

Regulação dos planos privados de assistência à saúde pela ANS: avaliação, perspectivas e interface SUS-Saúde Suplementar

Januario Montone, Diretor Presidente da ANS

Conselho Nacional de Saúde
Brasília DF, 06 junho 2001



INTRODUÇÃO

Antes de mais nada gostaria de registrar minha satisfação em estar novamente participando de uma reunião do Conselho Nacional de Saúde, principalmente neste momento em que a Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde completa seu terceiro ano. Lembro que em junho do ano passado, quando a ANS completava seu primeiro semestre de existência, aqui estive para dar conta a este Conselho dos primeiros passos na organização da Agência.

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

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



O MODELO DE REGULAÇÃO NO BRASIL

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

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

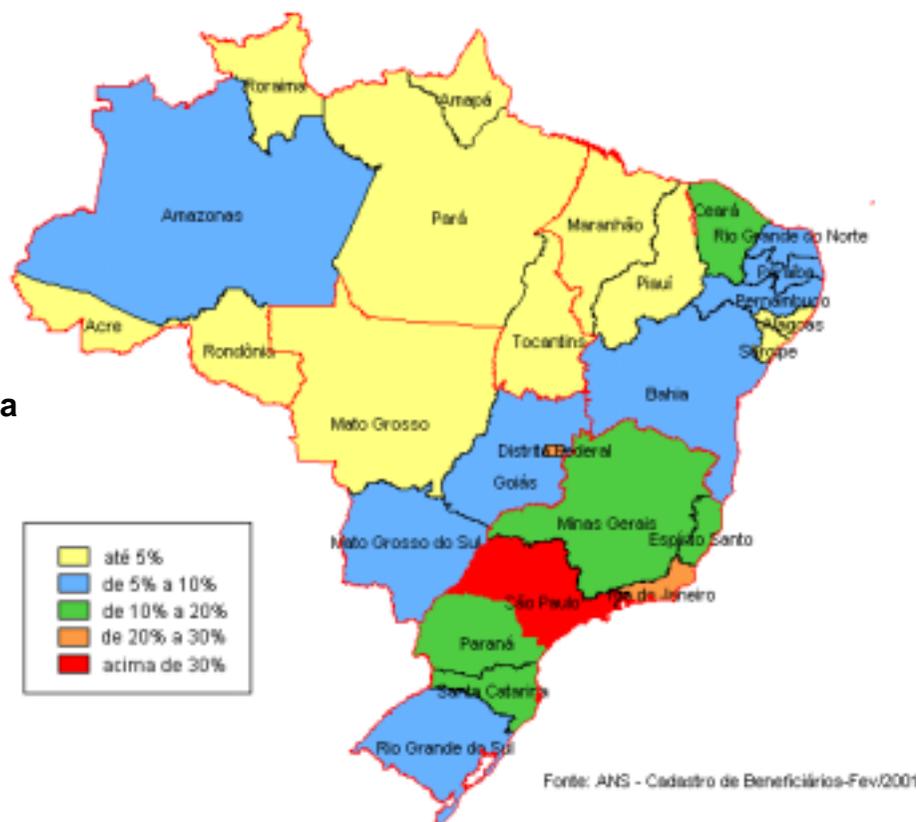
Também é importante reafirmar a relevância da regulamentação desse setor por seus evidentes impactos na população brasileira. Dois aspectos merecem destaque, e serão aqui apresentados através de duas taxas: a taxa de cobertura da população brasileira pela saúde suplementar e a taxa de concentração do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

Taxa de Cobertura: considerando os dados cadastrais da ANS, de fevereiro deste ano, 16,2% dos brasileiros são usuários de planos privados de assistência à saúde, embora as estimativas elaboradas com base na PNAD/IBGE (de 1998) indiquem que a taxa de cobertura da população brasileira pelos planos de saúde atinja 1/4 da população.



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

Taxa de cobertura por unidade da federação



O Modelo de Regulação no Brasil



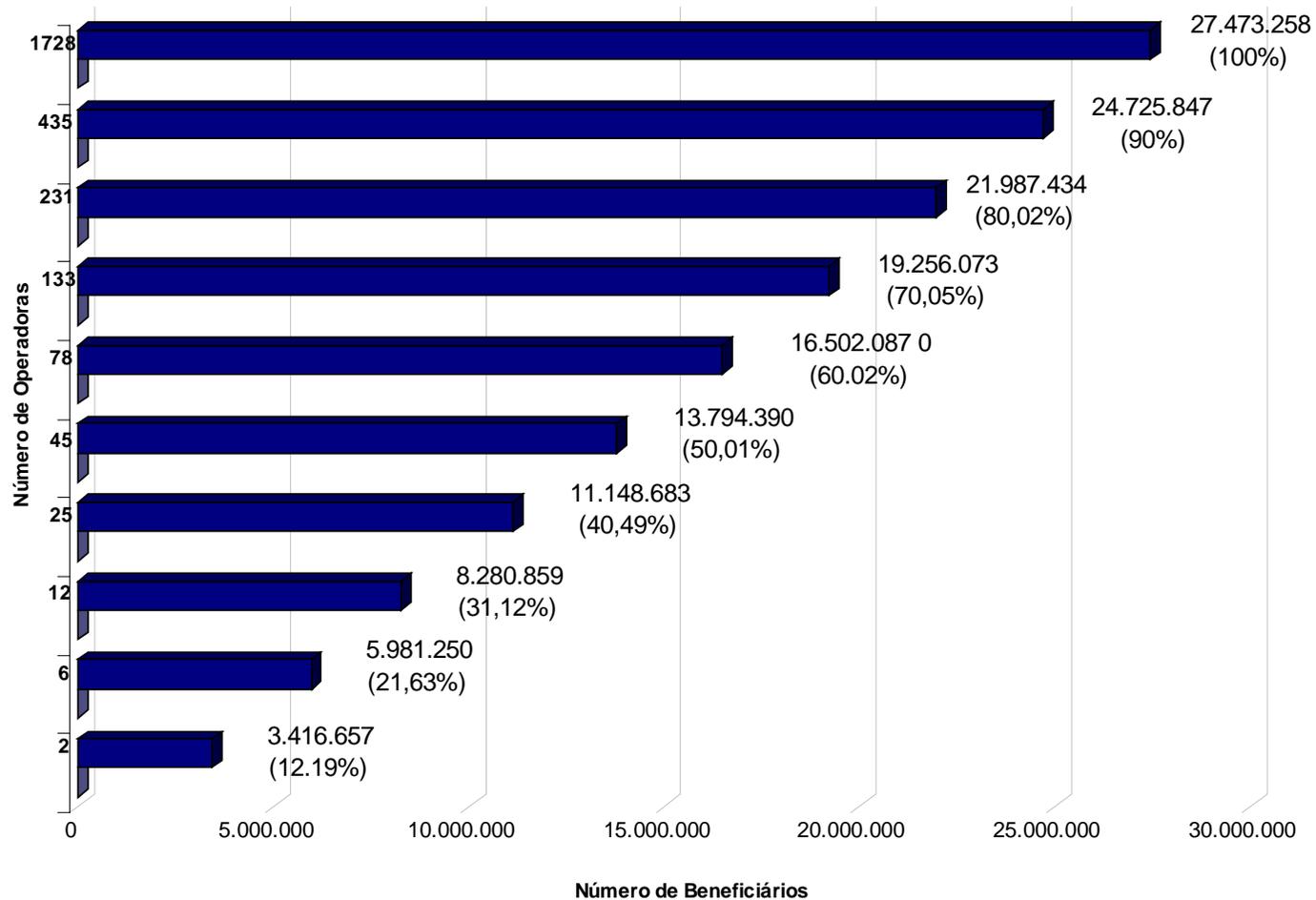
Esses percentuais referem-se ao total de usuários cadastrados, portanto abaixo do total estimado e com coberturas assistenciais bastante diferenciadas, mas isso não diminui seu impacto.

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

O Modelo de Regulação no Brasil



Concentração de beneficiários por operadora – fevereiro/2001



O Modelo de Regulação no Brasil



OBJETIVOS DA REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

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

Os objetivos da regulamentação poderiam ser resumidos em seis pontos:

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



ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

As estratégias de implantação para a consecução desses objetivos são diferenciadas a partir da própria conjuntura de uma atividade já existente, não regulada e pouco conhecida:

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



1. Quanto à Cobertura Assistencial e Condições de Acesso

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

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

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

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



2. Quanto ao controle das operadoras e aos mecanismos de garantia

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

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

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

3. Quanto ao Ressarcimento ao SUS

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



4. Quanto ao Controle da Abusividade de Preços

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

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

5. Quanto ao modelo de regulação

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



REVISÃO DAS ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

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

Quanto à cobertura assistencial e às condições de acesso

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

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

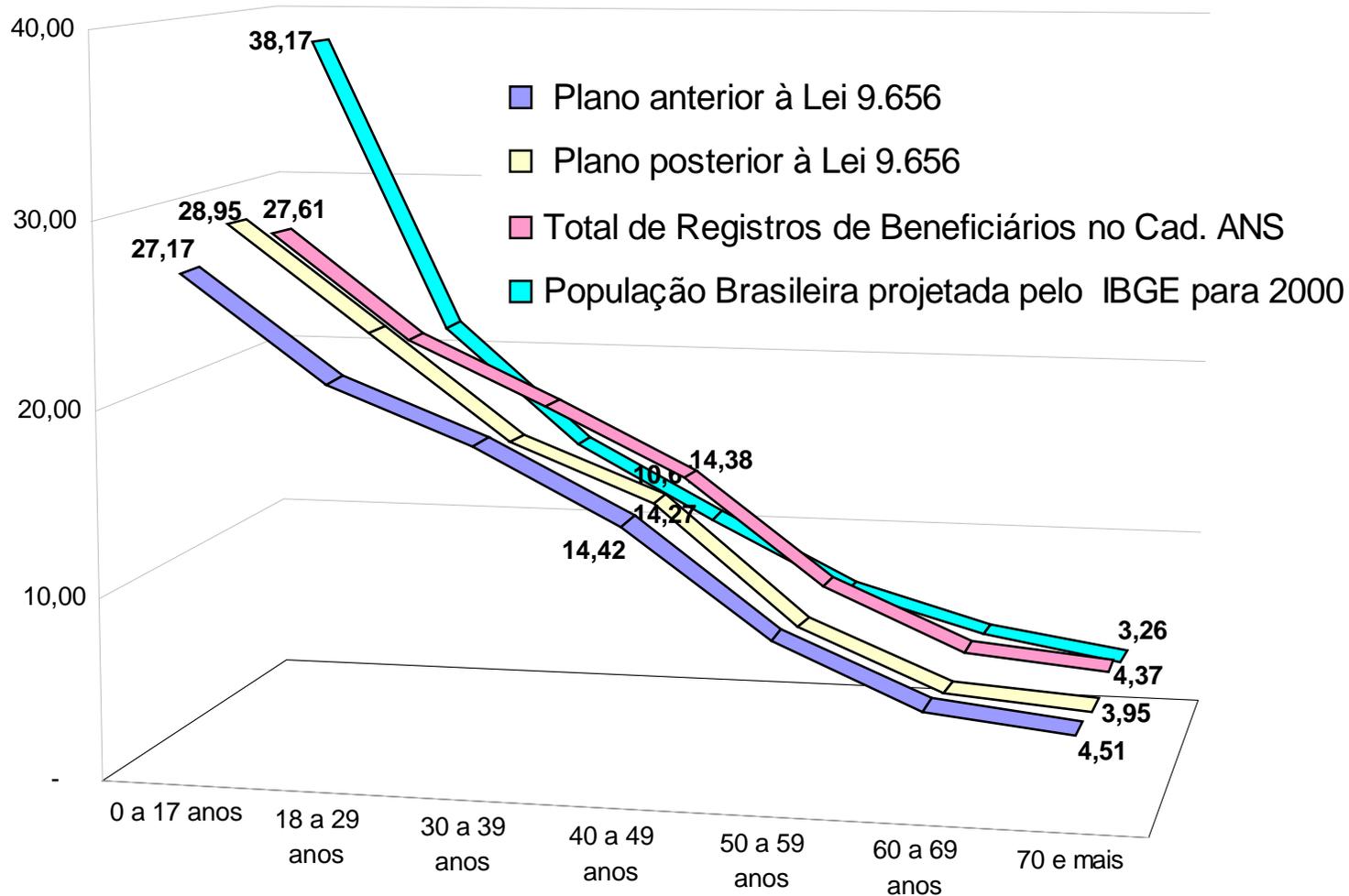
Abaixo apresentamos tabela e gráfico sobre a distribuição por faixa etária dos usuários vinculados a contratos anteriores e posteriores à regulamentação. Verifica-se que, exceto para a faixa até 17 anos, esta distribuição se assemelha muito à distribuição geral da própria população brasileira.



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

Faixa etária	Plano anterior à Lei 9.656	Plano posterior à Lei 9.656	Total
0 a 17 anos	5.903.968	2.111.270	8.015.238
18 a 29 anos	4.653.204	1.686.055	6.339.259
30 a 39 anos	4.007.559	1.265.975	5.273.534
40 a 49 anos	3.134.730	1.040.577	4.175.307
50 a 59 anos	1.898.458	570.136	2.468.594
60 a 69 anos	1.155.358	331.346	1.486.704
70 e mais	980.375	288.317	1.268.692
TOTAL	21.733.652	7.293.676	29.027.328

Revisão das estratégias de implantação



Revisão das estratégias de implantação



Quanto ao modelo de regulação

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

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

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

Revisão das estratégias de implantação



BALANÇO DA REGULAMENTAÇÃO E DAS ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO

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

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

Destaque para as principais ações em cada uma dessas dimensões:

a) Transição do Modelo de Regulação

Foram dois os principais desafios para operar a transição do modelo bipartite de regulação para o atual: a revisão e uniformização das normas e procedimentos e a própria instalação física e organizacional da Agência. Relevante aqui, a revisão dos procedimentos para Registro Provisório das Operadoras e de Produtos e a implantação da Nota Técnica Atuarial para registro de produtos.



Quanto à estruturação da ANS:

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

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

b) Regulação da Cobertura Assistencial e das Condições de Acesso

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

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

Balanço da regulamentação e das estratégias de atuação



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

c) Regulação da Condições de Ingresso, Operação e Saída do Setor

Nesta dimensão os avanços são expressivos, pois foi:

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

Também foram definidos os instrumentos de monitoramento e intervenção:

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

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

Balanço da regulamentação e das estratégias de atuação



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

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

d) *Regulação de Preço*

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

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

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

e) *Efetividade da Regulação*

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

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

Balanço da regulamentação e das estratégias de atuação



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

f) Comunicação, Informação e Instâncias de Participação

Aqui, além do *site* da ANS, foi criado um núcleo de atendimento a operadoras e agilizados os atendimentos através do *Disque Saúde*. Implantado na *homepage*, também, um sistema especial para consulta, com informações sobre os reajustes aprovados pela ANS e quanto às cláusulas contratuais, visando a orientar os usuários.

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

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

g) Ressarcimento ao SUS

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

Balanço da regulamentação e das estratégias de atuação



INDICADORES E RESULTADOS

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

Arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar:

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

Arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar	
2000	2001
R\$ 40.4 milhões	R\$ 8.8 milhões



Ações de fiscalização:

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

Ações de Fiscalização Direta			
2000		2001	
Operadoras autuadas	Nº autos	Operadoras autuadas	Nº autos
410	2183	96	184



Ressarcimento ao SUS:

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

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

Indicadores e Resultados



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

Operadoras sob Regimes Especiais:

Sete Operadoras estão sob Regimes Especiais: duas foram liquidadas (Adress e Unicor); a Biomed, SMB e Climoj - todas com sede no Rio de Janeiro - estão sob Direção Fiscal e a Unimed São Paulo e a Miller - esta também do Rio - estão sob Direção Técnica e Fiscal.

Operadoras em regime especial

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

Indicadores e Resultados



Ações judiciais contra a ANS:

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

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

Indicadores e Resultados



IMPACTOS E DESAFIOS

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

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

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

- ✓ As operadoras recorrem aos tribunais para questionar o poder regulatório da ANS, a legalidade da taxa, a inconstitucionalidade do ressarcimento e da intervenção no controle de preços e nos contratos antigos.
 - ✓ O Ministério Público aciona a ANS exigindo que em 90 dias toda a regulamentação esteja completada, cumprindo cada uma das 34 atribuições legalmente estabelecidas à ANS pela lei 9.961/00.
 - ✓ Organizações Não Governamentais impetram mandados de segurança visando a suspender o instrumento da Revisão Técnica e as duas revisões autorizadas pela ANS.
-



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

Impactos e desafios



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

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

Impactos e desafios



PERSPECTIVAS

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

1. A conversão em lei da MP 2.097. Ao questionarmos o debate frágil das republicações, não significa que a Direção da ANS defende a manutenção de parcela fundamental do marco regulatório como medida provisória. Estes 3 anos de edição da lei 9.656/98 e de implantação da regulação devem orientar os ajustes necessários para a conversão da MP.
 2. A conclusão da regulamentação básica de condições de ingresso, operação e saída, configurada pelas normas de registro definitivo das operadoras e de produtos; de fusão, cisão e transferência de controle acionário e de garantias assistenciais.
 3. A implantação de uma sistemática eficaz para viabilizar a transferência dos usuários de operadoras que venham a ser liquidadas, por falta de condições reais de operação (embora haja discussões sobre a pertinência de tal sistemática). A liquidação preserva, evidente que no limite dos bens da operadora e de seus proprietários e dirigentes, os direitos pecuniários dos usuários, dos prestadores e credores de maneira geral. Porém, ela também significa a cessação das atividades da operadora e, portanto, da prestação de serviços de assistência à saúde aos seus usuários.
 4. A ampla adaptação dos contratos antigos à regulamentação. A efetividade da regulamentação e os efeitos positivos que dela são esperados, tanto em relação à saúde de seus usuários como em relação à rápida e eficaz garantia de seus direitos, estará comprometida enquanto 75%, no mínimo, dos usuários estiverem enquadrados em contratos antigos.
-



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

Para concluir , gostaria de acrescentar duas propostas:

- ✓ que o Conselho Nacional de Saúde aprofunde a discussão sobre a interface SUS - Saúde Suplementar não apenas a partir do sistema comprador, mas do sistema produtor dos serviços de saúde. A produção de serviços de assistência à saúde em nosso país é essencialmente privada ou pública não estatal. Tanto o SUS como o Setor de Saúde Suplementar compram a maioria dos seus serviços, principalmente os de média e alta complexidade, de prestadores privados ou públicos não estatais. Recente apresentação do INCA apontava que 80% dos serviços comprados pelo SUS nesta área são de prestadores privados ou públicos não estatais. Creio que este é um dos eixos importantes na organização da saúde pública brasileira, envolvendo as estratégias de alocação de recursos - públicos e privados - para investimento na ampliação e regionalização dos serviços.
- ✓ que este Conselho convoque semestralmente a ANS para prestar contas e debater a evolução da regulação do setor de saúde suplementar e sua integração ao SUS.

Muito obrigado.