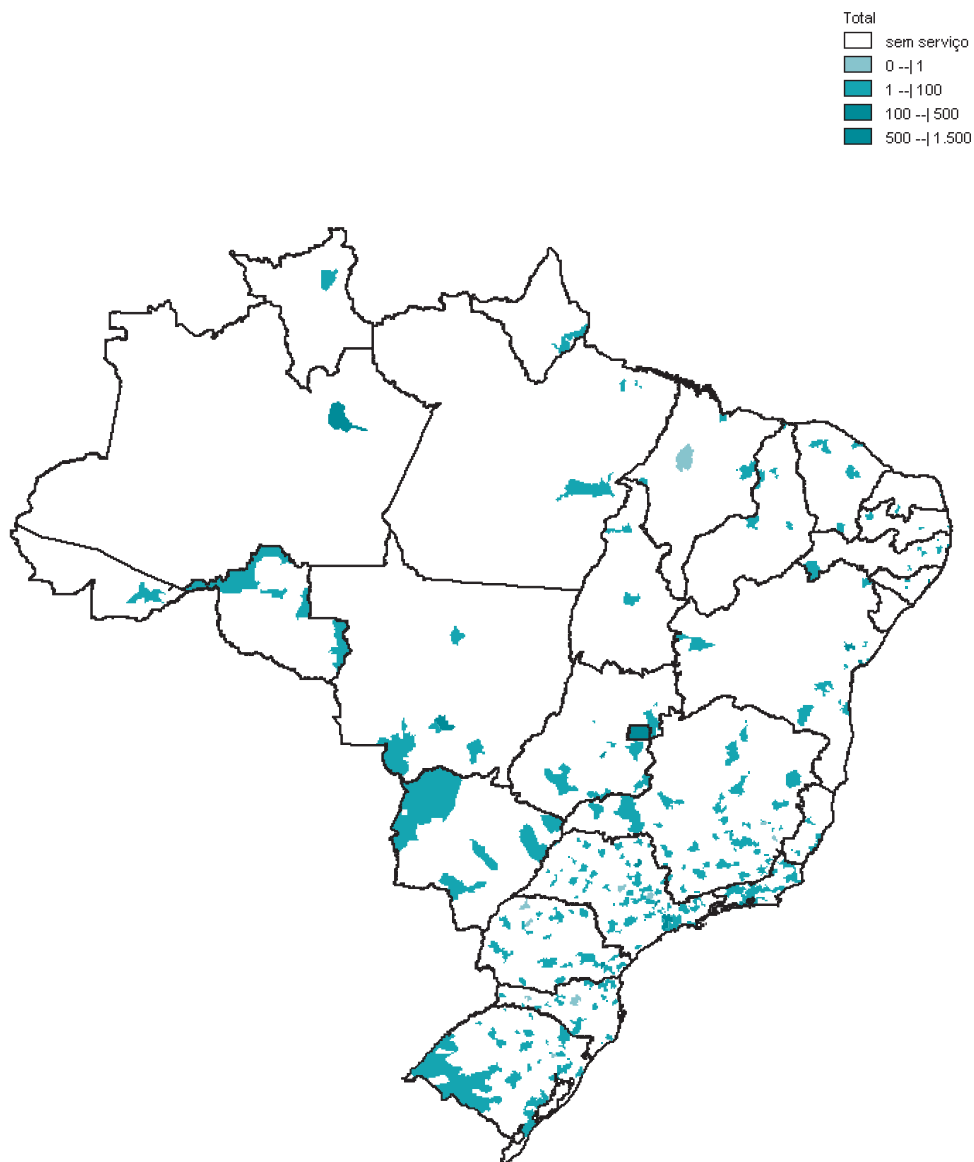
MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE, SEGUNDO PESQUISA
IBGE/AMS - 1999



Fonte: Datasus/MS

Figura 16

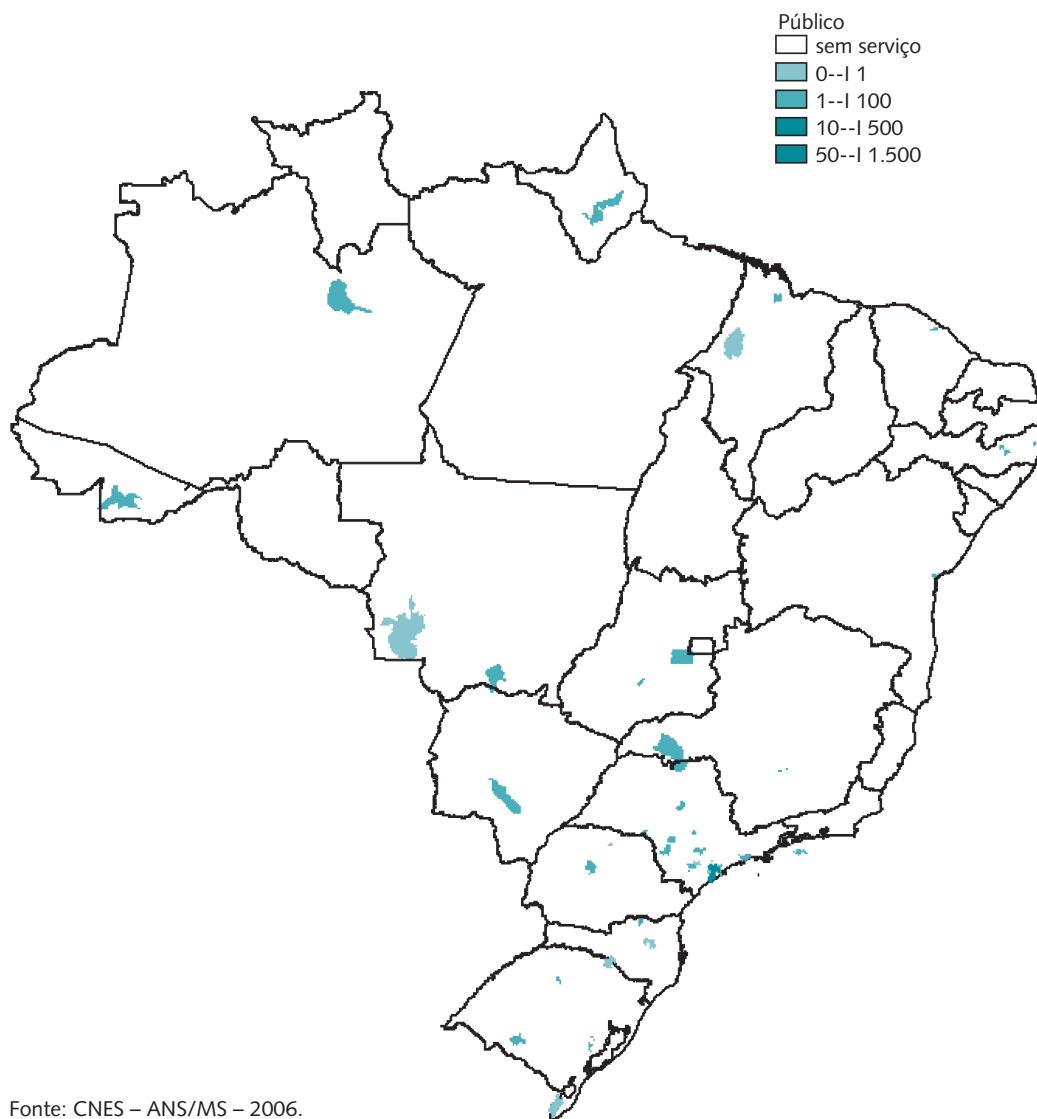
MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE EM ESTABELECIMENTOS DE NATUREZA PRIVADA E PÚBLICA, SEGUNDO CNES – 2006



Fonte: CNES – ANS/MS – 2006

Figura 17

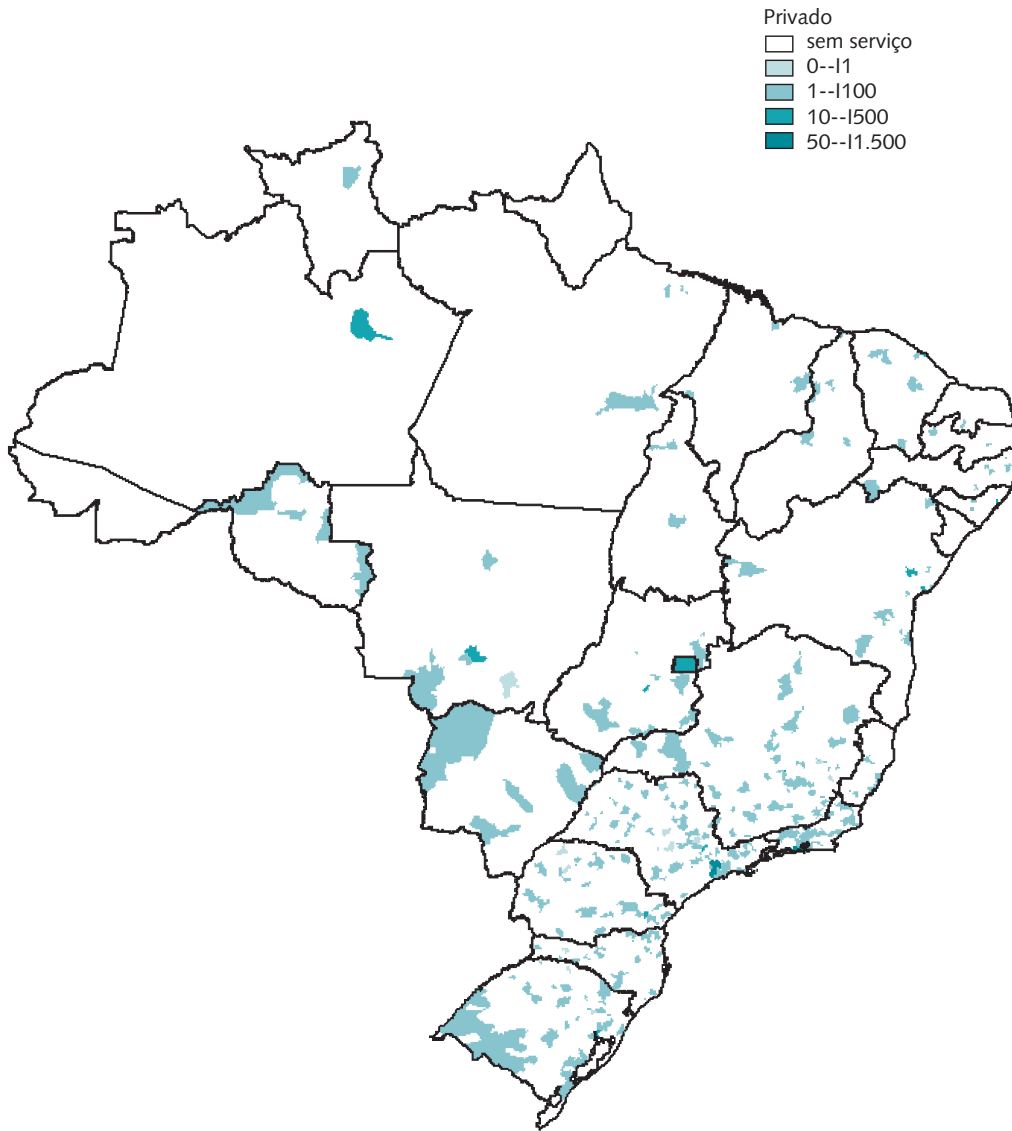
MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE EM ESTABELECIMENTOS DE NATUREZA PÚBLICA, SEGUNDO CNES-2006



Fonte: CNES – ANS/MS – 2006.

Figura 18

MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE EM ESTABELECIMENTOS DE NATUREZA PRIVADA, SEGUNDO CNES-2006



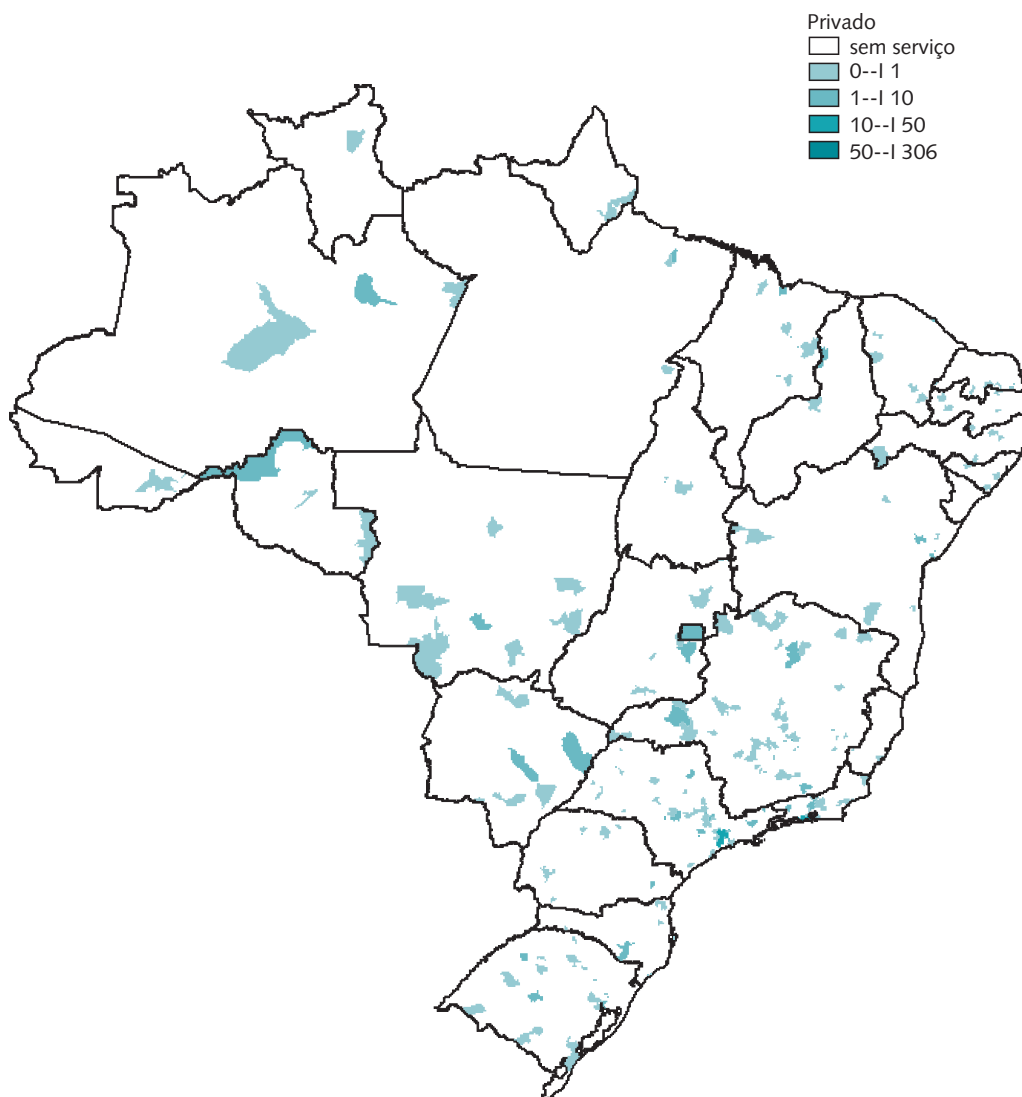
Fonte : CNES – ANS/MS – 2006.

Esses serviços e equipamentos foram escolhidos a partir da concepção de que a rede de um determinado espaço territorial deve ser orientada pelas linhas de cuidado priorizadas para enfrentamento dos problemas de saúde mais graves ou de maior prevalência da população.

Foram analisados exames diagnósticos de média complexidade, no caso a mamografia, e verificada a mesma tendência encontrada nos serviços de alta complexidade: um número maior de serviços de natureza privada do que de natureza pública, o que aponta para a necessidade do conhecimento de todos os serviços inseridos no espaço de responsabilidade do gestor estadual, seja pela gestão, seja pela responsabilidade social (figuras de 19 a 21).

Figura 19

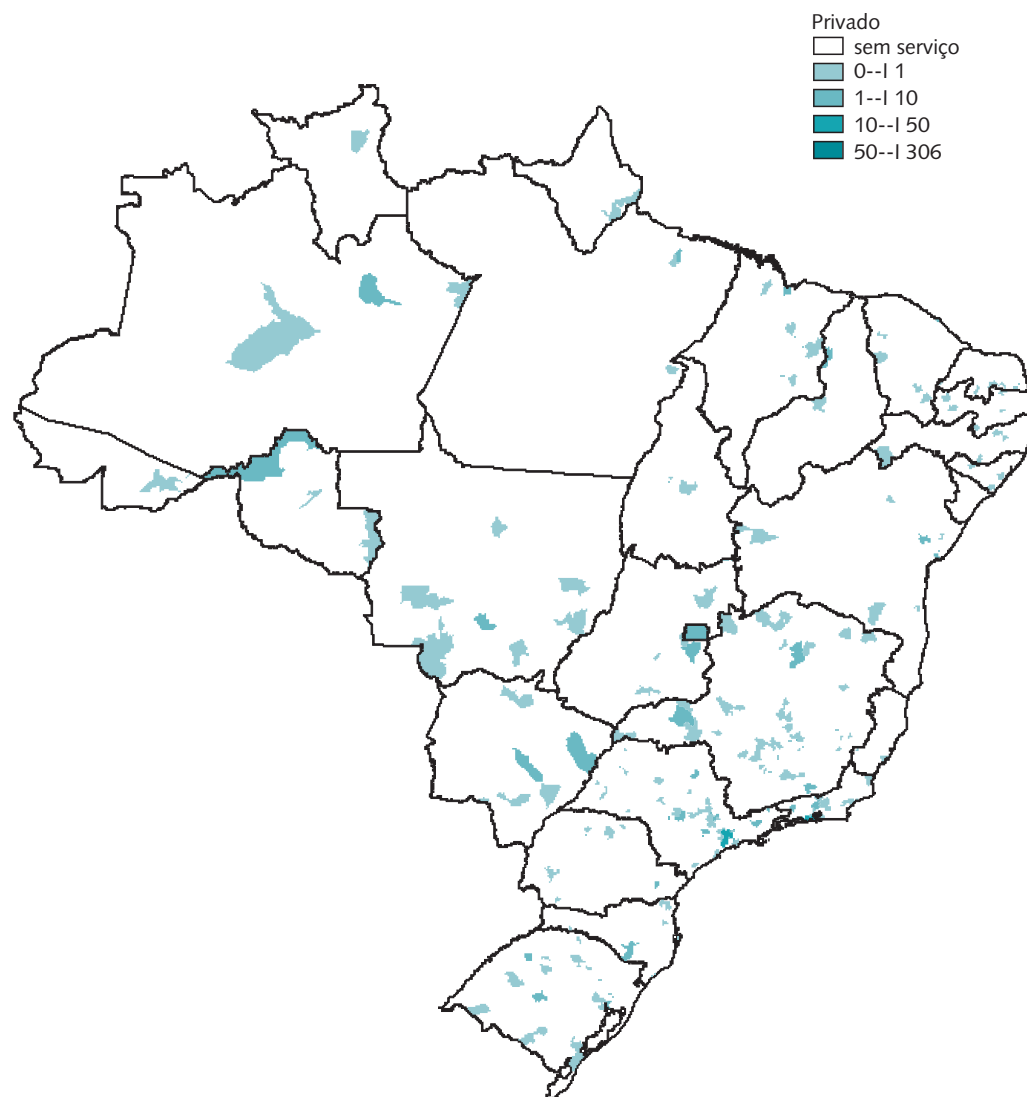
MUNICÍPIOS COM MAMÓGRAFOS EM ESTABELECIMENTOS DE NATUREZA PRIVADA E PÚBLICA, SEGUNDO CNES – 2006



Fonte : CNES – ANS/MS – 2006

Figura 20

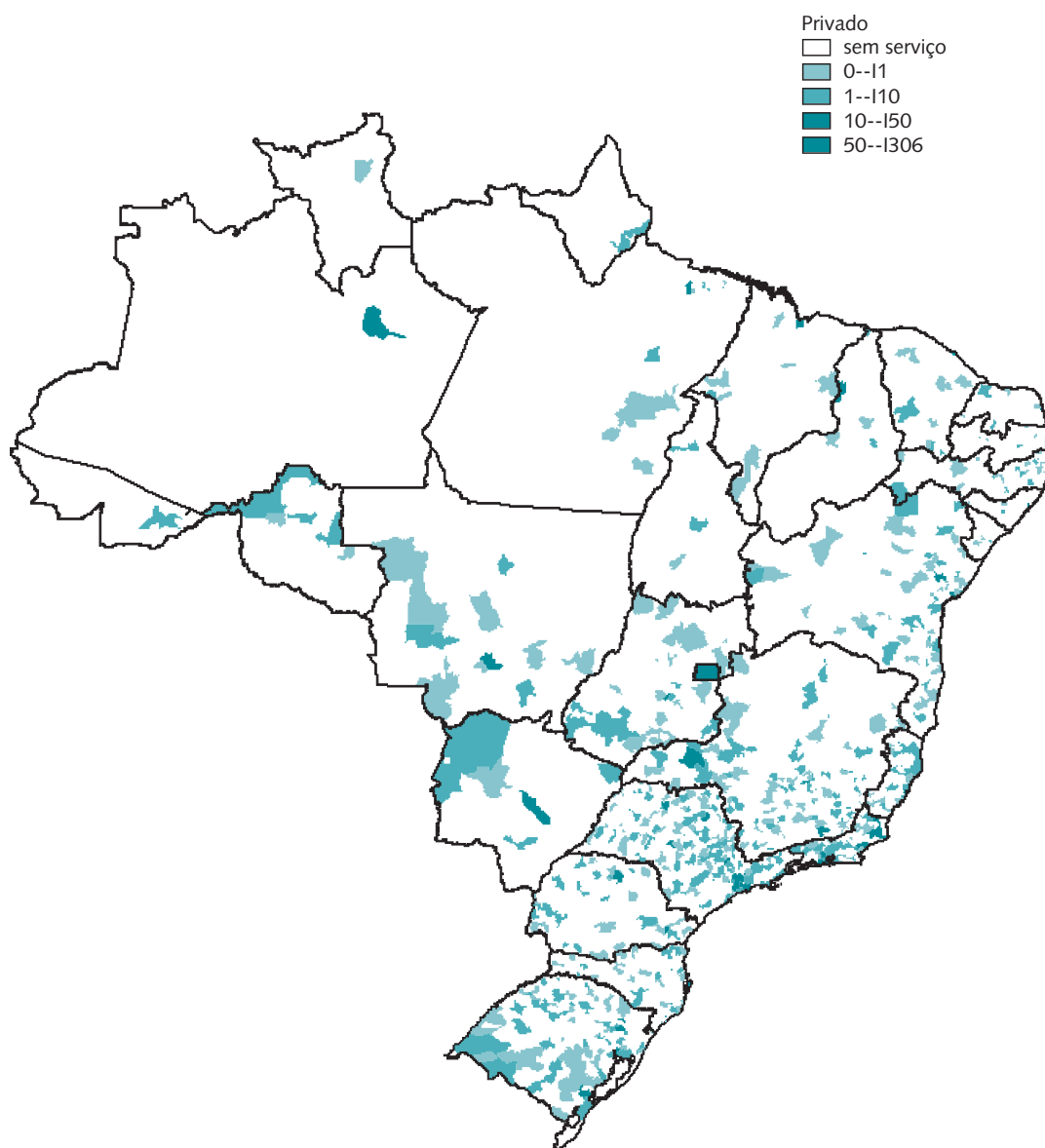
MUNICÍPIOS COM MAMÓGRAFOS EM ESTABELECIMENTOS DE NATUREZA PÚBLICA,
SEGUNDO CNES – 2006



Fonte : CNES – ANS/MS – 2006.

Figura 21

MUNICÍPIOS COM MAMÓGRAFOS EM ESTABELECIMENTOS DE NATUREZA PRIVADA,
SEGUNDO CNES – 2006



Fonte : CNES – ANS/MS – 2006.

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

3.2.1 Registro de planos

Para a ANS, a rede assistencial constitui-se em um conjunto de estabelecimentos de saúde vinculados à operadora e aos produtos no registro de planos de saúde (RPS). Essa rede deve ser compatível com a quantidade e distribuição geográfica de beneficiários da operadora e com os serviços produzidos e informados à ANS, por meio do sistema de informação de produtos (SIP). No momento da solicitação do registro⁶², a operadora deve informar todos os prestadores próprios ou contratados. Segundo Santos⁶³, essa exigência estará "possibilitando a gestão e regulação do setor público, do conveniado e, mais recentemente, do setor privado".

A estrutura da rede indicada pela operadora, adequada à segmentação e cobertura prevista para o plano, deverá apresentar os serviços e procedimentos previstos na IN 11/05 e na IN 12/05. Esses somente são reconhecidos quando possuem o número de identificação do CNES. A rede será analisada conforme os seguintes critérios:

- Os estabelecimentos são identificados como hospitais especializados, hospitais gerais, hospitais-dia, pronto-socorros, unidades de apoio, unidades mistas, clínicas especializadas e consultórios isolados, com os respectivos números do CNES. No momento do registro do plano deverão estar vinculados a estes os estabelecimentos hospitalares para efeito de análise. Deverão ser informados apenas os serviços que

⁶² RN 100/05

⁶³ Santos, F.P: A regulação pública da saúde pública no Brasil: caso da saúde suplementar. Tese, 2006

não sejam exclusivamente SUS. Quando for indicada uma unidade pública ou que atenda exclusivamente o SUS, o que aparentemente contraria a legislação vigente, é solicitado o contrato entre a operadora e o prestador para análise.

- Devem ser disponibilizados leitos de UTI adulto, pediátrico e neonatal, mantendo a relação com o total de leitos gerais, segundo a recomendação da PT MS 1101/02.
- É verificada a existência de serviços de urgência e emergência disponíveis 24 horas, além dos três tipos de leitos de UTI (adulto, pediátrico e neonatal) e de leitos de psiquiatria.
- A existência de serviços de anatomopatologia, angiografia, densitometria óssea, ecocardiografia, eletrocardiograma, endoscopia das vias aéreas, endoscopia das vias digestivas, hemodinâmica, holter, mamografia, medicina nuclear, patologia plínica, radiodiagnóstico, ressonância nuclear magnética, teste ergométrico, tomografia computadorizada, ultra-sonografia, fisioterapia, hemoterapia, litotripsia extracorpórea, quimioterapia, radiologia intervencionista, radioterapia, terapia renal substitutiva, videolaparoscopia e atendimento psicossocial. A operadora deve ainda indicar, por meio de correspondência, prestador(es) que disponibilize(m) os serviços de angiografia, litotripsia extracorpórea e radiologia intervencionista, visto que os mesmos não podem ser observados diretamente no CNES.

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

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

3.2.2 Redimensionamento de rede das operadoras (planos)

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

A alteração na rede deve ser solicitada à ANS, quer seja a relação contratual direta ou indireta, e é passível de pagamento de taxa, exceto nas situações previstas na RN 100/05. A operadora deve enviar informações à Agência, na forma dos Anexos III, III-a e III-b da IN/Dipro n. 11/2005 e IN/Dipro 12/2005. A alteração da rede só é aprovada quando é comprovada a equivalência⁶⁴ entre as unidades a serem excluídas e as que passam a absorver a demanda. Para atendimento a esse critério, são analisados aspectos de disponibilidade, no que tange a serviços de urgência/emergência e de diagnóstico e terapia, previstos na IN 11/05 e IN 12/06. São considerados também aspectos quantitativos, no que dizem respeito a leitos em geral e específicos das UTIs, similaridade de perfil assistencial e/ou complexidade das unidades e proximidade geográfica.

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

- justificativa para decisão;
- CNPJ e razão social das entidades hospitalares envolvidas;
- tipo de contratação (total ou parcial);
- número de internações realizadas pela operadora em cada uma das entidades hospitalares envolvidas nos últimos 12 meses;
- total de internações realizadas pela operadora na sua rede hospitalar, vinculada aos registros de planos de saúde a serem alterados, nos últimos 12 meses;
- total de leitos (geral e UTI) contratados pela operadora na área de abrangência dos produtos envolvidos;

⁶⁴ Art. 17, da Lei n. 9.656/98.

- perfil assistencial com as principais características da cobertura contratada às entidades hospitalares envolvidas
- número dos registros de planos de saúde a serem alterados, nos casos específicos
- documento que comprove o encerramento das atividades do estabelecimento, caso as atividades sejam canceladas.

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

3.2.3 Contratualização

A RN n. 42/2003 da ANS, que estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares e a RN n. 54/2003, que determina os quesitos da contratualização entre as operadoras e os prestadores de serviços de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais incluem, como cláusulas obrigatórias nos contratos, no item qualificação específica, o registro da operadora na ANS e o registro do prestador no CNES.

Além disso, a RN n.95/2004 define que, para cada entidade hospitalar da rede de atendimento do plano deva ser informado, no contrato, os seguintes dados: razão social, registro no CNPJ, Unidade da Federação (UF), município, registro

no CNES, tipo de vínculo (próprio ou contratado), tipo do contrato (direta, com instrumento jurídico assinado pelas partes, ou indireta, intermediada por outra operadora, convênio de reciprocidade ou intercâmbio operacional, entre outros.

3.3 O Ressarcimento ao SUS

3.3.1 Aspectos Jurídicos: O Artigo 32 e o Questionamento e sua Constitucionalidade: A Liminar do Ministro Maurício Correa

A Lei n. 9656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de saúde, estabelece, em seu art. 32⁶⁵, a obrigatoriedade do ressarcimento ao SUS, pelas operadoras de planos e seguros de saúde, dos serviços de atendimento à saúde, previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS.

⁶⁵ “Art. 32 Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS”.

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

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

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

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

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

II – multa de mora de dez por cento.

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

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

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

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

Poucos meses depois, a confederação nacional de saúde (CNS) – hospitais, estabelecimentos e serviços – propôs ação direta de inconstitucionalidade – a Adin 1931-8 DF, na qual questiona a constitucionalidade da lei, incluído o Art. 32. O julgamento da Adin 1931-8 ainda não está concluído, no entanto, em sessão realizada em agosto de 2003, foi realizado o julgamento de medida liminar e, no que diz respeito ao Artigo 32, não foi aceita a alegação de inconstitucionalidade formal da norma.

Os autores da ação alegaram que, com o texto do artigo 32, o Estado revelava a intenção de transferir para a iniciativa privada o ônus de assegurar saúde para todos (Artigo 196 da CF), além de violar a garantia constitucional de ser livre à iniciativa privada a assistência à saúde, inscrita no Artigo 199 da CF. Além disso, afirmam que o ressarcimento teria caráter tributário, entendido como fonte destinada a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social. E, por ser tributo, violaria o § 4º do Artigo 195, combinado com o Artigo 154, I da Constituição, que exige lei complementar para tal fim, e não lei ordinária e medidas provisórias.

A argumentação apresentada pela ANS “sustentou a tese da constitucionalidade do ressarcimento ao SUS”, tendo em vista que o referido instituto em nada compromete o atendimento universal estabelecido na Constituição Federal de 1988, pois o ressarcimento em nada altera a relação entre o cidadão e o Estado, apenas cria uma nova relação obrigacional entre o Estado e as operadoras. Além disso, apresenta o ressarcimento ao SUS como obrigação civil, destinada à recomposição do erário, de caráter indenizatório, decorrente do enriquecimento sem causa, a ser experimentado pelas operadoras no caso do não-cumprimento dos termos contratuais ao auferirem valores (mensalidades) sem a correspondente contraprestação no custeio dos procedimentos médico-ambulatoriais e hospitalares realizados, na prática, suportado pelo Estado”⁶⁶.

A decisão pela constitucionalidade do ressarcimento ao SUS foi dada por meio de liminar⁶⁷ que não tem efeito vinculante, o que permite a ocorrência de decisões divergentes em outros tribunais. Tal fato permite que as operadoras obtenham

⁶⁶ SCATENA. M.A.N., “O Ressarcimento ao SUS: Análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos”, tese de dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

⁶⁷ O objetivo da liminar é resguardar direitos ou evitar prejuízos que possam ocorrer ao longo do processo, antes do julgamento do mérito da causa (<http://www.direitonet.com.br>)

decisões judiciais suspendendo ou anulando essa cobrança, o que leva a um crescente número de ações judiciais. Esse quadro deverá perdurar até o julgamento do mérito da Adin 1931-8.

Além das demandas judiciais, observa-se ainda que o ressarcimento ao SUS encontra questionamentos na própria literatura. Para Bahia e Viana⁶⁸, “existem indícios, porém, da ineficácia de medidas eminentemente tecnocráticas para regular os tradicionais mecanismos de transferência de clientes entre os setores público e privado”.

3.3.2 A Operacionalização do ressarcimento ao SUS

3.3.2.1 A REGULAMENTAÇÃO DO RESSARCIMENTO AO SUS

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

Inicialmente, de acordo com a Resolução Cconsu n. 9, a administração dos procedimentos relativos ao ressarcimento era de competência dos gestores do SUS – a saber: o Ministério da Saúde, os estados, o distrito federal e os municípios (estes últimos quando habilitados para a gestão plena do sistema, conforme normas do Ministério da Saúde – redação dada pela Resolução Consu n. 22, de 21 de outubro de 1999). Tal norma foi mantida pela ANS, por meio da resolução de diretoria colegiada (RDC) n. 18, de 30 de março de 2000, permanecendo até a RDC n. 62, de 20 de março de 2001, que alterou a sistemática do ressarcimento, centralizando os procedimentos na ANS. Posteriormente, a resolução normativa (RN) n. 5, de 19 de abril de 2002, determinou que os processos do ressarcimento referentes à sistemática anterior à RDC n. 62 e que estivessem aguardando decisão da câmara de julgamento ou com recurso de decisão da mesma câmara, deveriam ser encaminhados, em

⁶⁸ BAHIA, L & VIANA, A.L., Introdução, in: Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar; Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar: Rio de Janeiro, ANS, 2002, pp 9-18

determinado prazo, para a ANS dar continuidade ao processamento. Além disso, deveriam ser informados à ANS, também em prazo determinado, os processos que sofreram ou não impugnação e foram ou não encaminhados para a cobrança.

Com a publicação dessas normas, a ANS passou a ser responsável também pela análise das impugnações e dos recursos da cobrança, num movimento de “*centralização*” desses procedimentos. Considerando-se o princípio constitucional da descentralização do SUS e a importância da integração do SUS com a Saúde Suplementar, deve-se definir uma estratégia a ser desenvolvida, de forma articulada pela ANS e pelos gestores do SUS, para capacitar esses mesmos gestores a retomarem essa atividade, após a identificação e superação dos entraves e das dificuldades enfrentadas anteriormente pelos gestores estaduais e municipais, no período em que eram responsáveis pela operacionalização do ressarcimento.

3.3.2.2 A RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC N. 62, DE 20 DE MARÇO DE 2001

As normas para o ressarcimento ao SUS, atualmente em vigor, estão contidas na RDC n. 62, de 20/3/2001⁶⁹. De acordo com essa norma, serão ressarcidos pelas operadoras os atendimentos previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e dependentes, em instituições integrantes do SUS, abrangendo os atendimentos realizados por unidades públicas de saúde e os atendimentos de urgência e emergência realizados por instituições privadas, conveniadas ou contratadas pelo SUS (Art. 1º).

A norma preconiza que o ressarcimento será cobrado de acordo com os procedimentos estabelecidos na tabela única de equivalência de procedimentos (Tunep) (Art. 2º) e que a identificação dos atendimentos a serem ressarcidos será feita pela ANS, com cruzamento entre os dados relativos aos atendimentos realizados pelo SUS e as informações cadastrais das operadoras de planos e seguros de saúde, constantes do cadastro previsto no Art. 20 da Lei n. 9.656/98 (Art. 3º).

⁶⁹ Ver site www.ans.gov.br

Estabelece, ainda, que as operadoras possam apresentar junto à ANS impugnações de caráter técnico ou administrativo, acompanhadas de documentação comprobatória (Art. 4º, caput). As impugnações de caráter técnico serão encaminhadas à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (Art. 4º, § 1º) e não serão admitidas impugnações cujo fundamento sejam dados ou informações divergentes das que tiverem sido encaminhadas para o cadastro da ANS, no período correspondente ao evento impugnado (Art. 4º, § 2º).

Por fim, estabelece que os valores ressarcidos pelas operadoras à ANS serão creditados ao Fundo Nacional de Saúde, à entidade mantenedora ou à unidade prestadora de serviço, de acordo com ato da secretaria de assistência à saúde do Ministério da Saúde (Art. 5º) e que caberá à Diretoria de Desenvolvimento Setorial (Dides) estabelecer as rotinas, critérios, procedimentos, fluxos e prazos para a operacionalização do ressarcimento ao SUS (Art. 6º). A norma da Dides, atualmente em vigor, é a Resolução RE n. 6, da diretoria de desenvolvimento setorial, de 26 de março de 2001, e suas alterações.

3.3.2.3 TABELA ÚNICA DE EQUIVALÊNCIA DE PROCEDIMENTOS (TUNEP)

A formação da tabela única nacional de equivalência de procedimentos (Tunep) foi objeto de extensivo debate. Enquanto as entidades médicas propunham a utilização dos valores praticados em suas tabelas, as operadoras e os técnicos do Ministério da Saúde propunham um valor intermediário. O Consu, com base no artigo 32 da Lei n. 9.656/98, instituiu a Tunep, através da Resolução n. 23, em 21 de novembro de 1999.

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

Essa tabela foi republicada pela ANS por meio da RDC n. 17, de 4 de abril de 2000, e atualizada nove vezes, sendo a última, pela RN n. 131, de 7 de junho de 2006, até o dia de hoje.

Para Bahia e Vianna⁷⁰, a formação dessa tabela, com valores intermediários entre os preconizados pelas entidades médicas e pelo SUS, provocou reações paradoxais, como “alguns médicos recusam-se a registrar o consumo de certos procedimentos, quando os mesmos são mais bem remunerados pelo SUS”.

Os valores da tabela foram determinados a partir de uma série de fatores⁷¹:

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

3.3.2.4 A IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

As operadoras de planos e seguros de saúde, por força de regulamentação da ANS⁷², fornecem à Agência informações de natureza cadastral, especialmente aquelas que permitem a identificação dos beneficiários e seus dependentes, para fins do ressarcimento ao SUS. Essas informações alimentam o sistema de informações de beneficiários (SIB), que é atualizado mensalmente, e são comparadas, através de relacionamento nominal de banco de dados, com as bases do SIH/SUS.

⁷⁰ BAHIA, L & VIANA, A.L., op. cit.

⁷¹ SCATENA, M.A.N., op. cit.

⁷² RDC n. 3, de 20 de janeiro de 2000, alterada pela RN n. 17, de 11 de novembro de 2002.

Realizado pelo Datasus, o cruzamento verifica, em banco de dados, após a finalização do faturamento mensal das autorizações de internação hospitalar (AIH), quais atendimentos foram prestados a beneficiários de planos e seguros de saúde. Esse processo de cruzamento de informações é chamado batimento, e identifica os beneficiários atendidos. Essa identificação é feita por meio da comparação do nome do beneficiário com o nome dos pacientes atendidos pelo SUS. Após a identificação, faz-se a triagem com outros itens – verificação de “fonetização” das diferentes grafias, redução dos nomes para evitar que eventuais abreviaturas interfiram na comparação, verificação de data de nascimento e, por fim, do nome. Verificada igualdade em determinado percentual, considera-se que houve a identificação de um beneficiário de plano de saúde com o paciente da AIH.

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

Identificados os beneficiários, é produzido um relatório, o aviso de beneficiário identificado (ABI), utilizado para a cobrança do ressarcimento ao SUS.

3.3.2.5 AS IMPUGNAÇÕES E OS RECURSOS

Com base na RE n. 6, da Dides, os ABIs, que têm periodicidade trimestral, são comunicados às operadoras, com vistas ao recolhimento do ressarcimento, portando, as seguintes informações: código do beneficiário na operadora, o CNPJ da operadora, o nome, o código e os valores dos procedimentos de acordo com a Tunep, a data do atendimento, o nome da unidade prestadora do serviço e sua natureza jurídica, o número e mês de competência do atendimento SUS e o município onde foi realizado o atendimento (*Art. 5º, caput*).

Com base nesses dados, pode a operadora apresentar impugnação ao ressarcimento junto à ANS. A impugnação ao ressarcimento é “o mecanismo através do qual as operadoras podem alegar, em caráter de defesa e atendendo aos princípios de direito à ampla defesa e ao devido processo legal, a desobrigação de proceder ao ressarcimento ao SUS”⁷³. Entre as hipóteses que desobrigam o ressarcimento

ao SUS está o cumprimento de período de carência contratual pelo beneficiário, a falta de cobertura contratual, no caso de o plano assistencial do beneficiário ser de segmentação que não obrigue a realização do procedimento, ou no caso de o atendimento ter ocorrido fora da área de abrangência geográfica do contrato. Esses fatos podem ser alegados nessa fase de impugnação.

A norma prevê os prazos para a operadora apresentar as impugnações, que são analisadas pela gerência geral de integração ao SUS (GGSUS/ANS) ou pela SAS/MS, se técnicas, e terão suas decisões comunicadas à operadora. Os procedimentos não impugnados no prazo legal serão encaminhados para cobrança (Art. 6º, 7º e 8º).

Da decisão em primeira instância da GGSUS ou da SAS caberá recurso à diretoria de desenvolvimento setorial, Dides, da ANS, também nos prazos previstos na RE. As decisões da Dides serão comunicadas à operadora e os procedimentos que não tiverem recursos interpostos, assim como aqueles cujo recurso seja considerado improcedente, serão encaminhados à cobrança (Art. 9º, 10º, 11º e 12º).

A norma prevê, ainda, os prazos para o pagamento do ressarcimento pelas operadoras (Art. 13), os juros e multas, no caso de atraso do pagamento, e a conseqüente inscrição na dívida ativa da ANS para a competente cobrança judicial (Art. 14º). A inscrição do inadimplente no Cadastro de Inadimplentes (Cadin) está prevista na Lei n.10.522, de 19 de julho de 2002.

Por fim, o dinheiro recolhido é destinado ao Fundo Nacional de Saúde, à entidade mantenedora ou à unidade prestadora de serviços.

3.3.2.6 A AMPLIAÇÃO DO RESSARCIMENTO AO SUS

O artigo 32 da Lei n. 9.656/98 prevê que serão ressarcidos pelas operadoras os serviços de atendimento à saúde previstos nos contratos das operadoras, realizados em seus beneficiários em instituições integrantes do SUS.

Não há distinção entre os variados tipos de atendimento (hospitalar, ambulatorial, hospital-dia, atendimento domiciliar). Todos são passíveis de cobrança do ressarcimento.

⁷⁴ SCATENA, M.A.N., op.cit.

Na regulamentação do ressarcimento, até a RDC n. 62, de 20 de março de 2001, eram objeto de ressarcimento os atendimentos “realizados por unidades públicas de saúde e os de urgência e emergência, realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo SUS”. A RN n. 93, de 18 de março de 2005, alterou esse dispositivo, retirando os dois incisos que delimitavam o tipo de atendimento a ser ressarcido.

O SIA/SUS possui três documentos distintos para o faturamento dos prestadores de serviços: a FAA (ficha de atendimento ambulatorial), a guia de SADT e a APAC. Apenas a APAC permite um processo de identificação e batimento semelhante ao realizado com as AIHs, pois permite, após o faturamento, a identificação individual do paciente. As demais têm seu faturamento globalizado e não permitem a identificação individualizada do paciente. Assim, elas não são passíveis de cobrança do ressarcimento, com a técnica de identificação utilizada hoje.

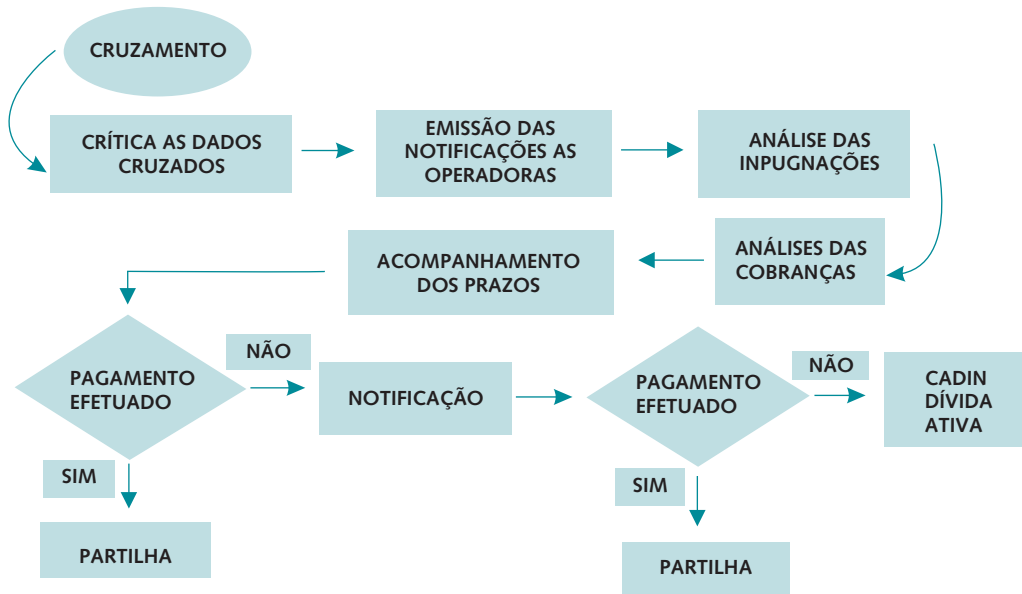
A ANS vem realizando estudos para o início da cobrança do ressarcimento das APACs, embora ainda não exista previsão para a implantação dessa cobrança.

3.3.3 Dados e informações sobre o ressarcimento ao SUS

A figura 22, a seguir, apresenta de forma esquemática, o procedimento para o ressarcimento ao SUS, com o encadeamento de suas fases e etapas.

Figura 22

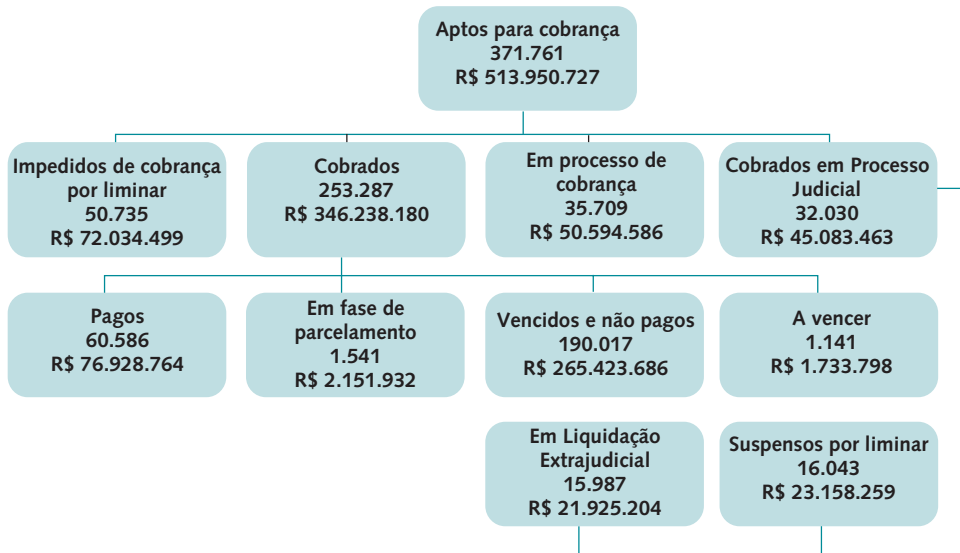
FLUXOGRAMA DO RESSARCIMENTO AO SUS



FONTE: Sistema de Controle de Impugnações - SCI/ANS

Figura 23

CONSOLIDADO DAS AIHS APTAS PARA COBRANÇA EM JUNHO/2006

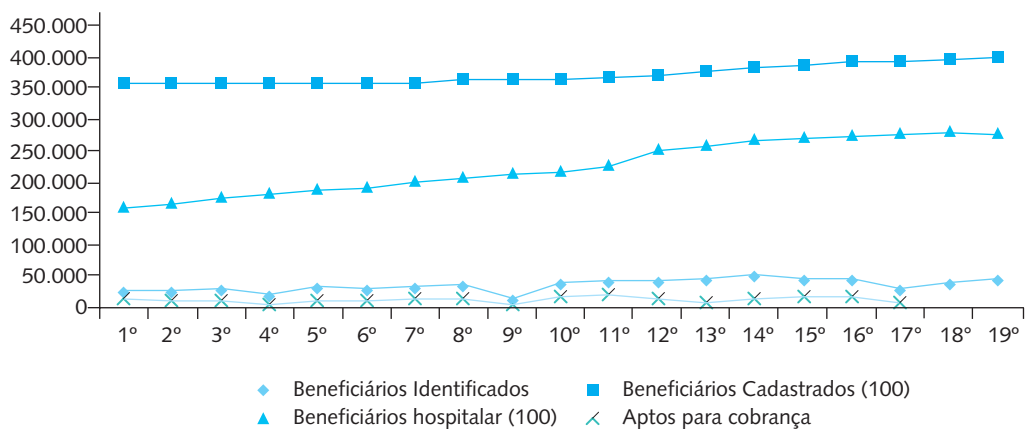


FONTE: Sistema de Controle de Impugnações - SCI/ANS

Na figura 23 e gráfico 20, abaixo, verifica-se a evolução dos beneficiários cadastrados, dos beneficiários identificados, os beneficiários que têm plano hospitalar e aqueles atendimentos que estão aptos para cobrança. Observa-se que o número de beneficiários identificados mantém-se constante, sem variações importantes ao longo do tempo, sendo relativamente baixo o percentual de beneficiários de planos de saúde com cobertura hospitalar que utiliza o atendimento ao SUS.

Gráfico 20

BENEFICIÁRIOS CADASTRADOS, IDENTIFICADOS, COM PLANO HOSPITALAR E ATENDIMENTOS APTOS PARA COBRANÇA⁷⁴



Fonte: Sistema de Controle de Impugnações (SCI/ANS).

A figura 24, a seguir, contém o mapa de distribuição, entre os estados brasileiros, do total de beneficiários identificados entre os beneficiários de plano hospitalar cadastrados no sistema de informações de beneficiários (SIB) da ANS, no período de 1999 a 2005.

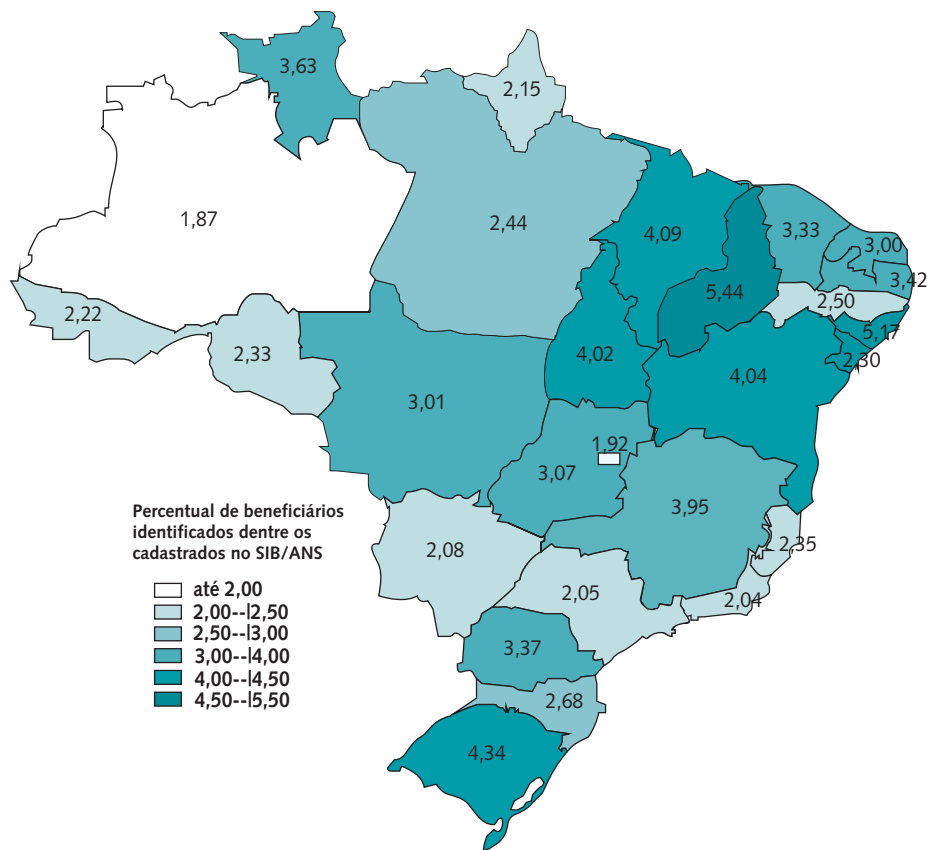
⁷⁴ Na 9ª NBI o cruzamento corresponde a somente um mês e na 4ª e 17ª há dois meses.

O número de beneficiários refere-se a vínculos contratuais

As 18ª e 19ª NBIs ainda não possuem atendimentos aptos para cobrança pois estão em Fase de Análise

Figura 24

PERCENTUAL DE BENEFICIÁRIOS⁷⁵ IDENTIFICADOS DENTRE OS CADASTRADOS NO SIB/ANS.



Fonte: Sistema de Controle de Impugnações – SCI/ANS e Sistema de Informações de Beneficiários – SIB/ANS.

⁷⁵ Beneficiários de planos com cobertura hospitalar.

O quadro 24 mostra o comparativo entre os procedimentos mais realizados no SUS e a sua participação entre os procedimentos identificados para o ressarcimento. Observa-se que os procedimentos de obstetrícia – parto normal e cesariana – são os mais freqüentes, tanto entre os realizados no SUS quanto entre os realizados no SUS na população beneficiária de planos de saúde, sendo nesse grupo de maior relevância. Uma hipótese que deve ser explorada diz respeito a esses pacientes não terem cobertura para procedimentos e, nesse caso, esse dado só apareceria após a análise das impugnações.

Observa-se, ainda, uma participação importante de alguns procedimentos relacionadas à clínica médica, à cardiologia e à psiquiatria.

Quadro 24

PROCEDIMENTOS MAIS FREQUENTES PAGOS PELO SUS: COMPARATIVO ENTRE O PERCENTUAL SUS E DO RESSARCIMENTO

Colocação	Procedimentos	Atendimentos Identificados	% em Relação ao Total de Atendimento Identificados - Ressarcimento	Atendimento no SUS - AIH	% em Relação ao Total SUS
1º	Parto Normal	86.865	23,4%	10.213.830	15,0%
2º	Cesariana	52.794	14,2%	3.542.637	5,2%
3º	Curetagem Pós-Aborto	23.929	6,4%	1.399.499	2,0%
4º	Entero-Infecções (Clínica médica)	21.665	5,8%	3.414.241	5,0%
5º	Insuficiência Cardíaca	18.337	4,9%	2.192.030	3,2%
6º	Tratamento em Psiquiatria em Hospital Psiquiátrico - B	16.130	4,3%	778.486	1,1%
7º	Crise asmática	15.650	4,2%	2.098.991	3,1%
8º	Diagnóstico e/ou Atendimento em Clínica Médica	12.560	3,4%	1.591.161	2,3%
9º	Pneumonia Adulto	11.793	3,2%	559.725	0,8%
10º	Intecorrências clínicas em pacientes oncológicos	10.552	2,8%	477.897	0,7%

Fonte: Sistema de Controle de Impugnações - SCI/ANS e Datasus/MS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Antes de tecer considerações sobre os desafios e as possibilidades colocados para o setor de Saúde Suplementar, é oportuno que se possa voltar um pouco e refletir sobre os rumos do próprio processo de regulamentação. Como vimos, em especial nos Capítulos I e III, o marco legal ainda está em consolidação: há uma Adin em julgamento e ainda não houve a conversão da medida provisória em lei.

Tal como dito na apresentação, é necessário que se observe a natureza do processo de regulação, em si um processo de disputa e conflitos. Não se pode esperar que os consumidores, os prestadores e as operadoras tenham os mesmos objetivos e metas. Cada um desses, entre outros atores, vai certamente tensionar o campo para tentar obter um resultado que seja, a seu juízo, mais conveniente. Mesmo dentro do Estado, como visto anteriormente, existiram visões diferentes quanto ao modelo de regulação e ao entendimento sobre a natureza de um plano de saúde, o que, em consequência, poderão estar vinculadas a diferentes políticas públicas.

O que importa frisar é o fato que a regulação – e toda a discussão dos diversos impactos e importância que o segmento de planos e seguros de saúde pode ter – não é “*naturalment*” do campo das políticas públicas em saúde. Esta visão é recente e, como dito acima, não é unânime. Mesmo se considerarmos que o lócus é o campo da saúde persistirão opiniões de que a regulação deve se preocupar, em primeiro lugar, com a solvência das empresas deixando a formatação dos produtos (planos e seguros) “por conta do mercado”, desde que consignadas algumas garantias básicas ao consumidor. Essa outra opinião sobre os objetivos principais da regulação traria uma guinada importante no atual modelo. Afinal, com o marco legal atual, e em acordo com o contrato de gestão vigente entre o Ministério da Saúde (formulador

da política setorial) e a ANS, a regulação dos produtos (programa de qualificação, rol de procedimentos, monitoramento da assistência prestada etc.) é pedra angular no processo, isto é, o rumo da própria regulação é sujeito a diversos entendimentos distintos.

O caminho que se está percorrendo é o da indução de boas práticas no campo da produção de saúde. As ações do programa de qualificação, do estímulo às iniciativas para prevenção de doenças e promoção da saúde, da discussão de diretrizes clínicas, da participação na construção da nova política de avaliação e incorporação de novas tecnologias, entre outras, são reflexos desta opção regulatória para o campo da Saúde Suplementar. Isto insere, de forma cada vez mais categórica, a agenda de discussão sob a ótica da produção de saúde.

Esta é a opção que vem sendo feita e discutida por todos os atores da arena da Saúde Suplementar. Afinal, trata-se de criar pontes de colaboração e integração de um subsistema que não é universal e equânime, com o SUS.

Como demonstrado, hoje o Estado detém uma quantidade de informações muito superior ao existente no início do processo de regulação setorial. Já é possível se vislumbrar de forma mais adequada os principais problemas desse setor, responsável pela atenção à saúde de mais de 40 milhões de brasileiros, que movimentam anualmente mais de 40 bilhões de reais e tem importância para parcela significativa dos prestadores de serviço. Como parte desses prestadores atende também ao SUS, os rumos do setor acabam por afetar toda a população.

Persistem desafios intra-setoriais de caráter estruturante para os próximos anos, a saber:

- estruturação final do marco regulatório para a estabilidade jurídica indispensável, que se dará no julgamento final da ação direta de inconstitucionalidade (Adin) e com a conversão da atual medida provisória em lei;
- conclusão do processo de migração dos planos antigos (prévios a 1999) para planos sob a regência integral da lei;
- definição e aperfeiçoamento dos mecanismos de financiamento do segmento de planos individuais e da metodologia de reajustes anuais com a retomada da discussão da revisão periódica de preços;

- avanços no processo de contratualização entre as operadoras e prestadores de serviço;
- disseminação do protocolo de troca de informações em saúde – Padrão Tiss – já apresentado e discutido na câmara de Saúde Suplementar;
- definição intergestores do processo de ressarcimento ao SUS, tornando-o mais eficaz e reduzindo os entraves jurídicos;
- implantação de protocolos clínicos de atenção à saúde, consensados com as instâncias gestoras do SUS e entidades médicas;
- implantação da mobilidade para planos individuais, com aproveitamento das carências já cumpridas. Tal fato aumentaria a concorrência neste segmento;
- aprofundamento dos estudos de custo unitário e frequências de utilização por "tipos de plano";
- agilização dos processos de fiscalização na ANS;
- consolidação dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, com objetivo, cada vez maior, de sair da lógica hospitalocêntrica e exclusivamente curativa.

Estes são alguns desafios e ações já em curso no campo da regulação setorial. No entanto, o debate permanente entre os atores – entidades de defesa do consumidor, compradores de planos coletivos, diversos segmentos de representação das operadoras, entidades médicas, universidade, gestores do SUS, entidades representantes dos prestadores, entre outros – configura-se como a chave para o sucesso desta caminhada.

Há de se destacar, no entanto, a necessidade da participação cada vez maior dos Secretários Estaduais de Saúde no processo de regulamentação e aprimoramento do setor. Trazer as discussões hoje existentes para participação mais efetiva do CONASS é objetivo permanente.

Como dito no início deste livro, muito já se avançou nesses oito anos de regulamentação do mercado de planos e seguros de saúde, mas o caminho trilhado serve, em especial, para vislumbrar o quanto há de se caminhar.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Organização dos sistemas nacionais de saúde 21

Figura 1 – Evolução do processo de regulação 29

Quadro 2 – Resoluções da ANS, segundo grupo de temas 42

Figura 2 – Mudanças estruturais do setor 46

Quadro 3 – Comparativo do artigo 12 – pré e pós medida provisória 50/51

Gráfico 1 – Comparação entre a frequência de utilização de exames complementares no plano individual e no coletivo com patrocínio; períodos trimestrais de 2002 a 2004 62

Gráfico 2 – Comparação entre a frequência de utilização de exames e terapias no plano individual e no coletivo com patrocínio; períodos trimestrais de 2002 a 2004 62

Gráfico 3 – Comparação entre a frequência de utilização de internações no plano individual e no coletivo com patrocínio; períodos trimestrais de 2002 a 2004 63

Gráfico 4 – Comparação entre a frequência de utilização de consultas médicas no plano individual e no coletivo com patrocínio; períodos trimestrais de 2002 a 2004 63

Quadro 4 – Características do sistema de saúde brasileiro 69

Quadro 5 – Comparativo dos gastos com saúde no Brasil e outros países 69

Gráfico 5 – Dados de gastos públicos e privados com saúde; ano 2003 70

Quadro 6 – Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar; Período: 2003 a 2005

Quadro 7 – Proporção (%) da renda familiar utilizada com saúde, por classes de rendimento monetário e não monetário mensal familiar; Brasil, 2003 72

Gráfico 6 – Beneficiários por tipo de plano e evolução do cadastro; Período: dezembro/2000 a dezembro/2005 73

Gráfico 7 – Beneficiários de planos de assistência médica, por vigência e tipo de contratação do plano; Brasil, 2000 - 2005 74

Gráfico 8 – Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, por vigência e tipo de contratação do plano; Brasil, 2000 - 2005 75

Gráfico 9 – Beneficiários de planos de saúde, por vigência e tipo de contratação do plano; Brasil, 2000 - 2005 76

Quadro 8 – Beneficiários de planos de saúde, por vigência e tipo de contratação do plano; Brasil, 2000 - 2005 77

Quadro 9 – População residente e beneficiária, no período de 2000 a 2005 78

Quadro 10 – Percentual de planos novos na população residente 79

Figura 3 – Pirâmide etária da população e dos beneficiários de planos de saúde; Brasil, dezembro/2005 80

Gráfico 10 – Taxa de cobertura dos planos de saúde por sexo e faixa etária; Brasil, dezembro/2005 81

Quadro 11 – Controle de reajustes dos planos e seguros de saúde 82

Gráfico 11 – Comparativo dos reajustes concedidos pela ANS e índice de preço 85

Gráfico 12 – Evolução de reajustes concedidos pela ANS e índices de preço 86

Gráfico 13 – Beneficiários de planos de saúde por vigência do plano, segundo a segmentação assistencial do plano; Brasil, dezembro/2005 87

Gráfico 14 – Distribuição percentual das operadoras ativas por modalidade; Brasil, dezembro/2005 89

Gráfico 15 – Evolução dos beneficiários de planos de saúde, por modalidade da operadora; Brasil, 2000 - 2005 90

Gráfico 16 – Distribuição dos beneficiários de planos de saúde entre as operadoras; Brasil, dezembro/2005 91

Figura 4 – Taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos, por unidade da federação; Brasil, dezembro/2005 92

Gráfico 17 – Distribuição percentual dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, por grandes regiões; Brasil, dezembro/2005 92

Figura 5 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica, por unidades da federação; Brasil, dezembro/2005 93

Gráfico 18 – Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por grandes regiões; Brasil, dezembro/2005 93

Quadro 12 – Disque ANS; período de 16/7/01 até 31/8/06 95

Quadro 13 – Disque ANS – Demandas recebidas por tema; período de 7/01 até 8/06 96

Quadro 14 – Distribuição de atendimentos por tema 97

Quadro 15 – Atendimentos recebidos dos Procons 98

Quadro 16 – Fiscalizações descentralizadas 101

Quadro 17 – Programa Cidadania Ativa 103

Figura 6 – Visão geral da elaboração do IDSS 116

Quadro 18 – Operadoras analisadas por modalidade e segmento; ano de análise: 2004 122

Quadro 19 – Operadoras analisadas por segmento e porte; ano de análise: 2005 124

Quadro 20 – Tipos de convênios segundo a classificação CNES 142

Gráfico 19 – Número de estabelecimentos de saúde registrados no CNES, segundo a natureza da organização 143

Quadro 21 – Classificação da natureza da organização, segundo o CNES 143

Quadro 22 – Percentual de serviços de administração pública, segundo o CNES 145

Quadro 23 – Tipo de unidade por natureza 146

Figura 7 – Municípios com serviços de quimioterapia, segundo pesquisa IBGE/AMS - 1999 147

Figura 8 – Municípios com serviços de quimioterapia em estabelecimentos de natureza privada e pública, segundo CNES - 2006 148

Figura 9 – Municípios com serviços de quimioterapia em estabelecimentos de natureza pública, segundo CNES -2006 149

Figura 10 – Municípios com serviços de quimioterapia em estabelecimentos de natureza privada, segundo CNES - 2006 150

Figura 11 – Municípios com serviços de radioterapia, segundo pesquisa IBGE/AMS - 1999 151

Figura 12 – Municípios com serviços de radioterapia em estabelecimentos de natureza privada e pública, segundo CNES - 2006 152

Figura 13 – Municípios com serviços de radioterapia em estabelecimentos de natureza pública, segundo CNES - 2006 153

Figura 14 – Municípios com serviços de radioterapia em estabelecimentos de natureza privada, segundo CNES - 2006 154

Figura 15 – Municípios com serviços de hemodiálise, segundo pesquisa IBGE/AMS - 1999 155

Figura 16 – Municípios com serviços de hemodiálise em estabelecimentos de natureza privada e pública, segundo CNES - 2006 156

Figura 17 – Municípios com serviços de hemodiálise em estabelecimentos de natureza pública, segundo CNES - 2006 157

Figura 18 – Municípios com serviços de hemodiálise em estabelecimentos de natureza privada, segundo CNES - 2006 158

Figura 19 – Municípios com mamógrafos em estabelecimentos de natureza privada e pública, segundo CNES - 2006 160

Figura 20 – Municípios com mamógrafos em estabelecimentos de natureza pública, segundo CNES - 2006 161

Figura 21 – Municípios com mamógrafos em estabelecimentos de natureza privada, segundo CNES - 2006 162

Figura 22 – Fluxograma do ressarcimento ao SUS 176

Figura 23 – Consolidada das AIHS aptas para cobrança em junho/2006 176

Gráfico 20 – Beneficiários cadastrados, identificados, com plano hospitalar e atendimentos aptos para cobrança 177

Figura 24 – Percentual de beneficiários identificados dentre os cadastrados no SIB/ANS 178

Quadro 24 – Procedimentos mais freqüentes pagos pelo SUS: comparativo entre o percentual SUS e do ressarcimento 179

LISTA DE SIGLAS

- ABI – Aviso de Beneficiário Identificado
- Abramge – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
- Abraspe – Associação Brasileira de Pedestres
- Adin – Ação Direta de Inconstitucionalidade
- AIH – Autorizações de Internação Hospitalar
- AIS – Ações Integradas de Saúde
- AMB – Associação Médica Brasileira
- ANC – Assembléia Nacional Constituinte
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- Apac – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
- ARPS – Aplicativo de Adequação de Registro de Planos de Saúde
- ATS – Avaliação de Tecnologias em Saúde
- Cadop – Cadastro de Operadoras da ANS
- CAP – Caixa de Aposentadorias e Pensões
- Cassi – Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil
- CDC – Código de Defesa do Consumidor
- CDS – Conselho de Desenvolvimento Social

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFM – Conselho Federal de Medicina
CID – Classificação Internacional de Doenças
Ciefas – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
CIH – Comunicado de Internação Hospitalar
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNS – Confederação Nacional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNSP – Conselho Nacional de Seguros Privados
Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conasp – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Consu – Conselho de Saúde Suplementar
Copiss – Comitê de Padronização da Informação em Saúde Suplementar
CSS – Câmara de Saúde Suplementar
Datusus – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
Desas – Departamento de Saúde Suplementar
Dides – Diretoria de Desenvolvimento Setorial/ANS
Difis – Diretoria de Fiscalização/ANS
Diges – Diretoria de Gestão/ANS
Diope – Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras/ANS
Dipro – Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos/ANS
FAA – Ficha de Atendimento Ambulatorial
Fenaseg – Federação Nacional de Seguros
FNS – Fundo Nacional de Saúde

Geap – Grupo Executivo de Assistência Patronal

GG SUS – Gerência Geral de Integração ao SUS/ANS

GIH – Guia de Internação Hospitalar

Iapi – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários

Iaps – Institutos de Aposentadorias e Pensões

Iaptec – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas

IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar

IN – Instrução Normativa da ANS. Expressa decisão de caráter normativo e de serviço dos Diretores e seus respectivos substitutos, durante suas ausências ou impedimentos, até mesmo pelo Diretor-Presidente, para fins de detalhamento de procedimentos de alcance externo previstos nas Resoluções Normativas (art. 61, I, a da RDC 95)

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

Mops – Movimento Popular em Saúde

MP – Medida Provisória

MP – Ministério Público

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

Nufrafs – Núcleos Regionais de Fiscalização da ANS

OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial de Saúde

Pais – Programa das Ações Integradas de Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNUD – Programa das Ações Unidas para o Desenvolvimento

POI – Programação e Orçamento Integrada

PPA – Plano de Pronta Ação

PPI – Programação Pactuada Integrada

Proadess – Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro

Procon – Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada da ANS

RE – Resolução de Diretoria da ANS

RES – Registro Eletrônico em Saúde

Resolução Consu – Resolução Normativa do Conselho Nacional de Saúde

Ripsa – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RN – Resolução Normativa da ANS. Expressa decisão normativa que regula a implementação da política de Saúde Suplementar nacional e a prestação dos serviços de assistência suplementar à saúde, inclusive para aprovação ou alteração do Regimento Interno da ANS e para a definição de instrumentos e sistemas de coletas periódicas de informações; possui alcance interno e externo

RPS – Registro de Planos de Saúde

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SAMHPS – Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIB – Sistema de Informações de Beneficiários da ANS

SIH – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM – Sistemas de Informações de Mortalidade

Sinasc – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

Sinpas – Sistema Nacional de Previdência Social
SIP – Sistema de Informações de Produtos da ANS
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNS – Sistema Nacional de Saúde
STF – Supremo Tribunal Federal
Suds – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
Susep – Superintendência de Seguros Privados
Tiss – Troca de Informações em Saúde Suplementar
Tunep – Tabela Única de Equivalência de Procedimentos
Unesco – Organização das Ações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
Unidas – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, M.J. ;ANDER-EGG, E., 1994. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis/RJ: Vozes.

ALMEIDA, C., *O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar*. Brasília: IPEA/PNUD.

ANDRADE, M. V., 2000. *Ensaio em Economia da Saúde*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, RJ: Escola de Pós-Graduação em Economia da Fundação Getúlio Vargas.

ANDRADE, L. O. M. 2001. *SUS passo a passo – normas, gestão e financiamento*. São Paulo, SP: Hucitec, Sobral, UVA.

AROUCA, A. S. S., 1975. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Tese de Doutorado, Campinas, SP: UNICAMP. Faculdade de Ciências Médicas.

ARROW, K., 1963. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, *American Economic Review*, 53: 941-73.

BAHIA, L.; VIANA, A. L., 2002. Introdução. In: *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Ministério da Saúde/ ANS, Rio de Janeiro, RJ.

BAHIA, L. 2002. *O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação*. In: Oficina DIPRO/GGTAP. *Imaginando e operando a Gestão da Atenção no Âmbito da Saúde Suplementar: (Textos de Apoio)*. ANS – Dir. Norm Hab Prod. Rio de Janeiro, RJ.

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

_____, 1999. *Mudanças e padrões das relações público-privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BARBOSA L., 1999. *Igualdade e meritocracia*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Getúlio Vargas.

BERWICK D. M.; GODFREY, A. B; ROESSNER, J., 1991. *Curing health care, new strategies for quality improvement, a report on the national demonstration project on quality improvement in health care*. San Francisco, C.A: Jossey-Bass.

BODSTERN, R., 2002. *Atenção básica na agenda da saúde*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*; 7 (3): 401-237.

Boletim de Saúde de Fortaleza, 2000. Sl Sit.; 1: ano 4.

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

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

BRASIL, 2003. Ministério da Saúde. ANS. Dados do setor. Brasília, DF: acesso em: 06 fev. 2004. Disponível em: [www.ans.gov.br/porta/site/dados_setor/dados sobre operadoras tópico 6679.asp?tópico=operadoras](http://www.ans.gov.br/porta/site/dados_setor/dados_sobre_operadoras_tópico_6679.asp?tópico=operadoras).

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

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

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Planejamento Estratégico (Texto de apoio aos participantes da Videoconferência realizada em Brasília)*; Projeto Eurobrasil. Disponível em: www.planejamento.gov.br/arquivosdown/seges/eurobrasil/planejamentoestrategicotexto.pdf.

BUENO, H; COSTA LIMA, J. R., 2002. *Sala de Situação de Saúde*. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde - RIPSAs; (CD-ROM). Brasília, DF

CAETANO, R. 2002. *Inovações e Trajetórias Tecnológicas no território das Imagens Médica*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ.

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

CAMPOS, G. W. de S; MINAYO, M. C. de S; AKERMAN, M; DRUMOND JR M; CARVALHO, Y. M de, 2006. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; São Paulo, SP: Hucitec.

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

_____, 1994. O. (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.

CECÍLIO, L. C. O., 1997. Modelos tecno-assistenciais: pirâmide ao círculo: uma possibilidade a ser explorada. In: *Cadernos de Saúde Pública* (3): 469-78 , Rio de Janeiro, RJ.

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

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

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

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

_____1982. *Explorations in quality assesment and monitoring*. In: Health administration press, Ann Arbor, Michigan.

_____,____, 1986. La investigación sobre la calidad de la atención médica. In: *Salud Publica de México*; Ciudad de Mexico.

_____,____1992. *Quality assurance in health care: consumers role quality*. Health care.

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

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

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

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

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

GERSCHMAN, S; VIANNA, M. L. W. (Org.). *A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro, RJ Fiocruz, 2003.

GOMEZ ; GOMEZ, E., 1989. *Marco conceptual y consideraciones metodológicas preliminares para desarrollo de un protocolo de investigación sobre evaluación de la calidad de la atención em um grupo de países americanos*. Washington DC: Opas.

HARTZ, Z. A., 1997. Avaliação em saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. In: Hartz, Z. M. A. (Org.); 131 pp; Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

_____, 1999. *Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. p. 341-54; Campinas, SP (4): 341-354.

HUERTAS, F. 1997. *O Método PES*. In: *Entrevista com Matus*. São Paulo, SP: FUNDAP

IRIART, A. C., 2000. *Atenção Gerenciada: Instituinte a Reforma Neoliberal*. Tese de Doutorado. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; Departamento de Medicina Preventiva e Social; Faculdade de Ciências Médicas.

_____, 2003. *Relatório parcial do projeto de pesquisa “Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil”*. In: *Relatório de acompanhamento das discussões parciais sobre a realidade brasileira e mecanismos de regulação vigente no Brasil*; ANS/DIPRO/GGTAP; p.27; Set.

JORGE, A. O. 2002. *A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo*. Tese de Doutorado. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; Departamento de Medicina Preventiva e Social; Faculdade de Ciências Médicas.

_____, _____. 2004. *Análise e relatório final contendo os modelos Assistenciais existentes para os componentes de Autogestão e Seguros-Saúde*. Agência Nacional de Saúde /DIPRO/GEPEQ: Pesquisa Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais para a ANS.

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

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

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

MATUS, C. *Estratégias políticas*. São Paulo (SP): FUNDAP, 1996.

_____, _____. 1993. *Política, planejamento e governo*. Brasília, DF: IPEA; Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br>: acessado em 04/2004.

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

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

MATTOS, R. A. *Integralidade e a formulação de políticas específicas em saúde*. In: Mattos, R A; Pinheiro, R (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. IMS/UERJ, p. 45-59 ; Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 2003.

MELLO, C. A. B de, 1999. *Curso de Direito Administrativo*. p. 629-30; Malheiros Editores, 11ª ed.

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

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

_____, ___ 2006. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo, SP: Hucitec: 2ª ed.

MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo, SP: Hucitec, 2006; 2ª ed.

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

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

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

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

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

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D. ; MACHADO, C. V., 2004. *A Gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências*. In: (Org.). *Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília/DF Ministério da Saúde, 2004, v., p. 45-94.

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

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

O que é o Planejamento Estratégico Situacional? In: *Revista Espaço Acadêmico*; Janeiro de 2004. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>

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

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

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

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

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

PIOLA, S. F; VIANNA, S. M., 2002. *Economia da Saúde: Conceitos e contribuição para a gestão da saúde*; Brasília, DF: IPEA, 3ª ed.

PUTNAM, R., 1996. *Comunidade e democracia. (A experiência da Itália moderna)*. Rio de Janeiro, RJ: FGV.

SANTOS, L. A., 2000. *Agencificação, publicização, contratualização e controle social – Possibilidade no âmbito da reforma do aparelho do Estado*. Brasília, DF: Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar – DIAP.

SANTOS, I. S., 2003. *O Setor de Planos e Seguros de Saúde e a Saúde do Trabalhador: Que rumo devemos seguir?* Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/EAabrangenciadaregulacao/3_IsoaresSantos_SetorPlanosSeguros.pdf

SANTOS, F. P., 2006. *A regulação pública da saúde pública no Brasil: caso da Saúde Suplementar*. Dissertação de Doutorado.

SCATENA, M A. N., 2004. *O Ressarcimento ao SUS: Análise do perfil de utilização do Sistema Único de Saúde segundo período da contratação dos planos*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, RJ: ENSP/FIOCRUZ.

STOVER, C; QUIGLEY, K; KRAUSHAAR, D. L., 1996. *Guidelines for setting Up a managed health care plan, health financing and management guidelines*. In: Management Sciences for Health; Boston.

TEIXEIRA, A., 2000. *Mercado e imperfeições de mercado: o caso da Saúde Suplementar*. In: *Cadernos de Saúde Suplementar*. Segundo Ciclo de Oficinas; Agência Nacional de Saúde Suplementar.

TEIXEIRA, A; BAHIA, L; VIANNA, M. L. W., 2002. *Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas no Brasil*. In: Teixeira, A. (Org.). *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*; p. 19-35. Ministério da Saúde / ANS; Rio de Janeiro, RJ.

THOMPSON, J. W. et al. *The NCQA's Quality Compass: evaluating managed care in the United States*. In: Health Affairs; p.152-8; New York: 1998; (17).

UGÁ, M. A. D. et.al, 2002. *A regulação da Atenção à Saúde nos EUA*. In: Teixeira, A. (Org.). *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da Atenção Médica Suplementar*. p. 264; Rio de Janeiro, RJ: ANS.

VICTORIA, C. G., 2001. *Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil*. In: *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Rio de Janeiro, RJ, (4).

VILAÇA, E., 2000. *Atuar em Saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.

TESTA, M., 2001. *Planejamento em Saúde: As determinações sociais*. OPAS.

WALKER, G J A; Wint, B., 1987. *Evaluación de la calidad de la atención médica en Jamaica*. In: Fórum Mundial de la Salud (8) p.568-73;

WANICK, A. T. de S., 2002. *Risco moral, seleção adversa e regulação no mercado de saúde suplementar*. Dissertação de Mestrado.

ANEXO I

Quadro I

BENEFICIÁRIOS DE PLANOS COM COBERTURA HOSPITALAR.

Relatório aprovado na Câmara dos Deputados – Artigo 12	Lei n. 9.656/98 alterada pela Medida Provisória n. 1.665 de 04/06/1998 – Artigo 12
<p>Caput - São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da</p> <p>I. cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:</p> <p>I - quando incluir atendimento ambulatorial: a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas,</p> <p>II. reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;</p> <p>II - quando incluir internação hospitalar: a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas,</p> <p>III. reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;</p> <p>II - quando incluir internação hospitalar: d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos,</p> <p>IV anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;</p> <p>II - quando incluir internação hospitalar: e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do</p> <p>VI paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;</p>	<p>Caput - São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde, nas segmentações previstas nos incisos de I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano ou seguro-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:</p> <p>I - quando incluir atendimento ambulatorial: a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;</p> <p>II - quando incluir internação hospitalar: a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;</p> <p>II - quando incluir internação hospitalar: d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;</p> <p>II - quando incluir internação hospitalar: e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;</p>

§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro referência, mencionado no art. 10, deve constar:

I declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;

II a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

Parágrafo único. Da documentação relativa à contratação de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro referência, mencionado no art. 10, deve constar declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano ou seguro-referência, a de que este lhe foi oferecido.

Quadro II

CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Modelo I	Modelo II
Projeto aprovado pela Câmara dos Deputados em out. de 97	Lei n. 9.656/98 alterada pela Medida Provisória 1665.
<p>Art. 6º Fica criada a Câmara de Saúde Suplementar como órgão do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, com competência privativa para se pronunciar acerca das matérias de sua audiência obrigatória, previstas no art. 3º, bem como propor a expedição de normas sobre:</p> <p>I - regulamentação das atividades das operadoras de planos e seguir os privados de assistência à saúde;</p> <p>II - fixação de condições mínimas dos contratos relativos a planos e seguros privados de assistência à saúde;</p> <p>III - critérios normativos em relação aos procedimentos de credenciamento e destituição de prestadores de serviço do sistema, visando assegurar o equilíbrio das relações entre os consumidores e os operadores de planos e seguros privados de assistência à saúde;</p> <p>VI - estabelecimento de mecanismos de garantia, visando preservar a prestação de serviços aos consumidores;</p> <p>V - o regimento interno da própria Câmara.</p>	<p>O art. 6º é revogado, e o artigo 3º é alterado com a supressão do “ouvido, obrigatoriamente, o órgão instituído nos termos do art. 6º desta Lei,...”. A CSS passa a ser regida pelo Art. 35 - B, que cria o CONSU, em seu parágrafo segundo:</p> <p>Fica instituída, no âmbito do CONSU, a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo, integrada:</p> <p>I - por um representante de cada Ministério a seguir indicado:</p> <ul style="list-style-type: none">a) da Saúde, na qualidade de seu Presidente;b) da Fazenda;c) da Previdência e Assistência Social;d) do Trabalho;e) da Justiça <p>II - pelo Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário;</p> <p>III - pelo Superintendente da SUSEP, ou seu representante;</p> <p>VI - por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicados:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Conselho Nacional de Saúde;b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;d) das entidades de defesa do consumidor;e) de entidades de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;f) dos órgãos superiores de classe que representem os estabelecimentos de seguro;

- g) dos órgãos superiores de classe que representem o segmento de auto-gestão de assistência à saúde;
- h) dos órgãos superiores de classe que representem a medicina de grupo;
- i) das entidades que representem as cooperativas de serviços médicos;
- j) das entidades filantrópicas da área de saúde;
- l) das entidades nacionais de representação da categoria dos médicos;
- m) das entidades nacionais de representação da categoria dos odontólogos;
- n) dos órgãos superiores de classe que representem as empresas de odontologia de grupo;
- o) da Federação Brasileira de Hospitais.

§ 4º Os membros da Câmara de Saúde

Quadro III

RELAÇÃO DAS RESOLUÇÕES, COM OS RESPECTIVOS ARTIGOS DA LEI

Resoluções CONSU	Artigo da Lei
Resolução CONSU n. 09/98 – Dispõe sobre o ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a usuários de plano ou seguro de saúde por instituições públicas ou privadas integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.	Artigos 32; 35-A
Resolução CONSU n. 10/98 – Dispõe sobre a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica e fixa as diretrizes para a cobertura assistencial;	Artigos 10, 12, 35-A; 35-F
Resolução CONSU n. 11/98 – Dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde.	Artigos 10; 12; 35-A; 35-F
Resolução CONSU n. 12/98 – Dispõe sobre a cobertura de transplante e seus procedimentos por parte das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.	Artigos 10; 12; 35-A; 35-F
Resolução CONSU n. 13/98 – Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.	Artigos 12; 35-A; 35-D; 35-F
Resolução CONSU n. 14/98 –Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades.	Artigos 11; 12; 14; 16; 35-A;
Resolução CONSU n. 15/98 –Dispõe sobre	Artigos 1º; 10; 11; 12; 15; 16; 25; 27; 2

Resoluções CONSU	Artigo da Lei
Resolução CONSU n. 09/98 – Dispõe sobre o ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a usuários de plano ou seguro de saúde por instituições públicas ou privadas integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.	Artigos 32; 35-A
Resolução CONSU n. 10/98 – Dispõe sobre a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica e fixa as diretrizes para a cobertura assistencial;	Artigos 10, 12, 35-A; 35-F
Resolução CONSU n. 11/98 – Dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde.	Artigos 10; 12; 35-A; 35-F
Resolução CONSU n. 12/98 – Dispõe sobre a cobertura de transplante e seus procedimentos por parte das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.	Artigos 10; 12; 35-A; 35-F
Resolução CONSU n. 13/98 – Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.	Artigos 12; 35-A; 35-D; 35-F
Resolução CONSU n. 14/98 –Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades.	Artigos 11; 12; 14; 16; 35-A;
Resolução CONSU n. 15/98 –Dispõe sobre as alterações nas Resoluções CONSU, publicadas no D.O.U de 04 de Novembro de 1998.	Artigos 1º; 10; 11; 12; 15; 16; 25; 27; 29; 35-A; 35-D

Resoluções CONSU	Artigo da Lei
Resolução CONSU n. 16/99 –Dispõe sobre a desobrigação, ou isenção parcial da segmentação de cobertura de planos de assistência à saúde perante a Lei n.9.656/98, no mercado supletivo de assistência à saúde.	Artigos 10; 12; 35-A
Resolução CONSU n. 17/99 –Dispõe sobre os agravos a que se refere a Resolução CONSU n.º 2, de 03.11.1998	Artigos 11; 35-A
Resolução CONSU n. 04/98 – Dispõe sobre as condições e prazos previstos para adaptações dos contratos em vigor à data de vigência da legislação específica.	Artigos 35; 35-A; 35-H
Resolução CONSU n. 05/98 – Dispõe sobre a caracterização de autogestão mediante a Lei n. 9656/98 e dentro do segmento supletivo de assistência à saúde no Brasil.	Artigos 1º; 8º; 9; 10; 19; 12; 16; 35-A
Resolução CONSU n. 06/98 – Dispõe sobre critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde.	Artigos 14; 15; 16; 35-A; 35-H
Resolução CONSU n. 07/98 –Dispõe sobre informações a serem disponibilizadas ao Ministério da Saúde por todas as operadoras, inclusive as de autogestão, previstas no artigo 1º da Lei n. 9.656/98.	Artigos 1º; 8º; 19; 20; 32; 35-A
Resolução CONSU n. 08/98 - Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.	Artigos 8º; 10; 12; 16; 30; 31; 32; 35-A; 35-C; 35-F
Resolução CONSU n. 09/98 – Dispõe sobre o ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a usuários de plano ou seguro de saúde por instituições públicas ou privadas integrantes do Sistema Único de Saúde -SUS.	Artigos 32; 35-A

Resoluções CONSU	Artigo da Lei
Resolução CONSU n. 10/98 – Dispõe sobre a elaboração do Rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica e fixa as diretrizes para a cobertura assistencial.	Artigos 10, 12, 35-A; 35-F
Resolução CONSU n. 11/98 –Dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde.	Artigos 10; 12; 35-A; 35-F
Resolução CONSU n. 12/98 – Dispõe sobre a cobertura de transplante e seus procedimentos por parte das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.	Artigos 10; 12; 35-A; 35-F
Resolução CONSU n. 13/98 – Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.	Artigos 12; 35-A; 35-D; 35-F
Resolução CONSU n. 14/98 –Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades.	Artigos 11; 12; 14; 16; 35-A;
Resolução CONSU n. 15/98 –Dispõe sobre as alterações nas Resoluções CONSU, publicadas no D.O.U de 04 de Novembro de 1998.	Artigos 1º; 10; 11; 12; 15; 16; 25; 27; 29; 35-A; 35-D
Resolução CONSU n. 16/99 –Dispõe sobre a desobrigação, ou isenção parcial da segmentação de cobertura de planos de assistência à saúde perante a Lei n. 9.656/98, no mercado supletivo de assistência à saúde.	Artigos 10; 12; 35-A
Resolução CONSU n. 17/99 –Dispõe sobre os agravos a que se refere a Resolução CONSU n. 2, de 03.11.1998.	Artigos 11; 35-A

Resoluções CONSU	Artigo da Lei
Resolução CONSU n 18/99 –Dispõe sobre o rito e prazos do processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de penalidades previstas na Lei n. 9.656/98	Artigos 25; 27; 29; 35-A; 35-D
Resolução CONSU n. 19/99– Dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados.	Artigos 23; 30; 31; 35-A
Resolução CONSU n 20/99 – Dispõe sobre a regulamentação do artigo 30 da Lei n. 9.656/98.	Artigos 30; 35-A
Resolução CONSU n. 21/99 – Dispõe sobre a regulamentação do artigo 31 da Lei n.9.656/98.	Artigos 31, 35-A
Resolução CONSU n. 22/99– Altera as Resoluções CONSU n. 7 e 9/98, que dispõem sobre informações ao MS, ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a beneficiários de plano privado de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas integrantes do SUS.	Artigos 20; 32; 35-A
Resolução CONSU n. 23/99– Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos–TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas integrantes do SUS.	Artigos 32; 35-A

Quadro IV

RESOLUÇÕES DA DIRETORIA COLEGIADA, POR BLOCOS DE REGULAMENTAÇÃO

GRUPOS DE REGULAMENTO	RESOLUÇÕES DA ANS ⁷⁶
COBERTURA ASSISTENCIAL	RDC 10; RDC 11; RDC 21; RDC 41; RDC 42; RDC 67; RDC 68; RDC 81; RN 09 e RN 82.
ECONÔMICO - FINANCEIRO	RDC 22; RDC 27; RDC 29; RDC 38; RDC 46; RDC 66; RDC 77; RN 03; RN 08; RN 14; RN 19; RN 27; RN 28; RN 36; RN 45; RN 57; RN 63; RN 67; RN 74; RN 75; RN 94; RN 99; RN 104; RN 105; RN 106; RN 118; RN 119; RN 122; RN 126; RN 128 e RN 129.
NORMATIZAÇÃO PARA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO MERCADO	RDC 04; RDC 05; RDC 06; RDC 07; RDC 13; RDC 14; RDC 20; RDC 23; RDC 24; RDC 25; RDC 43; RDC 26; RDC 28; RDC 35; RDC 39; RDC 47; RDC 55; RDC 57; RDC 64; RDC 65; RDC 78; RDC 79; RDC 83; RN 01; RN 04; RN 11; RN 16; RN 18; RN 20; RN 21; RN 24; RN 25; RN 26; RN 35; RN 32; RN 40; RN 42; RN 44; RN 49; RN 50; RN 54; RN 55; RN 59; RN 60; RN 62; RN 64; RN 69; RN 70; RN 71; RN 78; RN 79; RN 80; RN 85; RN 91; RN 100; RN 108; RN 109; RN 112; RN 117 e RN 124.
SISTEMA DE INFORMAÇÕES E MONITORAMENTO DO MERCADO	RDC 03; RDC 85; RN 02; RN 06; RN 17; RN 29; RN 37; RN 39; RN 47; RN 53; RN 56; RN 61; RN 72; RN 95; RN 86; RN 88; RN 96; RN 107; RN 113; RN 114 e RN 127.
AGÊNCIA: FUNCIONAMENTO E FINANCIAMENTO	RDC 01; RDC 02; RDC 08; RDC 09; RDC 12; RDC 15; RDC 16; RDC 19; RDC 30; RDC 31; RDC 32; RDC 36; RDC 37; RDC 50; RDC 58; RDC 59; RDC 70; RDC 71; RDC 88; RDC 95; RN 07; RN 10; RN 22; RN 33; RN 38; RN 41; RN 46; RN 48; RN 51; RN 58; RN 65; RN 66; RN 68; RN 73; RN 76; RN 77; RN 81; RN 83; RN 87; RN 89; RN 97; RN 98; RN 90; RN 101; RN 102; RN 103; RN 111; RN 115; RN 116; RN 121; RN 123; RN 125; RN 130; RN 132; RN 133 e RN 134.

⁷⁶ As Resoluções da Diretoria Colegiada "RDC" passaram a ser chamadas RN.

REGIMES ESPECIAIS

RDC 40; RDC 44; RDC 45; RDC 48; RDC 49;
RDC 51; RDC 52; RDC 53; RDC 54; RDC 56;
RDC 60; RDC 61; RDC 63; RDC 69; RDC 72;
RDC 73; RDC 74; RDC 75; RDC 76; RDC 80;
RDC 82; RDC 84; RDC 86; RDC 87; RDC 89;
RDC 90; RDC 91; RDC 92; RDC 93 e RDC
94.

RESSARCIMENTO

RDC 17; RDC 18; RDC 62; RN 05; RN 12;
RN 13; RN 15; RN 23; RN 30 - CANCELADA;
RN 31; RN 34; RN 43; RN 84; RN 92; RN 93;

ANEXO II

Quadro I

QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS: DIMENSÃO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

Indicadores	Indicadores / Fases		
	1	2	3
Taxa de Prematuridade	X	X	X
Proporção de Parto Cesáreo	X	X	X
Taxa de Natimortalidade	X	X	X
Taxa de Internações por Complicações no Período de Puerpério*	X		
Taxa de Internações por Transtornos Maternos na Gravidez*	X		
Proporção de Internações por Transtornos Maternos Hemorrágicos durante a Gravidez, Parto e Puerpério		X	X
Proporção de Internações por Transtornos Maternos Hipertensivos no Período da Gravidez, Parto e Puerpério		X	X
Proporção de Internações por Transtornos Maternos Infecciosos durante o Puerpério		X	X
Proporção de Internações por Gravidez Terminada em Aborto		X	X
Taxa de Procedimentos Preventivos Odontológicos**	X		
Índice de Procedimentos de Periodontia**	X		
Taxa de Procedimentos Endodônticos**	X		
Índice de Procedimentos de Dentística***	X		
Consultas Odontológicas Iniciais por Exposto		X	X
Procedimentos de Endodontia por Exposto		X	X
Procedimentos de Periodontia por Exposto		X	X
Exodontias por Exposto		X	X
Procedimentos Odontológicos Preventivos por Exposto		X	X
Taxa de Internações por Amputação de Membros Inferiores por Diabetes Mellitus		X	X
Taxa de Internações por Diabetes Mellitus		X	X
Taxa de Internações por Doenças Cerebrovasculares		X	X
Taxa de Internações por Infarto Agudo do Miocárdio		X	X

Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto	X	X
Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Colo de Útero	X	X
Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Mama Feminina	X	X
Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Próstata	X	X
Taxa de Mamografia	X	X
Taxa de Citologia Oncótica de Colo de Útero	X	X
Letalidade por Infarto Agudo do Miocárdio		X
Taxa de Mortalidade por Causas Mal Definidas		X
Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus		X
Taxa de Mortalidade por Doença do Aparelho Circulatório		X
Taxa de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares		X
Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo Miocárdio		X
Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Colo de Útero		X
Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto		X
Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Mama Feminina		X
Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Próstata		X

Notas: * Os indicadores de Taxa de Internações por Transtornos Maternos na Gravidez e Taxa de Internações por Complicações no Período do Puerpério serão substituídos a partir da 2ª fase pelos indicadores: Taxa de Internações por Transtornos Maternos Hemorrágicos durante a Gravidez Parto e Puerpério; Taxa de Internações por Transtornos Maternos Hipertensivos no Período da Gravidez, Parto e Puerpério; Taxa de Internações por Transtornos Maternos Infecciosos durante o Puerpério; Taxa de Internações por Gravidez Terminada em Aborto;

** Indicadores foram substituídos pelos seguintes: Número de procedimentos endodônticos; Número de procedimentos de periodontia; Número de procedimentos odontológicos preventivos;

*** Indicador retirado do Programa de Qualificação.

QUADRO II

QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS: DIMENSÃO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA

Indicadores	Indicadores / Fases		
	1	2	3
Grau de Endividamento	X	X	X
Índice de Imobilização do Patrimônio Líquido	X	X	X
Índice de Liquidez Corrente	X	X	X
Índice de Liquidez Geral Ajustada	X	X	X
Índice de Rentabilidade	X	X	X
Índice de Despesa Assistencial	X	X	X
Índice Combinado	X	X	X
Índice Combinado Ampliado	X	X	X
Índice de Liquidez de Necessidade de Capital de Giro		X	X
Índice de Enquadramento em Garantias Financeiras		X	X
Subtotal	8	10	10

QUADRO III

QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS: DIMENSÃO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ESTRUTURA E OPERAÇÃO

Indicadores	Indicadores / Fases		
	1	2	3
Proporção de Beneficiários de Planos Antigos	X	X	X
Proporção de Permanência de Beneficiário	X	X	X
Taxa de Variação de Beneficiários	X	X	X
Taxas de Regularização	X	X	X
Proporção do Tempo de Desistência do Beneficiário	X	X	X
Índice de Ressarcimento		X	X
Taxa de Internações de Beneficiários na Rede Hospitalar do SUS		X	X
Variação da Rede Hospitalar			X
Índice de Adaptação / Migração de Contratos			X
Taxa de Contratualização da Rede Hospitalar			X
Subtotal	5	7	10

QUADRO IV

QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS: DIMENSÃO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS⁷⁷

Indicadores	Indicadores/Fase		
	1	2	3
Índice de Reclamação - com Auto de Infração	X	X	X
Índice de Processos Transitados em Julgado		X	X
Índice de Reclamação junto aos PROCONS			X
Pesquisa Quali - Quantitativa de Satisfação			X
Subtotal	1	2	4

QUADRO V

QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS: RESUMO DO NÚMERO DE INDICADORES, POR DIMENSÃO DA QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS

Dimensões	Indicadores		
	1ª Fase	2ª Fase	3ª Fase
Atenção à Saúde	9	22	34
Econômico - Financeira	8	10	10
Estrutura e Operação	5	7	10
Satisfação do Beneficiário	1	2	4
TOTAL	23	41	58

⁷⁷ Na 3ª fase de implantação da Qualificação das Operadoras, a ANS irá desenvolver uma pesquisa quantitativa, visando dimensionar a satisfação do beneficiário e outras dimensões da Saúde Suplementar

QUADRO VI

QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL: DIMENSÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DE PROCESSOS REGULATÓRIOS

Indicadores	Fases	
	1ª	2ª
Efetividade da Identificação de Atendimentos para fins de Ressarcimento ao SUS	X	
Índice de Efetividade de Direção Técnica		X
Índice de Conclusão de Direções Fiscais e Técnicas	X	
Índice de Inscrição de Dívidas Ativas		X
Efetividade do Acompanhamento de Operadoras		X
Índice de Medidas Regulatórias Pró-ativas		X
Efetividade de no Recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar por Plano de Assistência à Saúde TPS	X	
Taxa de Conclusão de Processos Finalísticos	X	

QUADRO VII

QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL: DIMENSÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Indicadores	Fases	
	1 ^a	2 ^a
Difusão do Conhecimento		X
Índice de Resposta Institucional a Processos Finalísticos		X
Índice de Divulgação do Caderno de Informação da Saúde Suplementar de Beneficiários, Operadoras e Planos		X
Capacitação de Pessoal	X	
Concentração de Horas de Treinamento por servidor	X	
Taxa de Conclusão de Processos Meio de Infra-estrutura	X	
Tempo Médio de Atendimento do Suporte de Informática	X	

QUADRO VIII

QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL: DIMENSÃO DE IMAGEM INSTITUCIONAL

Indicadores	Fases	
	1ª	2ª
Índice de Apuração de Demandas Institucionais	X	
Índice de Aprovação da ANS pelas Operadoras	X	
Índice de Aprovação da ANS pelos Prestadores	X	
Índice de Aprovação da ANS pelos Beneficiários		X
Índice de Aprovação da ANS junto aos Órgãos de Defesa do Consumidor		X
Índice de Aprovação da ANS junto aos Gestores do SUS		X
Índice de Conhecimento da ANS pelas Operadoras		X
Índice de Conhecimento da ANS pelos Prestadores		X
Índice de Conhecimento da ANS pelos Beneficiários		X
Índice de Conhecimento da ANS junto aos Órgãos de Defesa do Consumidor		X
Índice de Conhecimento da ANS junto aos Gestores do SUS		X

QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS⁷⁸: RESULTADOS DA 1ª FASE^{79,80}

QUADRO IX

NÚMERO DE OPERADORAS, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE – 2004

Modalidade	Porte		
	1 - 1 a 9.999	2 - 10.000 a 99.999	3 - Mais que 100.000
Médico-Hospitalar			
Autogestão	38	9	1
Autogestão Patrocinada	57	31	8
Cooperativa Médica	70	87	13
Filantropia	40	22	1
Medicina de Grupo	75	97	19
Seguradora Especializada em Saúde	1	5	3
Total	281	251	45
Exclusivamente odontológica			
	1 - 1 a 4.999	2 - 5.000 a 19.999	5 - Mais que 20.000
Cooperativa odontológica	53	37	14
Odontologia de Grupo	112	34	21
Total	165	71	35
Total	446	322	80

⁷⁸ Foram consideradas as operadoras analisadas na Qualificação de Operadoras.

Para as Operadoras Exclusivamente Odontológicas (Odontologia de Grupo de Cooperativa Odontológica) os portes são definidos como: Porte 1 : 1 a 4.999; Porte 2 : 5.000 a 19.999; Porte 3 : Mais que 20.000; Para as demais Operadoras os portes são definidos como: Porte 1 : 1 a 9.999; Porte 2 : 10.000 a 99.999; Porte 3 : Mais que 100.000;

⁷⁹ O processamento dessa fase foi em dezembro de 2005

⁸⁰ Fontes Otimizadas nessa fase: CADOP – Nov/2005; DIOPS – ANS/MS – Out/2005; FIP – ANS/MS – Out/2005; SIP – ANS/MS – Out/2005; SIB – ANS/MS – Set/2005

QUADRO X

NÚMERO MÉDIO DE BENEFICIÁRIOS, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE – 2004

Modalidade	Porte			Total
	1 - 1 a 9.999	2 - 10.000 a 99.999	3 - Mais que 100.000	
Médico-Hospitalar				
Autogestão	106.016	284.444	188.503	578.963
Autogestão Patrocinada	195.830	992.081	2.384.111	3.572.022
Cooperativa Médica	319.543	2.875.646	3.008.106	6.203.295
Filantropia	176.588	641.305	115.313	933.206
Medicina de Grupo	340.031	3.390.959	5.763.541	9.494.531
Seguradora Especializada em Saúde	2.423	349.046	2.917.417	3.268.886
Total	1.140.431	8.533.481	14.376.991	24.050.903
Exclusivamente Odontológica	1 - 1 a 4.999	2 - 5.000 a 19.999	5 - Mais que 20.000	Total
Cooperativa odontológica	112.377	355.914	581.957	1.050.248
Odontologia de Grupo	165.573	371.101	2.058.039	2.594.713
Total	277.950	727.015	2.639.996	3.644.961
Total	1.418.381	9.260.496	17.016.987	27.695.864

QUADRO XI

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR SEGMENTAÇÃO E PORTE DA OPERADORA – 2004

Segmentação Assistencial	1 a 9.999	10.000 a 99.999	Mais que 100.000	IDSS
Médico-Hospitalar	0,653	0,618	0,590	0,602
	1 a 4.999	5.000 a 19.999	Mais que 20.000	IDSS
Exclusivamente Odontológico	0,804	0,802	0,649	0,673

QUADRO XII

Segmentação Assistencial	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário
Médico-Hospitalar	0,535	0,680	0,671	0,654
Exclusivamente Odontológico	0,679	0,728	0,536	0,991

QUADRO XIII

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO MODALIDADE – 2004

Modalidade	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	IDSS
Autogestão	0,4954	0,5894	0,5851	0,8498	0,5671
Autogestão Patrocinada	0,6223	0,6347	1,0000	0,7287	0,7475
Cooperativa Médica	0,5930	0,6795	0,6689	0,7062	0,6357
Cooperativa odontológica	0,7299	0,7083	0,5788	0,9729	0,7067
Filantropia	0,5336	0,6609	0,4605	0,6702	0,5381
Medicina de Grupo	0,5251	0,7008	0,5990	0,6227	0,5746
Odontologia de Grupo	0,6591	0,7362	0,5097	0,9987	0,6559
Seguradora Especializada em Saúde	0,3656	0,6938	0,6475	0,5249	0,4989

QUADRO XIV

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE: AUTOGESTÃO – 2004

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Média de Beneficiários
1 - 1 a 9.999	0,6507	0,6468	0,5960	0,9491	38	106.016
2 - 10.000 a 99.999	0,4528	0,6273	0,5305	0,7133	9	284.444
3 - Mais que 100.000	0,4722	0,5000	0,6611	1,0000	1	188.503

QUADRO XV

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE: AUTOGESTÃO PATROCINADA – 2004

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Média de Beneficiários
1 - 1 a 9.999	0,5777	0,5618	1,0000	0,9660	57	195.830
2 - 10.000 a 99.999	0,5520	0,6124	1,0000	0,9319	31	992.081
3 - Mais que 100.000	0,6552	0,6500	1,0000	0,6247	8	2.384.111

QUADRO XVI

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE:
COOPERATIVA MÉDICA – 2004

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Média de Beneficiários
1 - 1 a 9.999	0,5806	0,6600	0,7009	0,8034	70	319.543
2 - 10.000 a 99.999	0,5701	0,6654	0,6603	0,8477	87	2.875.646
3 - Mais que 100.000	0,6161	0,6950	0,5540	0,5606	13	3.008.106

QUADRO XVII

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE:
COOPERATIVA ODONTOLÓGICA – 2004

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Média de Beneficiários
1 - 1 a 4.999	0,9316	0,7084	0,5614	1,0000	53	112.377
2 - 5.000 a 19.999	0,9398	0,7154	0,5781	1,0000	37	355.914
3 - Mais que 20.000	0,5625	0,7039	0,6462	0,9511	14	581.957

QUADRO XVIII

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE:
FILANTROPIA – 2004

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Média de Beneficiários
1 - 1 a 9.999	0,5625	0,6307	0,4546	0,8557	40	176.588
2 - 10.000 a 99.999	0,4986	0,6682	0,4655	0,6498	22	641.305
3 - Mais que 100.000	0,6842	0,6667	0,5859	0,5000	1	115.313

QUADRO XIX

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE:
MEDICINA DE GRUPO – 2004

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Média de Beneficiários
1 - 1 a 9.999	0,6267	0,6148	0,5804	0,8952	75	340.031
2 - 10.000 a 99.999	0,5601	0,7018	0,6040	0,7012	97	3.390.959
3 - Mais que 100.000	0,4984	0,7054	0,6467	0,5605	19	5.763.541

QUADRO XX

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE:
ODONTOLOGIA DE GRUPO – 2004

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Média de Beneficiários
1 - 1 a 4.999	0,9864	0,7111	0,4835	0,9794	112	165.573
2 - 5.000 a 19.999	0,9180	0,6701	0,5416	1,0000	34	371.101
3 - Mais que 20.000	0,5861	0,7501	0,5981	1,0000	21	2.058.039

QUADRO XXI

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE:
SEGURADORAS ESPECIALIZADA EM SAÚDE – 2004

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Média de Beneficiários
1 - 1 a 9.999	0,4167	0,6667	0,7018	1,0000	1	2.423
2 - 10.000 a 99.999	0,4413	0,7798	0,6526	0,7296	5	349.046
3 - Mais que 100.000	0,3565	0,6835	0,6208	0,5000	3	2.917.417

QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS: RESULTADOS DA 2ª FASE⁸¹

QUADRO XXII

NÚMERO DE OPERADORAS, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE – 2005

Modalidade	Porte			Total
	1 - 1 a 9.999	2 - 10.000 a 99.999	3 - Acima de 100.000	
Médico-Hospitalar				
Autogestão	40	11	1	52
Autogestão Patrocinada	71	30	9	110
Cooperativa Médica	97	123	18	238
Filantropia	41	32	1	74
Medicina de Grupo	98	115	24	237
Seguradora Especializada em Saúde	1	5	6	12
Total	348	316	59	723
Exclusivamente Odontológica	1 - 1 a 4.999	2 - 5.000 a 19.999	5 - Acima de 20.000	Total
Cooperativa odontológica	41	29	11	81
Odontologia de Grupo	59	25	18	102
Total	100	54	29	183
Total	448	370	88	906

QUADRO XXIII

NÚMERO MÉDIO DE BENEFICIÁRIOS, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE – 2005

Modalidade	Porte			Total
	1 - 1 a 9.999	2 - 10.000 a 99.999	3 - Acima de 100.000	
Médico-Hospitalar				
Autogestão	128.013	327.909	202.020	657.942
Autogestão Patrocinada	215.928	803.757	3.263.351	4.283.036
Cooperativa Médica	440.748	4.072.183	3.895.665	8.408.596
Filantropia	168.354	804.888	119.094	1.092.336
Medicina de Grupo	401.005	3.716.982	7.564.451	11.682.438
Seguradora Especializada em Saúde	1.237	325.661	4.424.953	4.751.851
Total	1.355.285	10.051.380	19.469.534	30.876.199
Exclusivamente Odontológica	1 - 1 a 4.999	2 - 5.000 a 19.999	5 - Acima de 20.000	Total
Cooperativa odontológica	76.430	305.563	469.301	851.294
Odontologia de Grupo	88.412	293.875	2.187.042	2.569.329
Total	164.842	599.438	2.656.343	3.420.623
Total	1.520.127	10.650.818	22.125.877	34.296.822

⁸¹ O processamento dessa fase foi em 26/06/2006

QUADRO XXIV

QUADRO XXIV – ÍNDICE DE DESEMPENHO^{82,83} POR SEGMENTAÇÃO DA OPERADORA E PORTE DA OPERADORA – 2005

Segmentação Assistencial	1 a 9.999	10.000 a 99.999	Acima de 100.000	IDSS
Médico-Hospitalar	0,537	0,533	0,563	0,551
	1 a 4.999	5.000 a 19.999	Acima de 20.000	IDSS
Exclusivamente Odontológico	0,481	0,489	0,529	0,506

QUADRO XXV

QUADRO XXV – ÍNDICE DE DESEMPENHO POR SEGMENTAÇÃO DA OPERADORA E DIMENSÃO – 2005

Segmentação Assistencial	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário
Médico-Hospitalar	0,434	0,656	0,678	0,740
Exclusivamente Odontológico	0,342	0,735	0,590	0,998

QUADRO XXVI

DISTRIBUIÇÃO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO, SEGUNDO MODALIDADE POR INTERVALO – 2005

Modalidade	0,00 a 0,25	0,25 a 0,50	0,50 a 0,75	0,75 a 1,00	Total
	Médico-Hospitalar				
Autogestão	3	24	23	2	52
Autogestão Patrocinada	-	5	90	15	110
Cooperativa Médica	1	86	149	1	237
Filantropia	2	40	31	-	73
Medicina de Grupo	7	102	111	2	222
Seguradora Especializada em Saúde	-	1	10	1	12
Total	13	258	414	21	706
	Exclusivamente Odontológico				
Cooperativa odontológica	-	32	48	1	81
Odontologia de Grupo	4	63	34		101
Total	4	95	82	1	182
Total	17	353	496	22	888

⁸² Foram consideradas as Operadoras que puderam ter o IDSS calculado.

⁸³ Excluídas as operadoras em Regime especial

QUADRO XXVII

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE: AUTOGESTÃO – 2005

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Beneficiários
1 - 1 a 9.999	0,3601	0,5524	0,4693	0,9942	40	128.013
2 - 10.000 a 99.999	0,4131	0,5428	0,3216	0,8442	11	327.909
3 - Acima de 100.000	0,1579	0,3750	0,8581	1,0000	1	202.020

QUADRO XXVIII

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE: AUTOGESTÃO PATROCINADA – 2005

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Média de Beneficiários
1 - 1 a 9.999	0,5625	0,6307	0,4546	0,8557	40	176.588
2 - 10.000 a 99.999	0,4986	0,6682	0,4655	0,6498	22	641.305
3 - Mais que 100.000	0,6842	0,6667	0,5859	0,5000	1	115.313

QUADRO XXIX

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE: COOPERATIVA MÉDICA – 2005

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Beneficiários
1 - 1 a 9.999	0,3986	0,6289	0,6781	0,7483	97	440.748
2 - 10.000 a 99.999	0,3973	0,6473	0,6443	0,8241	123	4.072.183
3 - Acima de 100.000	0,4178	0,6888	0,6249	0,6720	18	3.895.665

QUADRO XXX

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE: COOPERATIVA ODONTOLÓGICA – 2005

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Beneficiários
1 - 1 a 4.999	0,3212	0,7422	0,6139	1,0000	41	76.430
2 - 5.000 a 19.999	0,3622	0,7369	0,5047	1,0000	29	305.563
3 - Acima de 20.000	0,4024	0,8010	0,6234	1,0000	11	469.301

QUADRO XXXI

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE: FILANTROPIA – 2005

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Beneficiários
1 - 1 a 9.999	0,4221	0,5768	0,4571	0,9709	41	168.354
2 - 10.000 a 99.999	0,3223	0,6126	0,4380	0,8862	32	804.888
3 - Acima de 100.000	0,3980	0,5938	0,6907	1,0000	1	119.094

QUADRO XXXII

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE E MODALIDADE: MEDICINA DE GRUPO – 2005

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Beneficiários
1 - 1 a 9.999	0,3445	0,5626	0,5598	0,9452	98	401.005
2 - 10.000 a 99.999	0,3949	0,6424	0,6051	0,8693	115	3.716.982
3 - Acima de 100.000	0,4697	0,6915	0,6390	0,6488	24	7.564.451

QUADRO XXXIII

ÍNDICE DE DESEMPENHO POR DIMENSÃO, SEGUNDO PORTE - MODALIDADE:
SEGURADORAS ESPECIALIZADA EM SAÚDE – 2005

Porte	Atenção à Saúde	Estrutura e Operação	Econômico-Financeiro	Satisfação do Beneficiário	No. Operadoras	Beneficiários
1 - 1 a 4.999	0,2691	0,7475	0,5114	0,9924	59	88.412
2 - 5.000 a 19.999	0,3000	0,7048	0,4921	0,9781	25	293.875
3 - Acima de 20.000	0,3350	0,7245	0,6102	1,0000	18	2.187.042

