

# O Impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar

*Januario Montone, Diretor-Presidente da ANS*

**Rio de Janeiro-RJ**

SÉRIE ANS - 1

# O Impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar

*Januario Montone, Diretor-Presidente da ANS*

**Palestra proferida no Conselho  
Nacional de Saúde**

Julho de 2000  
Rio de Janeiro - RJ

**Presidente da República: Fernando Henrique Cardoso**

**Ministro da Saúde: José Serra**

**Secretário-Executivo: Barjas Negri**

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)**

**PRESIDÊNCIA**

**Diretor-Presidente: Januario Montone**

**DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS**

**Diretor: João Luis Barroca de Andréa**

**DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL**

**Diretor: Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior**

**DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS**

**Diretora: Solange Beatriz Palheiro Mendes**

**DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO**

**Diretora: Maria Stella Gregori**

**DIRETORIA DE GESTÃO**

**Diretor: Januario Montone**

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

Tiragem: 500 exemplares

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar  
O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar /  
Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar -  
Rio de Janeiro: ANS, 2001.

43 p.: il. - (Série ANS; n. 1)

ISBN 85-334-0414-X

1. Saúde Suplementar – Regulamentação do setor. I. Brasil. Mi-  
nistério da Saúde. II. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar.  
III. Título. IV. Série.

CDU 614.2(81)

# Sumário

<b>A regulamentação do setor de saúde suplementar .....</b>	<b>7</b>
O Setor Regulado .....	9
ANS no Contexto da Regulamentação .....	18
O Modelo das Agências Reguladoras .....	23
ANS – Estrutura e Desafios .....	25
Diretrizes Estratégicas .....	28
Foco na Defesa do Usuário .....	29
Conclusão .....	31
<b>Saúde suplementar e as ferramentas gerenciais do futuro .....</b>	<b>33</b>
Prioridade da ANS .....	36
Regulação do Setor de Saúde Suplementar .....	38
Transição das Seguradoras .....	40
Conclusão .....	42



# A regulamentação do setor de saúde suplementar \*

Esta apresentação tem por finalidade oferecer uma panorâmica sobre os primeiros meses de atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, caracterizados pela organização e regulamentação do setor de saúde suplementar no país, setor que ao longo de mais de 30 anos operou fora da esfera de controle do Estado e, portanto, da sociedade.

Apesar de influenciar a vida de aproximadamente um quarto da população brasileira e movimentar recursos anuais, estimados em 23 bilhões de reais, o setor privado de assistência à saúde esteve, durante todo esse período, por sua conta, agindo segundo sua própria lógica e estabelecendo suas próprias regras, praticamente sem interferência governamental.

As primeiras tentativas de definir e enquadrar o setor datam do início dos anos 90. Contudo apenas em 1997 passou a integrar a agenda da sociedade e do Governo, resultando na regulamentação em junho de 1998, processo intensificado depois da efetiva implantação da ANS, em abril de 2000.

---

\* Texto consolidado das apresentações ao Conselho Nacional de Saúde, realizada em 7 de junho de 2000, Brasília - DF e no VI Congresso da ABRASCO, em 1 de setembro de 2000, Salvador - BA. Os dados foram atualizados até dia 31 de julho de 2000.

Desde então, captar informações sobre o setor, dimensionando o mercado de saúde suplementar, tem sido um dos maiores problemas enfrentados – pois a ausência de informações seguras, confiáveis e sistematizadas ainda persiste.



O setor de saúde suplementar pode ser classificado em quatro segmentos, alguns com subsegmentações cada dia mais expressivas:

*Medicina de Grupo* – Opera com os chamados convênios médico-hospitalares, em que podem ser identificados três diferentes tipos:

- As operadoras que não possuem rede própria;
- As que possuem rede própria; e
- As associadas a hospitais filantrópicos.

*Cooperativas* – Além dos serviços dos próprios cooperados, operam os chamados convênios médico-hospitalares, com rede própria crescente;

*Autogestão* – Sistema fechado com público específico, vinculado a empresas - públicas e privadas – ou a sindicatos e associações, igualmente subdivididas entre aquelas que operam a assistência através de departamentos próprios dessas companhias e aquelas que a operam através de entidades vinculadas; e

*Seguradoras* – Além do *seguro-saúde* propriamente dito, sujeito à regulamentação específica, operam produtos com todas as características de planos privados de assistência à saúde na forma da legislação.

## O mercado, com dados das próprias operadoras

A coleta e a sistematização de informações básicas sobre o setor ainda é um processo em curso na ANS, e muitos dados fundamentais para o conhecimento desse mercado ainda não estão disponíveis. Os números divulgados pelas entidades representativas das operadoras são apresentados abaixo - em caráter preliminar e tão-somente exploratório - para delinear um quadro provisório da economia do setor, tendo como referência o ano de 1999.

### *Número de Operadoras do setor, classificadas por segmento*

Segmento	N.º	%
Medicina de Grupo	840	53
Cooperativas	364	23
Autogestão	355	22
Seguradoras	28	2
Total	1.587	100

Fontes: diversas, apresentadas em documento à imprensa, datado de abril/2000, na página que a ABRAMGE mantém na Internet. Base: 1999

### *População de beneficiários*

Segmento	Beneficiários (em milhões)	%
Medicina de Grupo	18,0	37
Cooperativas	11,0	23
Autogestão	13,7	28
Seguradoras	5,8	12
Total	48,5	100

Fontes: diversas, apresentadas em documento à imprensa, datado de abril/2000, na página que a ABRAMGE mantém na Internet. Base: 1999

*Recursos financeiros mobilizados, em R\$ bilhões*

Segmento	R\$ (bilhões)	%
Medicina de Grupo	5,2	23
Cooperativas	4,0	18
Autogestão	8,7	38
Seguradoras	4,9	21
Total	22,8	100

Fontes: diversas, apresentadas em documento à imprensa, datado de abril/2000, na página que a ABRAMGE mantém na Internet. Base: 1999

*Hospitais (próprios e credenciados/referenciados)*

Segmento	N.º	%
Medicina de Grupo	4.225	34
Cooperativas	3.165	26
Autogestão	1.000	8
Seguradoras	4.000	32
Total	12.390	100

Fontes: diversas, apresentadas em documento à imprensa, datado de abril/2000, na página que a ABRAMGE mantém na Internet. Base: 1999

## O perfil do usuário do setor, segundo o IBGE

A PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 1998 permitiu, pela primeira vez, uma identificação do perfil da população usuária dos serviços prestados pelo setor de saúde suplementar.

Estimou-se que, naquele ano, 38,7 milhões de brasileiros eram beneficiários de planos privados de assistência suplementar à saúde, sendo a distribuição geográfica dessa população extremamente concentrada na zona urbana (95%). Quanto à distribuição da população por faixas de rendimentos, 52% dos beneficiários do setor têm renda média familiar inferior a 10 salários mínimos. A população feminina usuária é majoritária (54%), e a parcela mais jovem da população representa 2/3 do total de beneficiários, pois 67% têm menos de 40 anos de idade.

*Classificação por área geográfica*

Área	Beneficiários (em milhões)	Distribuição %
Urbana	36,8	95
Rural	1,9	5
Total	38,7	100

Fonte: PNAD/1998, IBGE.

### *Classificação por faixas de rendimentos médios familiares*

Faixa de Rendimentos (em salários mínimos)	Beneficiários (em milhões)	Distribuição %
De 0 a 5	9,4	24
De 5 a 10	10,9	28
De 10 a 20	9,2	24
Mais de 20	7,7	20
Sem declaração de rendimento	1,4	4
Renda Ignorada	0,1	0
Total	38,7	100

Fonte: PNAD/1998, IBGE.

### *Classificação por faixas etárias e gênero*

Faixa etária	Sexo masculino %	Sexo feminino %	Total (milhões)	%
0 a 18 anos	17	16	12,7	33
19 a 39 anos	15	19	13,3	34
40 a 64 anos	12	15	10,2	27
65 anos ou +	2	4	2,5	6
TOTAL	46	54	38,7	100

Fonte: PNAD/1998, IBGE.

## Os números do cadastro da ANS

Até 1999, a União havia criado agências reguladoras apenas na área de infra-estrutura básica, historicamente gerida por órgãos da administração indireta e com grande acervo de conhecimentos sobre o mercado setorial.

A criação de duas agências reguladoras na área social, como a ANVISA e a ANS, evidenciou a premente necessidade de levantamento de dados e elaboração de estatísticas de mapeamento desses setores, identificando suas características básicas.

Uma rápida comparação entre as informações difundidas pelo mercado e pelo IBGE e as cadastradas na ANS – antes disponíveis nos cadastros provisórios da SUSEP e do DESAS, que agora começam a ser sistematizados pela Agência - demonstram o caráter ainda precário do perfil delineado do setor:

*Operadoras com registro provisório na ANS, classificadas por região*

Região	Número de Operadoras	%
Região Norte	80	3
Região Nordeste	323	12
Região Centro-Oeste	155	6
Região Sudeste	1692	62
Região Sul	472	17
Total	2722	100

Fonte: ANS, julho de 2000.

*Número de Operadoras do setor, classificadas por segmento*

Segmento	N.º	%
Medicina de Grupo	1604	59
Cooperativas	595	22
Autogestão	463	17
Seguradoras	60	2
Total	2722	100

Fonte: ANS, julho de 2000

Em julho de 2000, o cadastro nacional de beneficiários da ANS registrava apenas 54% do número estimado pelo próprio setor para o ano de 1999: havia 26,4 milhões de beneficiários cadastrados pela ANS contra 48,5 milhões informados pelas operadoras.

*População de beneficiários segundo cadastro da ANS, classificada por segmentos*

Segmento	Beneficiários (em milhões)	%
Medicina de Grupo	11,4	44
Cooperativas	6,4	24
Autogestão	3,5	13
Seguradoras	5,1	19
Total	26,4	100

Fonte: ANS. Base: julho/2000

*População de beneficiários segundo cadastro da ANS,  
classificada por região*

<b>Região</b>	<b>Número de beneficiários (em milhões)</b>	<b>%</b>
Região Norte	0,3	1
Região Nordeste	2,2	8
Região Centro-Oeste	1,3	5
Região Sudeste	20,3	77
Região Sul	2,3	9
<b>Total</b>	<b>26,4</b>	<b>100</b>

Fonte: ANS. Base: julho de 2000.

*Hospitais (próprios e credenciados/referenciados)*

<b>Segmento</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Medicina de Grupo	2724	29
Cooperativas	3522	37
Autogestão	1078	11
Seguradoras	2185	23
<b>Total</b>	<b>9509</b>	<b>100</b>

Fonte: ANS.

O banco de dados, ainda em formação na ANS, não fornece informações precisas sobre o volume de recursos movimentados e dificulta o estabelecimento de comparações nesta área. Mas as divergências numéricas registradas nos demais tópicos indicam que o primeiro desafio da Agência são o desenvolvimento e a implementação de um consistente sistema de informações, integrado e organizado em banco de dados.

Embora a construção de uma base de dados realista ainda necessite especial dedicação, é preciso destacar o sucesso alcançado após a instalação da ANS e do trabalho desenvolvido desde então: o número de beneficiários registrados no cadastro da Agência cresceu 36%, entre janeiro e julho de 2000.

*Evolução do número de beneficiários registrados no cadastro da ANS*

Mês (ano 2000)	Plano Antigo anterior à Lei 9.656/98 (milhões)	Plano Novo (milhões)	Total (milhões)
Janeiro	16,1	3,3	19,4
Fevereiro	17,1	3,6	20,7
Março	18,4	4,1	22,5
Abril	19,0	4,4	23,4
Maio	20,2	4,7	24,9
Junho	20,2	5,4	25,6
Julho	20,3	6,1	26,4
Taxa de incremento (período janeiro/julho)	(+) 26 %	(+) 85 %	(+) 36 %

Fonte: ANS.



A Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada em novembro de 1999 através da Medida Provisória n.º 1.928, aprovada pelo Congresso Nacional, e convertida na Lei n.º 9.961 em 28 de janeiro de 2000. O processo de regulamentação do setor pode ser periodizado em três etapas.

## **1ª Etapa:**

A 1ª etapa do processo foi caracterizada pela fixação do marco legal da regulamentação. A publicação da Lei 9.656, em 03/06/98, e da Medida Provisória (MP) 1.665 de 05/06/98 deram início à regulamentação do setor, após vários anos de debates no Congresso.

Vale destacar que a Lei e a MP formam um conjunto, e foi a soma desses dois instrumentos que deu início efetivo à regulamentação.

Registrem-se aqui os inflamados e equivocados protestos que rotulam a regulamentação de inconstitucional e apontam, como exemplo, a edição da Medida Provisória (1.665) com diversas alterações apenas dois dias após a promulgação da Lei (9.656). Sobre esse fato, é de maior importância expressar o posicionamento da ANS.

O projeto aprovado na Câmara Federal, em 1997, foi objeto de intenso debate no Senado e as modificações introduzidas

pelo Executivo e pelos senadores foram uma resposta às reivindicações da sociedade, representada pelas diversas entidades que participaram da discussão.

Essas alterações foram efetivadas pela MP 1.665, previamente negociada, como opção política do Congresso e do Governo.

A alternativa seria alterar o projeto no Senado e devolvê-lo à Câmara para nova avaliação, conforme determina o regimento do Congresso, causando um novo e inevitável adiamento da regulamentação.

Portanto, o marco legal original da regulamentação é o resultante da Lei 9.656 e da MP 1.665.

Por força da legislação, essa MP vem sendo reeditada mensalmente. Apesar da crítica do setor sobre a edição de mais de 20 medidas provisórias, é preciso ressaltar e compreender que a maioria dessas reedições não introduziu alterações relevantes no texto, exceto em setembro e novembro de 1999, alterações que serão analisadas adiante.

Uma outra crítica que freqüenta o debate sobre a regulamentação trata das diversas resoluções do CONSU – Conselho de Saúde Suplementar, que teriam transformado a regulamentação numa verdadeira colcha de retalhos. Mais uma vez, é preciso destacar e ter clareza de que essa é uma instância de regulação e que as resoluções são parte da regulação.

Uma leitura atenta da Lei 9.656 e da MP 1.665 é suficiente para verificar que dezenas de dispositivos são remetidos expressamente para a regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e do CONSU e, agora, para o CONSU e ANS. Elaborar as resoluções sobre esses dispositivos é cumprimento da legislação, e não sua descaracterização. Basta dizer que das 23 resoluções do CONSU anteriores à criação da ANS, 13 referem-se a dispositivos da legislação que determinou a regulamentação posterior, sendo que desse total nove referem-se à operacionalização do sistema e apenas uma altera resoluções anteriores.

Quanto ao modelo de regulação, normatização e fiscalização, o que emerge desse primeiro marco legal é a criação de duas instâncias: uma, com foco nas operadoras e na ótica econômico-financeira do setor; outra, no produto oferecido e na sua ótica de assistência à saúde.

O Ministério da Fazenda, através do CNSP e da SUSEP, ficou responsável pelos aspectos econômico-financeiros, de normas para autorização de funcionamento das operadoras, registros dessas entidades, política de reajustes e os respectivos atos de fiscalização.

O Ministério da Saúde, através do CONSU e da SAS/DEAS, assumiu a responsabilidade pelo nível de assistência à saúde, rol de procedimentos, exigências para registro de produtos e respectivo registro, além da qualidade da assistência e os atos de fiscalização correspondentes.

A Câmara de Saúde Suplementar, com ampla participação do setor e da sociedade, ficou ligada ao CONSU; restrita, portanto, ao nível assistencial da regulação.

## **2ª Etapa:**

A 2ª etapa do processo de regulação ocorreu em setembro de 1999 e teve dois movimentos importantes:

1. A introdução do conceito legal de Plano Privado de Assistência à Saúde, para enfrentar a discussão de inconstitucionalidade da inclusão das seguradoras no universo de regulação. Submetido à legislação específica, o setor de seguros questionava a legalidade de sua inclusão na esfera de abrangência da regulação. Optou-se por definir a abrangência pelo tipo de produto, e não pela característica das empresas ou entidades que o oferecem. Isso obrigou à realização de profundas mudanças na legislação, inclusive quanto à exigência de que as seguradoras se reorganizem como operadoras de planos de saúde para continuar atuando no setor.
2. A definição do Ministério da Saúde, através do CONSU e da SAS/DESAS, como único responsável pelos dois níveis da regulação do setor: o econômico-financeiro e o de assistência à saúde.

Nesse caso, o CONSU passou a absorver as atribuições do CNSP enquanto a SAS/DESAS, as da SUSEP. O CONSU foi transformado num Conselho Ministerial, integrado pelos

Ministros da Casa Civil – que o preside –, da Saúde, Fazenda, Planejamento e Orçamento e da Justiça.

A Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo, foi mantida, porém acumulando a competência de discutir e opinar sobre todo o sistema, e não apenas no seu aspecto de assistência à saúde.

### **3ª Etapa:**

A 3ª etapa do processo é a criação da ANS. No aspecto formal, trata-se da criação de um novo órgão no Ministério da Saúde para assumir as atribuições da SAS/DESAS quanto ao setor de saúde suplementar e ao qual passa a vincular-se a Câmara de Saúde Suplementar.

A transformação real, entretanto, é muito maior. O modelo inicial criou uma divisão de atribuições que demonstrou rapidamente seu potencial como gerador de conflitos e descompassos, e até mesmo de paralisia do processo.

Além disso, as duas instâncias - SUSEP e SAS/DESAS - integram a estrutura tradicional do Estado; uma da administração indireta – a SUSEP – e outra da administração direta – a SAS/DESAS, ambas com autonomia e capacidade de atuação extremamente limitadas.

A criação da ANS traz para o processo um instrumento potencialmente mais eficaz e efetivo: a figura da agência reguladora.

## O MODELO DAS AGÊNCIAS REGULADORAS

---



A ANS é a quinta agência reguladora criada neste Governo e a segunda na área social, mais especificamente na área da saúde. Antes dela já haviam sido instaladas três agências no setor de infra-estrutura: a ANATEL – Agência Nacional de Telecomunicações; a ANEEL – Agência Nacional de Energia Elétrica; e a ANP – Agência Nacional do Petróleo; e uma no setor saúde: a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Entre as principais características das agências reguladoras destacam-se três fatores:

- Poder regulador definido em lei, materializado na sua capacidade de regular, controlar, fiscalizar e punir.
- A autonomia administrativa, materializada no mandato de seus dirigentes e na flexibilidade dos instrumentos de gestão (estrutura organizacional, recursos humanos, sistema de compras e outros).
- A autonomia financeira, materializada na arrecadação direta de taxas específicas (no caso da ANS, a Taxa de Saúde Suplementar).

No que diz respeito exclusivamente à ANS, foram incorporadas novas atribuições, como a de monitorar a evolução de preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços e insumos, autorizar os processos de cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle

acionário e a articulação com os órgãos de defesa do consumidor.

É evidente que esta etapa inicial também está repleta de desafios e apenas a criação da Agência não tem o poder de resolver de imediato todos os problemas, mas constitui - sem dúvida - um poderoso instrumento na busca e implementação das soluções necessárias.



A estrutura da Agência e a consolidação do processo de regulamentação são desafios que devem ser enfrentados simultaneamente.

A ANS é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde, subordinado às diretrizes do CONSU e integra a estrutura do Ministério. Sua atuação é controlada através de um Contrato de Gestão, firmado com o Ministério e aprovado pelo CONSU.

A Câmara de Saúde Suplementar é um órgão de participação institucionalizada da sociedade, de caráter consultivo permanente, vinculado à Agência.

A Direção da ANS é exercida por uma Diretoria Colegiada, integrada por cinco diretores com mandatos não coincidentes, cada um deles responsável por uma das áreas de atuação definidas em Regimento Interno. Um dos diretores acumula as funções de Diretor-Presidente que, além das atribuições de direção-geral, preside o Colegiado, a Câmara de Saúde Suplementar e é o Secretário-Executivo do CONSU.

### **A ANS está organizada em cinco áreas:**

*Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras* (Solange Beatriz Palheiro Mendes): responsável pela normatização, registro e monitoramento do funcionamento das operadoras, inclusive dos processos de intervenção e liquidação;

*Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos* (João Luis Barroca de Andréa): responsável pela normatização, registro e monitoramento dos produtos, inclusive as autorizações de reajuste de contratos individuais e familiares;

*Diretoria de Fiscalização* (Maria Stella Gregori): responsável por todo o processo de fiscalização – tanto dos aspectos econômico-financeiros quanto dos aspectos médico-assistenciais –, além do apoio ao consumidor e articulação com os órgãos de defesa do consumidor.

*Diretoria de Desenvolvimento Setorial* (Januario Montone): responsável pelo sistema de ressarcimento ao SUS e pelo desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e o aumento da competitividade do setor; e

*Diretoria de Gestão* (Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Jr.): responsável pelo sistema de gerenciamento (recursos financeiros, recursos humanos, suprimentos, informática e informação).

Os principais desafios do momento são os de transição do modelo e poderiam ser assim resumidos:

*Desafios organizacionais:* a implantação física da Agência, a seleção e a contratação de quadro quali-quantitativo de pessoal; o desenvolvimento e a implantação de sistemas de informações gerenciais.

## **Transição da Regulação:**

- Revisão e unificação das resoluções CNSP/SUSEP e CONSU/SAS/DESAS.
- Elaboração de dispositivos legais a serem regulamentados (registro, reajustes, penalidades, fusões etc.)
- *Conhecimento do Setor*: coleta e sistematização de informações setoriais;
- *Apoio ao Consumidor*: atendimento direto e informações sistemáticas;
- *Fiscalização*: unificação dos procedimentos (níveis econômico-financeiro e assistencial) e implantação da fiscalização de rotina.



Para orientar as atividades da Agência e possibilitar a elaboração do plano de ação, a Diretoria definiu como diretrizes estratégicas para a ANS:

1. Ampliar a capacidade efetiva de participação dos usuários no setor, garantindo e aperfeiçoando as coberturas ofertadas, impedindo ou restringindo, de fato, a vinculação da assistência e dos preços às condições de saúde e idade;
2. Garantir o equilíbrio das informações aos agentes participantes do setor, caracterizados como usuários, operadoras, prestadores de serviço de saúde e o Sistema Único de Saúde;
3. Garantir o equilíbrio e a manutenção da estabilidade do setor, estabelecendo e controlando os padrões de entrada, operação e saída das operadoras do mercado;
4. Assegurar aos usuários o acesso, o direito e a defesa dos seus interesses, no tocante à assistência privada à saúde.



As prioridades da ANS foram definidas a partir de um foco: a defesa dos interesses dos consumidores de planos de saúde, oferecidos pelas empresas do setor.

O usuário do sistema é o segmento mais vulnerável nessa relação – tem pouco controle sobre as variáveis-chave do seu relacionamento com as empresas do setor: não tem instrumentos para coibir os abusos que contra ele são cometidos, tem baixa capacidade de negociação por não estar institucionalmente articulado e pouco pode influir nas questões referentes à melhoria de qualidade do atendimento de saúde.

As imperfeições sistêmicas atingem os usuários de maneira diferenciada e demandam a identificação daqueles mais vulneráveis na relação consumidor-empresa. A tabela abaixo auxilia na localização dos segmentos mais expostos às

*Tipologia do relacionamento usuário x operadora*

Tipo de Plano	Forma de pagamento	Exposição a abuso	Capacidade de negociar	Influência sobre a qualidade
Individual ou Familiar	100% usuário	Alta	Baixa	Baixa
Coletivo por adesão	100% usuário	Alta a média	Baixa a média	Baixa a média
Coletivo empresarial Parcial	Usuário paga parte	Média a baixa	Média	Alta
Coletivo empresarial Integral	100% empresário	Baixa	-	Média

Fonte: ANS.

práticas abusivas de mercado, e, portanto, dependentes de uma ação, articulada a partir do Estado, em defesa de seus interesses mínimos.

As ações da ANS priorizam o atendimento dos interesses dos segmentos mais expostos às imperfeições do mercado, com a finalidade de equilibrar a relação dos consumidores menos organizados com as operadoras.



A despeito de todos os obstáculos, a regulamentação do setor de saúde suplementar significou enormes avanços, e consolidá-los é tarefa da ANS.

Quanto às perspectivas da Agência no horizonte de curto e médio prazos, os esforços estarão direcionados a alcançar os seguintes objetivos: (a) converter a MP 1976 em lei; (b) definir a política de controle de preços; (c) migrar mais de 50% dos consumidores para contratos adaptados; (d) possibilitar ao usuário o acesso direto à ANS nas 55 cidades-sede de aglomerados urbanos, e, também, em municípios com mais de 150 mil habitantes; e (e) implantar o sistema de informações da saúde suplementar.

As informações disponíveis são grande preocupação e estão a exigir forte atuação e posicionamento no setor de saúde suplementar. A análise dos contratos de planos posteriores à regulamentação - cujos resultados serão divulgados em breve - mostram claramente que a legislação está sendo desrespeitada e que os instrumentos de fiscalização necessitam avançar muito, e rapidamente.

Defender o interesse público no âmbito da assistência suplementar à saúde é finalidade institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o ideal que norteia as suas ações. O maior esforço neste momento tem de estar dirigido a garantir o cumprimento do que já está regulado, para punir firmemente as infrações e agir na defesa do

consumidor. Para isso, a ANS acolhe e prestigia a colaboração da sociedade e das suas organizações para garantir o fiel cumprimento da legislação que regulamenta o funcionamento do setor.

# Saúde suplementar e as ferramentas gerenciais do futuro\*

Começo pedindo desculpas, porque não vou me fixar no tema formalmente proposto para este workshop – “SAÚDE SUPLEMENTAR E AS FERRAMENTAS GERENCIAIS DO FUTURO”, principalmente por achar que este é um momento de debate privilegiado que deve ser aproveitado para explorarmos uma velha ferramenta gerencial que é o planejamento estratégico. Espero poder levar daqui as contribuições desse importante segmento para o processo de planejamento da ANS, assim como espero poder contribuir para o planejamento do próprio setor esboçando cenários que respondam a algumas das questões que freqüentemente nos são colocadas e que eu resumiria em quatro pontos principais:

- qual o futuro das seguradoras neste mercado;
- quais as tendências da regulamentação;
- quais serão as regras de funcionamento dos outros segmentos que operam neste mercado; e
- quais serão as políticas de controle.

Não fosse o processo de construção da regulação do setor privado de assistência à saúde no Brasil tão rico e tão

---

\* Texto da apresentação na Conferência Brasileira de Seguros, Resseguros, Previdência Privada e Capitalização – CONSEGURO, realizada em 12 de setembro de 2000, no Rio de Janeiro – RJ.

complexo, e não fosse tão grande a vontade política de construir esse processo e seria quase contraditório discutir essas questões num Congresso do setor de seguros, cujo objetivo declarado é ampliar sua participação no PIB brasileiro, e discutir justamente o ramo de seguro de maior crescimento nos últimos anos e que, nos termos da legislação em vigor, deixará de existir até o fim de 2001, ou de 2002 no máximo, quando deve se completar a transição das atuais seguradoras para operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Essa contradição só pode ser superada pelo debate franco, capaz de lançar as bases do futuro, mas para isso é importante resgatar o histórico do processo e estabelecer os pressupostos para projeção do futuro.

O principal pressuposto é que o mercado de assistência à saúde é imperfeito e, como tal, não pode ser um mercado livre: é um mercado regulado, e isso deve estar absolutamente claro a todos que se dispuserem a investir nele.

A interferência governamental é necessária para garantir a prevalência do interesse social e a busca do equilíbrio entre os agentes do mercado, os consumidores, as operadoras, os prestadores de serviço e o SUS.

O usuário é, sem dúvida, o segmento mais vulnerável, duplamente atingido pela assimetria de informações que caracteriza o setor: não tem domínio sobre o produto a ser

consumido, que é tecnicamente definido pelos prestadores de serviço, e tampouco sobre a relação entre estes e as operadoras de quem adquire os serviços que serão prestados.

O Governo lançou mão de sua mais poderosa ferramenta de ação – a agência reguladora – para agir nesse mercado, tanto na sua dimensão econômico-financeira como na dimensão da saúde.



Claro que as prioridades da ANS neste momento só poderiam ter sido definidas a partir de um foco principal: a defesa dos interesses dos usuários dos planos privados de assistência à saúde.

O usuário não possui instrumentos eficazes para coibir abusos aos seus direitos; tem baixa capacidade de negociação e baixa influência no controle da qualidade dos serviços que lhe são prestados.

Portanto, mesmo não sendo um órgão de defesa do consumidor, mas uma agência reguladora, é evidente que a ANS tem que suprir o desequilíbrio sistêmico que desfavorece o usuário no mercado e o desequilíbrio histórico, fartamente demonstrado pelos abusos cometidos contra esses usuários ao longo do processo de expansão desse mercado.

A ação da Agência terá que ser seletiva neste momento, até porque as imperfeições sistêmicas atingem de forma desigual os quatro principais grupos de usuários, de modo que alguns segmentos estão mais expostos do que outros às práticas abusivas e, portanto, dependem mais de uma ação articulada a partir do Estado, em defesa de seus interesses.

Identificamos quatro grupos de usuários:

1. Os de planos individuais e familiares, que arcam com a totalidade dos custos do plano, detêm baixa capacidade

de negociação junto às operadoras e estão, por consequência, mais expostos às práticas abusivas;

2. Os de planos coletivos por adesão, que também arcam com a totalidade dos custos, detêm baixa, ou no máximo média, capacidade de negociação com as operadoras, estando quase tão expostos às práticas abusivas quanto os usuários de planos individuais;
3. Os de planos coletivos empresariais, parcialmente financiados por seus empregadores ou associações, menos expostos às práticas abusivas devido à maior capacidade de negociação de seus representantes e principalmente de seus empregadores;
4. Os de planos coletivos, integralmente pagos por seus empregadores, aqueles com maior capacidade de defesa da qualidade de atendimento.

# REGULAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

---



A definição do usuário como foco não descaracteriza a atuação da ANS como Agência reguladora, pois entendemos que para garantir a qualidade dos serviços e a amplitude de cobertura que queremos é fundamental a profissionalização do mercado.

Aqui é essencial a importância das seguradoras, mais especificamente na dimensão econômico-financeira, certamente por se tratar do único segmento no qual essa dimensão estava anteriormente regulada pela legislação específica do mercado de seguros.

A permanência no mercado de empresas sólidas e aptas a garantir as condições contratadas é um dos objetivos estratégicos da ANS.

Uma das linhas de ação da ANS nesse sentido é o estabelecimento de regras estáveis para o mercado e eu gostaria de destacar algumas dessas ações:

- Desde janeiro deste ano, a MP 1.976, que em conjunto com a Lei 9.656 se constitui em nosso marco regulador, não sofre alterações com impacto no mercado. Na verdade, em todo esse período teve apenas duas alterações: a periodicidade das reuniões do CONSU e a readequação das atribuições do mesmo CONSU à instalação da ANS, delegando a esta a elaboração da

normatização do setor a partir de diretrizes fixadas pelo Conselho.

- A criação de Câmaras Técnicas:
  - De segmentação (trabalhos finalizados)
  - Contábil (em fase de finalização)
  - De garantias (em fase de instalação)
  - De revisão do rol de procedimentos (em fase de instalação)
  - De políticas de controle e reajuste de preços (em fase de instalação)
- Resoluções Estruturantes:
  - Penalidades
  - Transferência voluntária de carteiras
  - Notas Técnicas Atuariais para registro de produtos
  - Instituição do Plano de Recuperação

Creio que essas ações deixam claros nossos objetivos:

1. Regras técnicas para todas as operadoras, independente das características de constituição, embora respeitando-as;
2. Uniformidade nas condições de concorrência, reduzindo os diferenciais competitivos;
3. Ampliar a garantia dos beneficiários, reduzindo os riscos de insolvência.



As seguradoras que atuam no mercado de assistência privada à saúde vivem um momento de transição, com toda a carga de incerteza que isso acarreta, e quero falar claramente a este respeito.

A legislação em vigor é clara. Define o que é plano privado de assistência à saúde e quem pode operá-los ou comercializá-los: as operadoras de planos privados de assistência à saúde, o que exclui a figura das seguradoras.

As que comercializam planos têm até o fim de 2001 para efetuar a transição de seguradoras para operadoras de planos, o que atinge a totalidade do mercado segurador, pois 99% dos produtos que esse segmento comercializa estão na definição legal de plano, e não de seguro-saúde.

Significa que é objetivo estratégico da ANS excluir as seguradoras desse mercado? A resposta é não. Significa apenas que essa foi a solução encontrada para pacificar uma disputa judicial quanto à competência para a regulação, normatização e fiscalização dos planos privados de assistência à saúde.

A Agência manifestou em diversos debates com a FENASEG sua disposição em analisar alternativas propostas pelo setor e que tenham o apoio do Ministério da Fazenda, área do governo responsável pela regulação do mercado de seguros, desde que respeitados alguns pressupostos:

- Mercado de saúde é um mercado regulado e sofre a intervenção governamental para garantir a prevalência do interesse público;
- Produto hoje majoritariamente comercializado pelas seguradoras caracteriza-se como plano privado de assistência à saúde na forma da lei;
- A ANS é o órgão regulador, normatizador e fiscalizador desse mercado;
- A atuação nesse segmento deve ser especializada e exclusiva; e
- As empresas que atuam nesse mercado são empresas prestadoras de serviços de saúde e precisam estar engajadas na política de saúde, valorizando a promoção à saúde e a prevenção à doença.

Em contrapartida, a ANS admite a manutenção das regras básicas de atuação do setor já fixadas pelo CNSP e a possibilidade de implementação de instrumentos de gerenciamento típicos dos planos, como as redes credenciadas.



Para encerrar, gostaria de dizer que o Ministério da Saúde tem obtido grandes vitórias na melhoria da condição de saúde da população brasileira e que a gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso ficará marcada como o início efetivo da implantação do SUS, transformando em realidade a agenda histórica da saúde pública brasileira. O Ministro José Serra consolidou esse processo, e as quase 10 mil equipes de saúde da família, os 150 mil agentes comunitários de saúde, a implantação dos medicamentos genéricos e a PEC da saúde são exemplos marcantes disso, assim como a criação das Agências de Vigilância Sanitária e de Saúde Suplementar.

Essa realidade de transformação nos permite dizer que é parte da missão da ANS criar as condições para um crescimento saudável do setor de saúde suplementar, sem contradições com a construção do SUS, a partir das seguintes estratégias:

- Ampliar a adaptação dos contratos às novas regras;
- Empenho na conversão da MP 1.976 em lei;
- Fixação de garantias e regras estáveis para os usuários e operadoras de planos;
- Adoção de instrumentos de promoção à saúde e prevenção à doença;

- Implantação da assistência farmacêutica como parte da assistência à saúde;
- Desenvolvimento de novos produtos voltados para públicos específicos.



## **SÉRIE ANS**

### 1. O Impacto da Regulamentação no Setor de Saúde Suplementar

Edição, informação e distribuição:

#### **Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**

##### **RIO DE JANEIRO**

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

##### **SÃO PAULO**

Av. Bela Cintra, 986, 4º andar, Jardim Paulista  
CEP 01415-000 São Paulo, SP - Brasil  
Tel.: (11) 3218-3836/3211-6249  
Fax: (11) 3218-3863

##### **DISTRITO FEDERAL**

Setor de Autarquias Sul, Quadra 01, Bloco A  
Ed. Darcy Ribeiro, 10º andar  
CEP 70070-905 Brasília, DF - Brasil  
Fone: (61) 226-7220/4857  
Fax: (61) 226-9512

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



