

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS

**A REGULAÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE NO BRASIL:
O CASO DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

CAMPINAS

2006

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS

**A REGULAÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE NO BRASIL:
O CASO DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

CAMPINAS

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Sa59r Santos, Fausto Pereira dos
A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde
suplementar / Fausto Pereira dos Santos . Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador : Emerson Elias Merhy
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Sistema de saúde. 2. Regulamentação governamental. 3.
Seguro Saúde. I. Merhy, Emerson Elias. II. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

**Título em ingles : The public regulation of health in Brazil: the case of
supplemental health**

Keywords: • Health System

- Government Regulation
- Health Insurance

Titulação: Doutorado em Saúde Coletiva

Banca examinadora: Prof Dr Emerson Elias Merhy

Prof Dr Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Prof Dr Geovani Gurgel Aciole da Silva

Prof Dr Edison Bueno

Profa. Dra. Mariângela Leal Cherchiglia

Data da defesa:13 –02-2006

Banca Examinadora

Profº Dr. Emerson Elias Merhy - Orientador

Profº Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Profº Dr. Giovanni Gurgel Aciole

Profº Dr. Edison Bueno

Profª Dra. Mariângela Leal Cherchiglia

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a Deborah, minha
companheira e aos meus filhos Filipe e
Rodrigo.*

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos na elaboração de um trabalho como este são muito mais que protocolares. Como todos vão perceber ao lerem este trabalho, sua construção tem um componente externo, fruto do trabalho de uma série de militantes do setor saúde, extremamente relevante. Portanto, os agradecimentos são inicialmente para todos eles, que ao longo de todos esses anos vêm construindo o Sistema de Saúde brasileiro pelo qual lutamos tanto.

Os agradecimentos especiais:

Aos meus pais, Mário e Maria, que me deram muito mais que a base para que eu pudesse chegar até aqui. Estiveram presentes em cada momento de superação que enfrentei ao longo do tempo. Nunca me deixaram desistir.

À Deborah, no caso desse trabalho, mais que companheira. Estimuladora, orientadora, ajudante e se uma tese permitisse, co-autora.

Aos meus filhos, Filipe e Rodrigo, no início desse trabalho, crianças, agora companheiros de jornada.

Ao meu orientador, Emerson Merhy, que ao meu lado como militante pela Reforma Sanitária, soube separar os momentos e direcionar esse trabalho.

Aos amigos inseparáveis, Leda e Helvécio, companheiros de vôo da TRIP, avião que “batia as asas”, para Campinas, sócios o tempo todo desse projeto.

Ao meu irmão Fabinho, e sua companheira Tatau, partícipes nas discussões conceituais e na solução dos problemas lingüísticos do trabalho.

Aos meus irmãos Fernando e Ana Flávia, que estiveram juntos em toda a caminhada.

Ao meu sogro e sogra, Aquiles e Dirce, solidários e companheiros na ajuda com as crianças.

Aos colegas de trabalho da ANS, que em vários momentos me socorreram e que são os verdadeiros construtores desse processo. Sem prejuízo de outros, gostaria de nomear: Alzira, Leila, Karla, Braga, Luzia, Mônica e Cristiane (DIPRO), Ceres, Márcia Piovesan e Rosa (DIDES), Alfredo e Fabio Fassini (DIOPE), Edna (DIFIS), Barroca, Leda Rebello e Margarete (PRESI).

As minhas secretárias, Marísia e Maria Valdair, solidárias em todos os momentos.

*“E agora, José?
A festa acabou,
a luz apagou,
o povo sumiu,
a noite esfriou,
e agora, José?
e agora, você?
(...) Está sem discurso,
(...) Não veio a utopia
e tudo acabou
e tudo fugiu
e tudo mofou
e agora José?
(...) Com a chave na mão
quer abrir a porta,
não existe porta;
(...) Se você gritasse,
se você gemesse,
se você tocasse
a valsa vienense,
(...) se você morresse...
Mas você não morre,
você é duro, José.
(...) Sozinho no escuro,
(...) sem cavalo preto
que fuja à galope,
você marcha, José!
José, para onde?”*

Carlos Drummond de Andrade

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xlix</i>
ABSTRACT	<i>liii</i>
1 - APRESENTAÇÃO	57
2 - INTRODUÇÃO	63
2.1 - Breve revisão sobre o papel do Estado contemporâneo	65
2.2 - A implantação das políticas sociais no Estado neoliberal	68
2.3 - A implantação das políticas de saúde no Brasil no último século	71
2.4 - A relação público e privado	75
3 - A REGULAÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO	79
3.1 - Aspectos conceituais	84
3.2 - Os sujeitos e atores da regulação	87
3.3 - A regulação na legislação	89
3.4 - As Agências da Saúde	92
3.5 - Os principais instrumentos da regulação pública	93
3.6 - As perspectivas da Regulação Pública	98
4 - A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	101

4.1 - A regulação produzida na saúde suplementar.....	104
4.2 - As disputas entre os atores na saúde suplementar.....	106
4.3 - A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.....	114
4.4 - A regulamentação produzida pela ANS.....	114
4.4.1 - Estrutura e operação do setor.....	116
4.4.1.1 - O poder de fiscalização da ANS.....	116
4.4.1.2 - Regras de entrada e saída do setor.....	117
4.4.1.3 - Contratualização entre operadoras e prestadores de serviços.....	119
4.4.1.4 - Adaptação à nova legislação dos planos anteriores à lei.....	120
4.4.1.5 - Ressarcimento ao SUS.....	121
4.4.1.6 - A implantação dos sistemas de informação.....	123
4.4.2 - A Regulação Econômica.....	125
4.4.2.1 - Regulação do mercado.....	125
4.4.2.2 - Política de reajuste e preço.....	126
4.4.3 - Regulação assistencial.....	127
4.5 - A microrregulação das operadoras.....	129
4.6 - Perspectivas da regulamentação na saúde suplementar.....	131
5 - UMA AVALIAÇÃO DAS MUDANÇAS PROVOCADAS PELA REGULAÇÃO PÚBLICA NA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL..	133

5.1 - Contexto da avaliação.....	135
5.2 - Material e métodos.....	138
5.2.1 - Estrutura e operação do setor.....	139
5.2.1.1 - Reestruturação da rede hospitalar total e reestruturação da rede hospitalar por modalidade de operadora.....	139
5.2.1.2 - Transferência parcial ou total de carteiras e movimentação de beneficiários via alienação parcial ou total de carteiras.....	139
5.2.1.3 - Evolução anual das entradas e saídas de empresas no período.....	140
5.2.1.4 - Evolução do nº de beneficiários e de empresas.....	140
5.2.1.5 - Evolução da pirâmide demográfica dos beneficiários de planos e da população geral.....	141
5.2.1.6 - Evolução de beneficiários por porte da operadora.....	141
5.2.1.7 - Evolução de beneficiários por vigência dos planos.....	141
5.2.1.8 - Evolução anual da distribuição dos planos coletivos e individuais.....	142
5.2.1.9 - Evolução dos regimes especiais.....	142
5.2.1.10 - Ressarcimento.....	142
5.2.1.11 - Disque ANS.....	143
5.2.2 - Regulação econômica.....	143
5.2.2.1 - Percentual de operadoras que se adequaram às provisões exigidas.....	143

5.2.2.2 - Evolução das exigências de provisão em volume de recursos e das provisões contabilizadas pelas operadoras.....	144
5.2.2.3 - Evolução da receita das operadoras.....	144
5.2.3 - Regulação assistencial.....	144
5.2.3.1 - Rol de procedimentos e cobertura assistencial.....	144
5.2.3.2 - Iniciativas de promoção à saúde e prevenção de doenças.....	144
5.2.3.3 - Projeto de Qualificação.....	145
5.2.4 - Bases de dados.....	145
5.3 - Resultados.....	145
5.3.1 - A estrutura e operação.....	145
5.3.1.1 - Reestruturação da rede hospitalar total e reestruturação da rede hospitalar por modalidade de operadora.....	145
5.3.1.2 - Transferências de carteiras, parcial ou total.....	147
5.3.1.3 - Evolução anual das entradas e saídas de empresas.....	148
5.3.1.4 - Evolução do número de beneficiários.....	150
5.3.1.5 - Evolução da pirâmide demográfica dos beneficiários de planos.....	154
5.3.1.6 - Comparação da distribuição proporcional por faixas etárias da população de beneficiários de planos de saúde em 2000 e 2005.....	156

5.3.1.7 - Comparação da distribuição proporcional por sexo e faixas etárias da população de beneficiários de planos de saúde em 2005.....	159
5.3.1.8 - Comparação da distribuição proporcional da população geral e da população de beneficiários de planos de saúde por faixas etárias.....	161
5.3.1.9 - Evolução de beneficiários por porte da operadora.....	163
5.3.1.10 - Curvas ABC.....	164
5.3.1.11 - Evolução anual da distribuição entre planos antigos e novos.....	166
5.3.1.12 - Evolução anual da distribuição dos planos coletivos e individuais.....	168
5.3.1.13 - Regimes especiais.....	170
5.3.1.14 - Ressarcimento ao SUS.....	172
5.3.1.15 - Reclamações do Disque ANS.....	176
5.3.2 - Regulação Econômica.....	178
5.3.2.1 - Evolução da receita das operadoras.....	181
5.3.3 - Regulação Assistencial.....	183
5.3.3.1 - Rol de procedimentos e cobertura assistencial.....	183
5.3.3.2 - Iniciativas de promoção à saúde e prevenção de doenças induzidas pela ANS às operadoras.....	184
5.3.3.3 - Projeto de Qualificação.....	188

6 - CONCLUSÃO.....	193
6.1 - Principais lacunas.....	196
6.1.1 - Aspectos concorrenciais e de transparência da operação no setor.....	196
6.1.1.1 - Mobilidade com portabilidade.....	197
6.1.1.2 - Subprecificação.....	197
6.1.1.3 - Empresas clandestinas.....	198
6.1.1.4 - As diferentes condições de segurança da operação.....	199
6.1.2 - Relação público e privado e a auto-suficiência do setor.....	200
6.1.2.1 - Efetividade do ressarcimento ao SUS.....	200
6.1.2.2 - Mecanismos de avaliação e controle das redes assistenciais.....	202
6.1.2.3 - Os hospitais públicos.....	202
6.1.2.4 - A renúncia fiscal.....	203
6.1.3 - O modelo de atenção à saúde.....	203
6.1.3.1 - A remuneração por procedimentos e a fragmentação do cuidado.....	204
6.1.3.2 - O contrato como definidor da cobertura.....	205
6.1.3.3 - A incorporação da promoção e prevenção.....	205
6.1.4 - A existência de planos anteriores à regulamentação.....	205
6.1.5 - Insuficiência de alguns Sistemas de Informações.....	206
6.1.6 - Os institutos públicos fora da regulamentação.....	208

6.2 - As principais mudanças a partir do processo regulatório.....	208
6.2.1 - A reorganização da rede prestadora de serviços.....	209
6.2.2 - Regras de entrada e saída de empresas do setor.....	209
6.2.3 - O número de beneficiários de planos de saúde.....	209
6.2.4 - A pirâmide etária dos beneficiários.....	210
6.2.5 - A concentração do setor.....	211
6.2.6 - A migração para planos posteriores à lei.....	211
6.2.7 - A coletivização do processo de compra de planos de saúde.....	212
6.2.8 - A capacidade de acompanhamento do setor por parte da ANS.....	212
6.2.9 - A segurança do setor.....	212
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	215

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI	Aviso de Beneficiário Identificado
ABRAMGE	Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Grupo
ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Confederação Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados

CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
COSEMS/MG	Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DESAS/MS	Departamento de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras
DIOPS	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos
DPDC	Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor
DOU	Diário Oficial da União
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FENASEG	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FPO	Ficha de Programação Orçamentária
GGEOP	Gerência Geral de Estrutura e Operação
GGINF	Gerência Geral de Informações

GIH	Guia de Internação Hospitalar
GM	Gabinete do Ministro
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia
IDAS	Índice de Desempenho Assistencial
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
IDSS	Índice de Desempenho na Saúde Suplementar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio

PROCON	Grupo Executivo de Proteção ao Consumidor
PSF	Programa de Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RE	Resolução da Diretoria
RH	Recursos Humanos
RN	Resolução Normativa
RO	Resolução Operacional
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAS/MS	Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SDE/MJ	Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIB	Sistema de Informação de Beneficiários
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SIOPS	Sistema de Informações de Orçamentos Públicos de Saúde
SIP	Sistema de Informações de Produtos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria

SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
STF	Supremo Tribunal Federal
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TC	Termo de Compromisso
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIMED	Cooperativa de Trabalho Médico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág.</i>
Tabela 1 - Processos de alteração de rede hospitalar autorizados pela ANS, redimensionamento e substituição, 2001 a 2004.....	146
Tabela 2 - Processos de alteração de rede hospitalar autorizados pela ANS, por modalidade de operadora, 2001 a 2004.....	147
Tabela 3 - Transferências de carteiras, parcial e total, registradas na ANS, 2001 a 2004.....	148
Tabela 4 - Evolução dos beneficiários de planos médico-hospitalares com ou sem odontologia e planos exclusivamente odontológicos, percentual de crescimento acumulado, Brasil 2000 a 2005.....	151
Tabela 5 - Evolução anual da distribuição de beneficiários entre os segmentos da saúde suplementar, percentual de crescimento acumulado, Brasil - 2000 a 2005.....	153
Tabela 6 - Comparação da distribuição dos beneficiários de planos de saúde em 2000 e 2005 por faixas etárias decenais, segundo o teste de proporção.....	158
Tabela 7 - Comparação da distribuição dos beneficiários de planos de saúde em 2005 por faixas etárias decenais, por sexo, segundo o teste de proporção.....	160
Tabela 8 - Comparação da distribuição da população geral e da população de beneficiários de planos de saúde por faixas etárias, em 2005, segundo o teste de proporção.....	162

Tabela 9 -	Evolução da distribuição percentual de beneficiários de planos por porte da operadora, Brasil - 2001 a 2005.....	164
Tabela 10 -	Evolução de beneficiários por vigência do plano, vinculados a planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia - 2001 a 2005	167
Tabela 11 -	Evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano – 2001 a 2005.....	169
Tabela 12 -	Tipos de regimes especiais por ano, 2000 a 2005.....	171
Tabela 13 -	AIHs identificadas, deferidas, cobradas e pagas por ABI (número e valores).....	173
Tabela 14 -	Procedimentos hospitalares mais freqüentes realizados pela rede SUS e cobrados no ressarcimento no período de 1999 – 2004.....	175
Tabela 15 -	Procedimentos hospitalares mais freqüentes realizados na rede SUS – 2004.....	176
Tabela 16 -	Demandas direcionadas a ANS, através do Disque ANS, 2002 ao 1º semestre de 2005.....	177
Tabela 17 -	Evolução da receita das operadoras, oriunda das contraprestações pecuniárias, 2001 a 2004.....	182
Tabela 18 -	Projeto de Qualificação da ANS, variação da pontuação obtida pelas operadoras no Índice de Desempenho Assistencial, entre 2003 e 2004.....	191

LISTA DE FIGURAS

	<i>Pág.</i>
Figura 1 - Evolução anual das operadoras registradas, ativas, cancelamento e registros novos, 1998 a 2005.....	149
Figura 2 - Evolução do número de beneficiários de planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia e planos exclusivamente odontológicos, Brasil – 2000 a 2005.....	151
Figura 3 - Evolução anual dos beneficiários por modalidade da operadora, Brasil - 2000 a 2005.....	153
Figura 4 - Pirâmide etária por faixas decenais da população geral e dos beneficiários de planos, Brasil, 2000.....	155
Figura 5 - Pirâmide etária por faixas decenais da população geral e dos beneficiários de planos, Brasil, 2005.....	156
Figura 6 - Evolução do número de beneficiários de planos por porte da operadora, Brasil – 2001 a 2005.....	163
Figura 7 - Curva ABC da distribuição de beneficiários entre as operadoras, 2000.....	165
Figura 8 - Curva ABC da distribuição de beneficiários entre as operadoras, 2005.....	166
Figura 9 - Evolução de beneficiários por vigência dos planos, vinculados a planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia – 2001 a 2005.....	168

Figura 10 -	Evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano – 2001 a 2005.....	169
Figura 11 -	Beneficiários por tipo de contratação.....	170
Figura 12 -	Evolução do percentual de operadoras que se adequaram às provisões exigidas pela ANS, pelo último trimestre de cada ano, 2002 a 2004.....	179
Figura 13 -	Evolução trimestral da provisão de risco exigida pela ANS às operadoras, 2002 a 2004.....	180
Figura 14 -	Evolução trimestral da exigência de capital mínimo e provisão para operação e patrimônio capitalizado, 2002 a 2004.....	181
Figura 15 -	Adesão dos segmentos da saúde suplementar aos programas de promoção/prevenção da ANS, 2005.....	186
Figura 16 -	Linhas de cuidado apresentadas pelas operadoras de saúde suplementar no programas de promoção/prevenção da ANS, 2005..	187
Figura 17 -	Programas de promoção/prevenção apresentados pelas operadoras de saúde suplementar no programa da ANS, 2005.....	187
Figura 18 -	Distribuição das operadoras com resultado do Índice de Desempenho Assistencial no processamento referente aos dados de 2003.....	189
Figura 19 -	Distribuição das operadoras com resultado do Índice de Desempenho Assistencial no processamento referente aos dados de 2004.....	190

LISTA DE QUADROS

	<i>Pág.</i>
Quadro 1 - Principais resoluções sobre o poder de fiscalização da ANS.....	117
Quadro 2 - Principais resoluções sobre regulação de ingresso e saída do setor...	118
Quadro 3 - Resoluções sobre contratualização entre operadoras e prestadores de serviços.....	119
Quadro 4 - Legislação sobre o processo de adaptação de contratos.....	120
Quadro 5 - Principais resoluções sobre ressarcimento ao SUS.....	122
Quadro 6 - Principais resoluções sobre o fornecimento de informações à ANS..	124
Quadro 7 - Principais resoluções sobre a regulação do mercado.....	125
Quadro 8 - Principais resoluções sobre variação de preços e política de reajuste	126
Quadro 9 - Principais resoluções sobre a regulação assistencial.....	128

RESUMO

O trabalho analisa o processo de implantação da regulação pública no setor de saúde suplementar, entendendo a regulação como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução. Tendo como marco a edição da Lei 9656/98, que regulamenta a saúde suplementar no país, discute as tensões anteriores e posteriores à lei, caracteriza o posicionamento dos atores envolvidos, os normativos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), classificando-os quanto às dimensões do processo regulatório: econômica, assistencial e da estrutura e operação do setor. Apresenta as principais mudanças provocadas pela regulação nestas dimensões e discute as lacunas identificadas no processo regulatório da saúde suplementar. As principais mudanças identificadas foram: a) A mobilidade da rede de serviços visando a sua redução, racionalizando-as e buscando a redução de custos; b) Redução do número de empresas que, anteriormente ao processo regulatório, apresentavam uma entrada constante de operadoras sem sustentabilidade, em função de dois movimentos: declínio das operadoras ativas e o aumento das operadoras canceladas; c) O número de beneficiários apresentou estabilidade nos planos médico-hospitalares, crescendo 3,7%, e grande expansão dos planos exclusivamente odontológicos (109,3%), nos últimos cinco anos. Dentre os médico-hospitalares, cresceram as Cooperativas Médicas (31%), as Filantrópicas (6,7%) e Medicinas de Grupo (6,4%). As reduções ocorreram nas Seguradoras Especializadas em Saúde, cerca de 1,5 milhões de beneficiários (-25,1%) e no setor de Autogestões (-7,4%); d) A base da pirâmide dos beneficiários é sensivelmente mais estreita, enquanto o ápice é mais largo, proporcionalmente à pirâmide da população geral. O setor de saúde suplementar concentra mais idosos proporcionalmente e um número menor de jovens. Ocorreram mudanças na distribuição das faixas etárias da população de planos de saúde, reduzindo-se a população de jovens (menores de 19 anos), aumentando-se a população de inserção recente no mercado de trabalho (20 a 29 anos) e aquelas acima de 40 anos; e) Um decréscimo do número de beneficiários nas operadoras menores de 10 mil beneficiários. As demais operadoras aumentaram seus beneficiários, alterando sua participação percentual. Aquelas de maior porte, acima de 200 mil, beneficiários aumentaram sua participação relativa; f) Cresceu a participação dos planos novos, sujeitos à legislação específica e ao controle da ANS. Em 2000 os planos novos representavam 37%; em 2003 chegaram a 50%; e a cerca de 60% em 2005; g) Um processo de coletivização da forma de adesão dos

beneficiários aos planos de saúde; h) A principal mudança no formato de regulação assistencial foi a cobertura dos planos de saúde incluindo a obrigatoriedade do atendimento a todas as doenças do CID 10, e a edição de um rol mínimo de procedimentos. A assistência prestada pelas operadoras atende a todo o rol de cobertura definido. As lacunas do processo regulatório identificadas foram: aspectos concorrenciais e de transparência da operação no setor, a relação público e privado e a auto-suficiência do setor, o modelo de atenção à saúde, a existência de planos anteriores à regulamentação, a insuficiência de alguns Sistemas de Informações e os institutos públicos fora da regulamentação.

Palavras-chave

Sistema de Saúde, Regulamentação Governamental, Seguro Saúde

ABSTRACT

This work analyses the process of building the public regulation of the supplemental health care system. It assumes regulation as the capacity of the state to intervene in the offer of services, orienting its development or changing its patterns. The issuance of the 1998 Federal Law nº 9.656, regulating supplemental health care in Brazil is taken as a landmark. It debates the pre and post-Bill tensions, characterizing the positions of the actors involved. It also analyses the pieces of regulation issued by the Brazilian National Agency for Supplemental Health (ANS) classifying them according to different aspects of regulatory process: economic aspect; assistance; structure and operation of the sector. It describes the main changes provoked by regulation and discusses the existing gaps in the regulatory process of supplemental health. The main changes pointed out were: a) the mobility in the net of services of health, aiming at its reduction and rationalization and seeking cost reduction; b) reduction in the number of companies due to decrease of active health company and increase in the number of health company cancelled. Prior to the regulatory process, there was a constant entrance in the system of operators without sustainability; c) in the last five years, the number of beneficiaries has remained quite stable in the medical-hospital plans, expanding just 3.7%, while for the dental services it has grown remarkably (109.3%). Among the medical-hospital plans the medical cooperatives grew 31%, the philanthropic sector grew 6.7% and medical companies grew 6.4%. Reduction was verified among the insurance companies specialized in health, which have lost around 1.5 million beneficiaries (-25.1%), and among self management organizations (-7.4%); d) the basis of the pyramid of beneficiaries is clearly narrower comparing to the basis of the pyramid of the general population, while the top is larger. The supplemental health sector concentrates more elderly people and less young people comparing to the whole society. There has been changes in the range of age distribution for users of health plans: the group younger than 19 has reduced; there has been an increase in the number of young workers (from 20 to 29) and in the number of those above 40; e) there has been a decrease in the number of beneficiaries linked to operators with less than 10 thousand clients. The other operators increase their number and percentage of users. Those which work with above 200 thousand users increased their relative participation; f) the number of new plans submitted to specific legislation and ANS control has grown. In the year 2000 they represented 37%, reaching 50% in 2003 and around 60% in 2005; g) the process of collective contracting of

health plans has increased; h) the main change in the framework of regulation of assistance was the inclusion of mandatory assistance to all illnesses listed in CID 10 and the edition of a minimum list of procedures. The assistance offered by the operators covers all the list defined. The gaps of regulatory process identified were: concorrencial and transparency aspects of the sector operation; public and private relationship and the self sufficiency of the sector; the health assistance model; the existence of plans prior to the regulation bill; the insufficiency of the information systems available; and the public institutions not reached by the regulation.

Keys Words

Health System, Government Regulation, Health Insurance

1 - APRESENTAÇÃO

*“(...) como sabem ser duros os caminhos,
pelos quais a gente vai, só pensando na volta ...”*

João Guimarães Rosa

Concluir um doutorado, combinando as tarefas cotidianas com a elaboração da dissertação, exige um grande esforço e em vários momentos capacidade de abstração. Por isso, escrever sobre um tema que se relaciona com o cotidiano de trabalho, é uma boa alternativa para não cair nessa “armadilha”. Entretanto, o que era uma facilidade pode se converter em uma perigosa parcialidade na análise dos temas que se pretende estudar. O fato de trabalhar em sistemas de controle e avaliação nas esferas municipal (Ipatinga e Belo Horizonte), estadual e federal e no momento ocupar o cargo de Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), fez dos temas da regulação em saúde algo constante, tornando-me ator participante deste processo das últimas duas décadas, buscando o desenvolvimento de instrumentos que de alguma forma regularam a relação dos componentes público e privado no sistema de saúde brasileiro.

Com estas premissas, não declaro minha isenção ao analisar esse processo, pois o tempo todo a minha implicação ficará explícita. Entretanto, isto não compromete o trabalho, na medida em que buscar-se-á apresentar questões e dialogar com outras visões que participam de todo esse processo em construção. SCHRAIBER (1997) discute sobre o afastamento do pesquisador do objeto e sobre a importância de atores da Saúde Coletiva, que além de intervirem na realidade dos serviços, também se debruçam sobre o resultado destas intervenções, verificando seus alcances, erros e acertos.

Segundo MALTA (2001):

a discussão acerca do afastamento do pesquisador do objeto é algo que se coloca pelo viés positivista que a ciência incorpora. Entretanto, nós, atores da Saúde Coletiva, somos atores e pesquisadores ao mesmo tempo em que intervimos na realidade dos serviços e devemos estudar o resultado das intervenções, verificando seus alcances, erros e acertos. É importante nutrir-se do processo criativo da práxis, envolver os diversos atores, tanto no processo reflexivo quanto na produção de novos fazeres em saúde e também de um novo conhecimento (MALTA, 2001).

No processo de produção do conhecimento deve-se então optar pela definição de um percurso metodológico que permita a objetividade necessária à forma científica de conhecer, objetividade essa em que o ponto de vista político e ideológico do pesquisador compõe-se com um percurso metodológico estabelecido e não apenas na vivência prática (SCHRAIBER, 1997). Esta foi a aposta na construção deste trabalho.

Enquanto ator e autor, enfrentei algumas questões que motivaram este trabalho, dentre elas como se processa no Brasil a relação público/privada na saúde? Como o Estado brasileiro tem atuado na regulamentação nesta relação? No processo de regulação na Saúde Suplementar, como as medidas regulatórias têm sido recebidas pelos diferentes atores? A regulamentação na Saúde Suplementar tem alcançado resultados? Como podem ser mensurados os resultados da regulamentação na Saúde Suplementar? Como afirmar que foram positivas as mudanças? Quais as lacunas detectadas no processo regulatório?

Para responder a estas perguntas, o atual trabalho busca avaliar a Regulação em saúde produzida no Estado brasileiro, com ênfase na saúde suplementar, buscando analisar a regulamentação produzida na saúde suplementar e os resultados alcançados.

Como objetivos específicos pretende-se:

- Analisar a relação público/privado no Brasil e seus antecedentes, com ênfase na regulamentação produzida pelo Estado brasileiro no setor público da saúde, as diferentes estratégias de regulamentação e os instrumentos criados pelo ator governo;
- Revisar e analisar os instrumentos produzidos para a regulação em saúde;
- Analisar a regulamentação produzida no setor de saúde suplementar, classificando-a em eixos temáticos;
- Identificar os atores interessados no processo de regulamentação da saúde suplementar e o posicionamento dos mesmos frente à regulação pública no período;
- Avaliar se a regulação produzida na saúde suplementar alcançou seus objetivos no que se refere aos aspectos assistenciais, econômicos e mudanças na estrutura e operação do setor.

Para alcançar estes objetivos o trabalho foi estruturado em cinco partes:

- **Introdução** – Corresponde ao primeiro capítulo. Traz alguns elementos da conceituação e evolução da relação público e privado, fazendo uma breve revisão do papel do Estado contemporâneo e da implantação das políticas sociais no Estado neoliberal, seguida da análise da implantação das políticas de saúde no Brasil e como se deu a relação público e privado em diferentes momentos históricos;

- **Segundo Capítulo** - Apresenta e analisa o processo de regulação e alguns de seus instrumentos na evolução do sistema de saúde brasileiro, discute as diferentes estratégias de regulamentação utilizadas, seus objetivos, os atores envolvidos e, em particular, os instrumentos criados pelo ator governo. O capítulo consiste em revisão sobre o tema, discutindo aspectos conceituais, ferramentas utilizadas no processo regulatório em saúde, seus alcances e limites;

- **Terceiro Capítulo** - Analisa a regulação específica produzida pelo Estado brasileiro no setor de saúde suplementar, tendo como marco a edição da Lei 9656/98 e as tensões anteriores e posteriores à lei, caracterizando o posicionamento dos atores envolvidos. São discutidas as medidas provisórias, normas, resoluções, que definiram os padrões de oferta de serviços, medidas de saneamento dos planos, ressarcimento ao SUS, dentre outras. Analisa ainda os normativos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), suas finalidades, classificando-os quanto aos seguintes aspectos: assistencial, econômico, estrutura e operação do setor;

- **Quarto Capítulo** - Avalia as mudanças ocorridas no setor da saúde suplementar frente a regulação produzida nos seguintes aspectos: assistencial, econômico, estrutura e operação do setor; estabelece indicadores que pretendem aferir as mudanças produzidas;

- e finalmente, um quinto capítulo a título de **Conclusão**, com a identificação das principais lacunas do processo regulatório e dos principais avanços alcançados.

2 - INTRODUÇÃO

Para a compreensão da natureza dos sistemas de saúde e as relações público/privadas nas quais estão inseridos, é importante recuperar os modelos históricos de proteção social.

2.1 - Breve revisão sobre o papel do Estado contemporâneo

Com a revolução industrial e a acumulação capitalista, o Estado moderno buscou formatar um conjunto de políticas sociais que buscaram definir um elenco de medidas preventivas, compensatórias e redistributivas que objetivam conter, minorar e/ou reverter os efeitos provocados pelo mercado sobre os trabalhadores assalariados. A afirmação da noção de direitos sociais e a instituição do Estado de Bem-Estar Social ao final da Segunda Guerra Mundial, correspondem ao momento culminante deste processo. A emergência das políticas sociais modernas está associada à proteção dos indivíduos e grupos atingidos pelo funcionamento do mercado capitalista, por meio da ação do Estado Nacional.

O Estado Nacional caracteriza-se pela articulação entre autoridade e solidariedade, apoiada num consenso social que se fixa na noção de cidadania, sustentada pela presença de um Estado que dispõe de uma forma específica de organização da máquina administrativa, a burocracia moderna. O processo de formação do Estado Nacional está relacionado à constituição da autoridade burocrática moderna e à incorporação de todos à comunidade nacional (DELGADO, 1999). Neste contexto, o Estado Nacional, é um fenômeno ocidental, colocando o mercado capitalista como esfera de interação entre os indivíduos que vivem sob seu domínio e dotando as classes dominantes nacionais de um instrumento para a competição no sistema mundial (SANTOS BOAVENTURA, 1999).

A ação do Estado na produção das políticas sociais está associada aos esforços de determinados atores sociais e as relações de força estabelecidas entre os atores no enfrentamento dos dilemas sociais que se desenvolvem a partir da emergência do mercado capitalista. Em países nos quais o centro político nacional antecede o desenvolvimento das

relações capitalistas, a expansão destas antecede o processo de apropriação progressiva do Estado pela cidadania. É o caso da Inglaterra e de outros países europeus, como a Suécia, que definem o surgimento de um regime ativo na produção de políticas sociais. O caso dos EUA aproxima-se desta última via, embora com diferenciações, pela presença de condições que inibem a formação de uma identidade política operária, o que diminui o suporte da ação estatal orientada para a produção de políticas sociais (DELGADO, 1999).

Os trabalhadores assalariados se transformam no principal contingente de pessoas a serem protegidas pelas modernas políticas sociais, à medida que se dissolvem as redes tradicionais de solidariedade. Sua importância para a geração das políticas sociais pode ser indireta pela ameaça, real ou presumida, que sua ação representa, desencadeando respostas por parte de outros atores, como foi o caso da Alemanha, ou direta quando um setor moderado do movimento operário se constitui e, através de coalizões, assumem funções de governo nos Estados Nacionais. Verifica-se a combinação entre políticas universais dirigidas aos cidadãos e as políticas de seguro social destinadas a cobrir os riscos sociais mais graves dos trabalhadores assalariados e de seus dependentes (DELGADO, 1999; DAIN & JANOWITZER, 2004).

Após a Segunda Guerra, apesar das diferentes trajetórias de formação das políticas sociais modernas, verifica-se um grande consenso quanto à sua instituição e à consolidação de sistemas de bem-estar nos diversos países capitalistas. A guerra impulsionou a formação dos Estados de Bem-Estar Social, por envolver o Estado, os empresários e os trabalhadores industriais, ou por estabelecer novo equilíbrio de poder após seu final. A expansão do “campo socialista” impulsionou as sociedades capitalistas no atendimento às demandas de reforma social que encontraram eco no movimento operário dos países ocidentais. Acentuou-se o papel do Estado, responsável pela condução das políticas monetárias e fiscais, pela indução e apoio ao desenvolvimento econômico, pela regulação econômica global e setorial, pela efetivação de políticas de pleno emprego, pela manutenção e expansão da crescente rede de seguridade social (DELGADO, 1999).

O período que se estende do final da Segunda Guerra Mundial ao início dos anos 70 consistiu na expansão das políticas sociais, que deixaram de estar referenciadas apenas nos trabalhadores assalariados para atingir outros grupos, como adolescentes e

minorias étnicas. Neste momento, a quase totalidade dos países capitalistas centrais aproximou-se de um quadro de efetivo pleno emprego, o que favoreceu a expansão de pressões salariais e a ampliação das demandas por novas formas de política social, desencadeando dificuldades fiscais em diversos Estados Nacionais (ESPING-ANDERSEN, 1990).

Os processos de esgotamento dos mercados existentes para os produtos que lideraram a expansão econômica do pós-guerra e a redução da capacidade de endividamento dos estados, das empresas e das pessoas, contribuem para a redução da rentabilidade dos investimentos capitalistas, e para a situação de crise que se manifestaria nos anos 70, abrindo as primeiras manifestações contrárias ao Estado de Bem-Estar Social.

A gestação dos enunciados do neoliberalismo se deu em ambiente caracterizado pela redução na atividade produtiva em praticamente todos os países capitalistas e pelo aumento do desemprego acompanhados da permanência da inflação. Os problemas da economia capitalista passaram a ser associados à “explosão de demandas”, aos gastos estatais e à excessiva regulamentação do mercado de trabalho e de capitais. Acentuaram-se as pressões para que sejam reduzidas as barreiras de proteção para uma produção industrial incapaz de escoar nos limites dos mercados internos dos países capitalistas centrais, ao passo que, no plano interno, a redução das contribuições sobre a folha de pagamentos, a retirada do Estado e a desregulamentação do mercado de trabalho passaram a ser vistas como alternativas para aumentar a competitividade das empresas num mercado que se pretendia mais aberto (DELGADO, 1999; CHAUI, 1999).

Nos anos 80, tais pressupostos alcançaram êxitos diversos. A eleição de Thatcher na Inglaterra em 1979, de Reagan nos EUA em 1980, e de Kohl na Alemanha em 1982, sinalizaram os novos rumos nos principais países capitalistas. Ocorre a elevação dos índices de crescimento econômico, mas dentro de uma nova realidade, resultante do emprego de novas técnicas de organização do processo de trabalho e pela introdução das tecnologias associadas ao desenvolvimento da microeletrônica. Os investimentos na indústria passaram a não mais repor os postos de trabalho perdidos. Ocorre a progressiva redução da participação do emprego industrial e o aparecimento do desemprego estrutural. Em diversos países tais mudanças afetaram os índices de sindicalização, influenciando uma

das dimensões do poder dos trabalhadores industriais. Acentuou-se a segmentação do mercado de trabalho, com setores incluídos, absorvidos nos postos gerados ao lado de setores que foram absorvidos em ocupações de qualidade inferior, quando não totalmente fora do mercado, ou não incluídos (CHAUI, 1999; BOAVENTURA SANTOS, 1999).

Nos anos 90, ganharam peso as pressões para que os países periféricos promovessem ajustes, combinando abertura econômica, vinculação do valor de suas moedas ao dólar, redução do déficit público, privatizações, num elenco de medidas proposto principalmente pelo FMI, que acabou denominado Consenso de Washington. As novas condições geradas pela desestruturação dos padrões de regulação fixados no pós-guerra e a liberalização crescente do comércio mundial têm impacto sobre os Estados de Bem-Estar Social.

2.2 - A implantação das políticas sociais no Estado neoliberal

Os pressupostos do neoliberalismo produziram um efeito devastador nas origens do bem-estar social, que passa da responsabilidade do público para a esfera do privado. Os indivíduos e as populações são cada vez mais responsáveis pela solução dos problemas sociais (SOARES, 2005).

As políticas sociais no Estado de bem-estar liberal (implantação mais radical do neoliberalismo) têm por pressuposto não se admitir o acesso aos bens sociais pelo simples fato de ser membro da sociedade, e a obrigação dessa última de garanti-los por meio do Estado. Do ponto de vista liberal, o gozo dos benefícios corresponde ao desempenho de trabalho ou o seu pagamento. Assim, o Estado só garante um nível mínimo de bem-estar aos indigentes. Outra característica da visão liberal é o alto grau de mercantilização dos próprios bens sociais, como saúde, educação, pensões. Esses bens sociais são submetidos à lógica do lucro, o que se opõe à do Estado social-democrata, onde o financiamento, produção e administração pertencem ao âmbito público-estatal e se subtraem assim à lógica do mercado (LAURELL, 1995).

Segundo LAURELL (1995), a forma como o Estado Liberal organizou a sua proteção social ocasiona desigualdades várias, em função da estratificação social entre os salários altos e baixos, entre sexos, faixa etária, levando a desigualdades no acesso aos serviços, em quantidade e qualidade; a aposentadoria é diferenciada, a proteção por perda de emprego é díspar, dentre outras. Na América Latina e no Brasil ocorreu nos últimos anos intensa disputa para a desmontagem das frágeis instituições responsáveis pelas políticas sociais no país. A implantação das políticas neoliberais tem provocado um processo acelerado de privatizações, desregulamentação financeira, abertura externa, desregulamentação e flexibilização das relações trabalhistas, reestruturação das políticas sociais, centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza e a descentralização. A privatização é o elemento articulador dessas estratégias, atendendo ao objetivo econômico de abrir todas as atividades econômicas rentáveis aos investimentos privados, com o intuito de ampliar os âmbitos da acumulação e a mercantilização do bem social. A transferência de parte das responsabilidades do Estado aos investidores privados dependerão de ações estatais específicas dirigidas à geração de um mercado estável e garantido, e a resolução das contradições políticas geradas pela imposição dos postulados neoliberais (LAURELL, 1995).

As condições para a criação ou incentivo de um mercado disponível ou garantido passam por criar uma demanda para os benefícios ou serviços privados, o que ocorre quando os serviços fornecidos pelo setor público são tidos com insuficientes ou de má qualidade e gerar formas estáveis de financiamento para cobrir os altos custos dos benefícios ou serviços privados (LAURELL, 1995).

SANTOS (2000) aponta que o processo da “globalização” impõe a redução do “tamanho” e do papel do Estado como uma premissa básica do neoliberalismo, segundo a qual toda interferência estatal é ruim.

Um fenômeno que ocorreu nesse período foi o desmonte das estruturas públicas dos Estados com a intensificação dos processos de privatizações e das terceirizações de funções outrora do aparelho estatal para instituições de caráter não público. Esse processo, que teve como principais exemplos a Inglaterra e a Nova Zelândia, também perpassou os Estados Unidos e outros países europeus. A criação das Agências Executivas, com a

transferência dos servidores públicos e posterior privatização de algumas das funções foram os instrumentos utilizados (SANTOS, 2000).

Na Inglaterra a eleição dos setores que passariam por esse processo de “agencificação” seguiu os seguintes passos: o primeiro a ser avaliado seria se o serviço em questão era necessário ou não, se não, era simplesmente extinto; segundo se a atividade era privatizável; terceiro não sendo possível a privatização, buscava-se a terceirização; e quarto, se necessário a sua manutenção como serviço público, seria submetido às regras de mercado, com a criação das instituições “públicas” não governamentais. As Agências Executivas seriam então entidades intermediárias entre o Estado e as instituições “públicas” não governamentais (SANTOS, 2000).

Ainda segundo SANTOS (2000), as principais características destas Agências são: a busca do isolamento das influências políticas, ou seja, a separação entre a formulação e a implementação de políticas; a “flexibilização” da gestão pública; novos controles baseados nos resultados. Busca-se assim aproximar a gestão pública da gestão privada.

O processo erigido como modelo para a proposta de Reforma do Estado no Brasil pela administração Fernando Henrique Cardoso tinha como premissas os mesmos pressupostos observados por estes países (BRESSER PEREIRA, 1997).

São várias as formas de apoio do Estado capitalista aos serviços privados dentre elas o corte no investimento em gastos públicos, a regulação do setor privado, o apoio às iniciativas privadas. Assim o fato do Estado desempenhar um papel fundamental na formulação e efetivação das políticas sociais não significa que estas envolvam, exclusivamente ou mesmo principalmente, o âmbito público. O Estado tem sido o grande articulador dos interesses privados. A partir da articulação específica entre público e privado, entre estado e mercado, e entre direitos sociais e benefícios condicionados à contribuição ou mérito, é que se torna possível distinguir, dentro do que se chama "Estado de bem-estar capitalista", as diferentes políticas sociais com seus conteúdos e efeitos sociais.

2.3 - A implantação das políticas de saúde no Brasil no último século

A articulação entre o Estado e interesses privados tem ocorrido no Estado Brasileiro em diferentes momentos. A organização dos primeiros modelos assistenciais resultaram, na maioria das vezes, das expressões dos interesses privados. Foi assim, por exemplo, a forma de atuar no Estado brasileiro no início do século XX, facilitando as exportações do setor cafeeiro. Assim, o modelo Sanitarismo Campanhista respondia às demandas do modelo econômico agro-exportador. O que se exigia do sistema de saúde era uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação. Este modelo se traduzia numa visão militarista de combate às doenças de massa, concentração de decisões, e um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social (MENDES, 1994).

Seguiu-se o Modelo de Assistência Médica Previdenciária, na década de 20 do Século XX, sob a influência da Medicina Liberal, ligando-se à necessidade de assistência aos trabalhadores rurais, urbanos e industriais. A partir da década de 40, expandiu-se com a construção dos hospitais dos Institutos de Previdência e Assistência Social, seguindo-se dos hospitais das redes Estaduais e Universitárias. O acesso à assistência à saúde, no Brasil, deu-se como um direito das classes assalariadas urbanas, vinculando-se à Previdência Social. Por sua vez, o financiamento vinculou-se à massa salarial (percentual da contribuição do empregado e empregador). Entre os anos 30 e 60, foi implementado um conjunto de políticas sociais visando a extensão dos direitos de proteção social (aposentadoria, pensão, assistência médica), comandado pela necessidade de investimento do Estado em setores básicos da economia que dessem sustentação ao processo de industrialização. O sistema de proteção social, de molde meritocrático, obedeceu a uma lógica eminentemente econômica, que se sobrepôs à sua dimensão social, seja pela conquista dos trabalhadores a esses direitos sociais, seja como política compensatória das desigualdades sociais (COHN, 1995; ANDRADE, 1999).

No que diz respeito à saúde, estabeleceu-se uma cisão entre Saúde Pública e Assistência Médica individual. Aquela, a cargo do Ministério da Saúde e responsável pelas ações de caráter coletivo, contou com orçamento descendente a partir dos anos 50. Quanto à assistência individual, financiada pela Previdência Social, cobriu-se somente a parcela da

população, sendo os serviços produzidos essencialmente pelo setor privado e comprados pelo Estado com recursos provenientes da Previdência Social. Cristalizou-se, dessa forma, a constituição de um setor privado da saúde que passou a ter seu mercado garantido por meio da política de seguro social. O Estado acabou por se transformar no maior comprador dos serviços de saúde privados que são prestados às classes assalariadas, não exigindo dos produtores privados de serviços de assistência médica a obediência às regras de eficiência e competitividade clássicas do mercado. Além disso, o Estado regulou esses direitos, sem praticamente onerar os recursos fiscais, já que a principal fonte de recursos provinha de um percentual sobre a massa salarial, e os empregadores repassaram para o preço final dos produtos as despesas com os encargos sociais, enquanto o Estado se caracterizava com um contumaz devedor (COHN, 1995).

Outra forma de favorecimento à iniciativa privada ocorreu no financiamento direto do Estado à sua expansão. Grande parte do financiamento para a expansão do setor privado veio diretamente do setor público, em consonância com a política de sustentação do capital a partir do Estado, mais notavelmente após 1964, constituindo na década de 90, 76% da oferta de leitos no país. Acentuou-se o credenciamento de hospitais privados junto ao INPS, que pagava o atendimento médico individualizado dos segurados, fornecido pela rede particular por unidade de serviço prestado. O mecanismo favoreceu a expansão da rede hospitalar privada e prestava-se a formas variadas de fraude, na medida em que induzia à opção por serviços mais caros. Este modelo constituiu-se no modelo neoliberal ou liberal privatista de organizar serviços, sendo hegemônico no país (TEIXEIRA & OLIVEIRA, 1986; WERNECK VIANNA, 1995; SILVA, JR 1998).

A partir de meados da década de 70, o país assistiu a um vigoroso movimento da sociedade civil para a democratização da saúde, entendida enquanto direito universal garantido pelo Estado e sob controle público. Houve uma expansão de benefícios sociais a setores informais, sendo assegurada a aposentadoria aos trabalhadores rurais e aos idosos. No entanto, essa expansão não foi acompanhada da ampliação da base de financiamento contributiva. Conviveu-se com um sistema privado prestador de serviços da saúde altamente complexo, com alta densidade tecnológica, e que foi se transformando num setor de acumulação de capital (COHN, 1995).

No processo de luta pela democratização política no Brasil e da Reforma Sanitária, buscou-se concretizar uma nova concepção na relação público e privado, onde através de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, o privado seria complementar àquele, sob controle público (MALTA, et al, 2004).

Entretanto, nos anos 80, a política de saúde no Brasil seguiu trajetória paradoxal: de um lado, a concepção universalizante; de outro, obedecendo às tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, concretizaram-se práticas caracterizadas pela exclusão social e redução de investimentos públicos. Em função dos baixos investimentos em saúde e conseqüente queda da qualidade dos serviços, ocorreu uma progressiva migração dos setores de “classe média” para os planos e seguros privados. A expansão da saúde suplementar nas últimas décadas foi significativa. O Estado tem atuado no campo da saúde no Brasil, tanto como prestador de serviços, fornecendo cuidados à saúde, como regulador do mercado, fixando normas, padrões de qualidade, preços, tornando-se complexo o debate das relações público/privadas.

Conforme discute LAURELL (1995), na relação entre o público e o privado podem ocorrer simultaneamente dois movimentos contraditórios de fortalecimento do público a partir do Estado através da divulgação da expansão dos seus serviços, diminuindo, nestes casos, a demanda para o setor privado e outro de descrédito do setor público através da redução de verbas, redução de qualidade, divulgação na mídia das “crises da saúde pública” e dificuldades no atendimento, o que gera maior procura dos serviços privados.

Esse mecanismo se processou no país especialmente na década de 80, quando se deu a expansão dos planos e seguros privados. Enquanto o sistema de saúde público ofertava serviços de baixa qualidade, os planos e seguros de saúde avançavam no sentido do acesso às novas tecnologias assistenciais e, conseqüentemente, expandiam sua clientela.

Passou-se a travar o debate sobre "o fracasso das intenções universalizantes". Segundo BAHIA (1999), conviviam-se, paralelamente, com um relativo consenso sobre a afirmação de que “o SUS não deu certo”, o que era reforçado pelo tratamento da mídia, mostrando as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, decadência das instalações

físicas, filas nas portas dos hospitais públicos e dificuldades para manter e contratar recursos humanos, configurando claramente interesses contrários à universalização. Imputava-se ao Estado o fracasso do SUS e a responsabilidade pela expansão dos planos.

A expansão dos planos de saúde foi crescente, alcançando cerca de 15 milhões de beneficiários no início dos anos 80. A grande discussão pública sobre o crescimento desse mercado ocorreu no final da década de 1980, com o aumento da comercialização de planos individuais e a adesão de novos estratos de trabalhadores (funcionários públicos da administração direta e a entrada de grandes seguradoras no ramo saúde). Posteriormente, expandiram-se os planos individuais comercializados por hospitais filantrópicos e empresas médicas regionalizadas, geralmente localizados em periferias das grandes cidades ou em municípios de médio e pequeno porte.

A relação público/privado no sistema de saúde no Brasil é concebida por MÉDICI (1992) e divulgada por MENDES (1996) graficamente como uma pirâmide, na qual a base se relaciona aos segmentos de menor poder aquisitivo cobertos pelo SUS e, a seguir, menores áreas para clientela com maior nível de renda. Esta descrição está distante da definida pelo sistema de saúde brasileiro, onde as sobreposições da oferta para o atendimento de clientes cobertos ou não por planos privados são frequentes em boa parte dos serviços de saúde. Sobreposição que condiz com a acumulação de direitos e não exatamente com a uma separação definitiva de elementos para os segmentos cobertos por planos e seguros. Quem está coberto por planos e seguros dispõe de um consumo mais abrangente, que incluiu o acesso aos melhores serviços do SUS. Na prática, a separação entre sistema privado e público existe para os usuários exclusivos do SUS (MÉDICI, 1992, MENDES, 1996, BAHIA, 1999).

A partir dessas questões, pode-se compreender a relação público/privado no Brasil com a análise das disputas de interesses em torno da regulamentação dos planos de saúde nas suas relações com o Sistema Único de Saúde, nas isenções fiscais, nas duplas portas de entrada, no ressarcimento ao SUS dos atendimentos realizados em beneficiários de planos de saúde, dentre outros mecanismos.

No Brasil, ao longo das últimas décadas, outros mecanismos também foram utilizados pelo Estado neste financiamento, como os subsídios diretos, financiamentos, linhas de crédito para expansão física da rede privada, resultando no crescimento e fortalecimento do setor privado no país (LAURELL, 1995).

2.4 - A relação público e privado

Segundo GENRO e SOUZA (1997), a concepção do "público" agrega-se ao princípio da inserção do cidadão no processo de controle social, garantindo-se a transparência das ações. Já o privado, diz respeito às aspirações e desejos privados, restringindo-se à concepção dos beneficiários e do controle social.

ROMANO (2005) aponta que a literatura identifica o conceito de “público” na Revolução Francesa e Americana no século XVIII. Teria sido dado ao Estado o poder de impor políticas à sociedade civil. Identifica três vertentes teóricas para se discutir o papel desse Estado. Uma de concepção marxista ou hegeliana que identifica no Estado os três monopólios que definem a política pública: o da força, da norma e de arrecadar impostos. O modelo liberal faria parte desta concepção, apesar de definir limites à sua operação.

Outra, com origem no século XX, tem como base o pensamento de Foucault. Nesta perspectiva, a idéia do público se dilui e corresponde a parcelas do controle exercido por instituições como a família, o hospital, a igreja, etc. Alguns discípulos mais radicais de Foucault advogam a tese da não existência do Estado.

A terceira, baseada na contribuição de Habermas, traz o conceito de “opinião pública” como o conjunto de cidadãos que influenciam as decisões políticas por meio da pressão na sociedade civil e no parlamento. Isto acaba resultando na limitação da atuação do Estado. Esta concepção retoma a perspectiva da universalização, mas não centrada apenas no Estado e sim permeada pela “opinião pública”.

SADER (2005) explora essa relação a partir da dicotomia entre esses dois conceitos. Identifica na hegemonia do pensamento neoliberal o recrudescimento dessa visão dicotômica. A crítica ao “estatismo” e a apologia ao “mercado” e à “sociedade civil”

fizeram crescer essa visão de antagonismo, com o conceito do “público” sendo sucumbido. Destaca ainda que, ao longo do tempo, tivemos a alternância da hegemonia desses conceitos. O “direito privado” prevaleceu até o surgimento dos Estados modernos, sendo que o “direito público” se fortaleceu a partir daí, sendo questionado só mais recentemente com a recuperação da hegemonia do pensamento liberal.

Existem diferentes concepções sobre o papel do Estado na relação público e privada na saúde. Dentro do Estado Liberal o entendimento que é partilhado pelos organismos internacionais implica no estabelecimento de uma divisão de atuação, reservando ao Estado três funções: assegurar um nível ótimo de produção e consumo de bens públicos e bens que tenham caráter parcialmente público, devido às suas externalidades (atividades de proteção à saúde, informações de interesse coletivo etc.), fazer o mercado funcionar de forma mais eficiente, compartilhando riscos e incertezas sobre necessidades e, finalmente, subsidiar os setores excluídos para que possam acessar o mercado (MUSGROVE, 1999).

Dentre os países que adotam a concepção liberal, os Estados Unidos fazem uma opção pela regulação privada no mercado da saúde. Entretanto, o sistema americano falha em conseguir justamente as duas coisas mais propaladas: maior eficiência distributiva de recursos e maior economia de recursos. A competição entre as empresas privadas de seguro e o afastamento do Estado no processo de regulação resultaram no sistema mais caro do mundo, e nem por isso com os melhores resultados. O fato é que o mercado não levou nem à equidade, nem à eficiência no consumo de recursos (NORONHA, 1999).

Já no modelo inglês, parte-se do modelo de proteção universal, onde se concebe que a saúde é um bem público ou meritório e o Estado tem a obrigação de ofertar a assistência à saúde, financiado pelo conjunto da sociedade, ou seja, o modelo de financiamento universal para cobertura dos riscos da saúde, onde se constituem mecanismos de solidariedade mais extensos ao longo da história. A concepção do tipo securitarista não está presente no sistema britânico ou sueco (NORONHA, 1999).

NORONHA (1999) argumenta que o controle do mercado sobre a saúde torna-se questionável por três razões essenciais. A primeira delas é que as condições em que a decisão do consumidor é tomada se dá em uma situação de stress, uma situação de

particular peso. A segunda reside no fato de que o consumo dos atos de saúde difere do consumo de serviços em geral pelo fato de, no setor saúde, o usuário não se portar como um consumidor comum diante da mercadoria, por estar desprovido de conhecimentos técnicos, não detendo informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que irá consumir, nem a quantidade, nem a qualidade, existindo uma grande assimetria de conhecimentos. Não se define a priori o uso do serviço, ou seja, quando o indivíduo torna-se um paciente, ele não é capaz de escolher nem as alternativas, nem avaliar entre as alternativas qual a melhor relação custo/benefício. A terceira razão reside na grande incerteza do mercado, da imponderabilidade no consumo de recursos em cada contato estabelecido pelo usuário e o serviço. Portanto, o produto "saúde" torna-se inelástico em relação ao preço. Essas questões levam a inúmeras dificuldades do mercado em regular as transações na área da saúde, desmascarando os argumentos de que o mercado teria imensa superioridade na regulação e prestação de serviços em relação ao público.

ACIOLE (2003), em sua tese de doutoramento, faz uma ampla recuperação dessa relação no campo da saúde. Identifica o Estado brasileiro como grande fomentador do setor privado na saúde e literalmente apresenta:

(...) O setor privado de saúde no país deve sua existência a políticas estatais deliberadas que praticamente configuraram um capitalismo sem risco, também nesse setor, assim, podemos nos referir a um modo de produzir/consumir acesso à assistência médica, que tem forte base mercantil (ACIOLE, 2003).

Aponta ainda a necessidade desse mercado ser submetido a lógicas racionalizadoras por uma ação regulatória, dada a sua dependência estrutural da sustentação coletiva e estatal e a já consolidada inter-relação entre os subsistemas público e privado no Brasil.

Esses pontos tornam-se importantes na análise da relação público privado no Brasil, para que possamos sob esses referenciais analisar, por exemplo, a regulamentação da relação com os prestadores de serviços, a regulamentação pública e privada e o resultado produzido por esta regulação.

***3 - A REGULAÇÃO PÚBLICA DA
SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO***

A teoria econômica clássica atribui a “lei da oferta e da demanda”, em um mercado de livre competição, a determinação das quantidades e dos preços da produção, quando não estão dadas as perfeitas condições de competição ocorrem as “falhas de mercado”. Na ocorrência destas “falhas de mercado” deveria se dar a intervenção do Estado na economia (CASTRO, 2002; DONALDSON & GERARD, 1993; MCGUIRE et al, 1992).

DONALDSON & GERARD (1993), identificam as seguintes características da competição perfeita: racionalidade, inexistência de externalidades, perfeito conhecimento do mercado por parte do consumidor, consumidores agindo livremente em seu benefício, numerosos e pequenos produtores sem poder de mercado. Estes mesmos autores identificam que na saúde nenhuma das condições de perfeita competição está presente, e, neste caso, justificaria-se uma ação mais intensa do Estado. As principais falhas de mercado identificadas são: ocorrência de riscos e incerteza; "risco moral"; externalidades; distribuição desigual da informação; existência de barreiras (CASTRO, 2002).

Na teoria econômica a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir “falhas de mercado”, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle. A categoria regulação encontra-se largamente utilizada na Administração Pública, nas Ciências Sociais e na Economia. Segundo Boyer (2004) seria a “*conjunção dos mecanismos que viabilizam a reprodução do conjunto do sistema, em função do estado das estruturas econômicas e das formas sociais*”. No setor saúde este termo, além de se referir aos macros processos de regulamentação, também define os mecanismos utilizados na formatação e direcionamento da assistência a saúde propriamente dita (ANDREAZZI, 2004).

O ato de regular em saúde é constitutivo ao campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos diversos atores ou instituições que provêem ou contratam serviços de saúde. O conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde ainda são objeto de debate, existindo compreensões distintas do tema, além de sofrerem variações ao longo dos anos e conforme o entendimento dos atores sociais em foco.

MAGALHÃES JR (2006) apresenta a questão da seguinte forma: *“O termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, mesmo nos majoritariamente públicos, não sendo apenas uma função de regulação mais clássica das relações de mercado na saúde, como uma das maneiras de correção das chamadas imperfeições de mercado. Pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de Estado na saúde, o termo assume claramente uma característica polissêmica.”*

D'INTIGNANO e ULMAN (2001) citados por MAGALHÃES JR (2006) analisam as políticas de regulação, partindo da idéia de que as políticas de saúde buscam um equilíbrio entre três objetivos: 1) o realismo macroeconômico, que impõe a cobertura de despesas pelas receitas e um sistema que não prejudique o emprego e a produção; 2) a eficiência microeconômica, que exige um nível satisfatório de prestação de serviços, um sistema com bom desempenho, produtividade das estruturas de prestação de serviços e eliminação de desperdícios; e 3) a equidade social, que deve se traduzir no acesso aos cuidados e a uma repartição geográfica eqüitativa dos meios.

A regulação da saúde pelo Estado brasileiro tem a sua importância dada pelo modelo de prestação de serviços adotado ao longo do tempo. Entendendo, aqui, o processo de regulação como a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde, já se fazia presente nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), na medida que foram estabelecidas regras para a utilização de serviços e medicamentos, bem como ofertados serviços de saúde para seus beneficiários, estabelecendo regras de utilização. Nos IAPs, como o modelo adotado foi o da compra de serviços em detrimento da sua prestação direta pela Instituição, estas ações se intensificaram. Todas estas ações se caracterizam como regulação dos serviços de saúde.

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, esse processo se acelerou e a assistência médica prestada pela Estado passou a se dar basicamente pela aquisição de serviços privados. Como o INPS necessitava de uma enorme rede de prestadores espalhada por todo o país, o processo de formação dessa rede poderia

ser caracterizado como o primeiro e mais importante mecanismo regulatório praticado pela Instituição. Os critérios utilizados, bem como o perfil da rede credenciada, definiram inicialmente o tipo de assistência a ser praticado a partir daí. Portanto, esse modelo adotava um modo de regulação junto aos seus prestadores nos mais variados formatos: regulação comercial, administrativa, financeira e assistencial. A relação comercial e de pagamento com os seus credenciados definiu a relação e o padrão assistencial. Ao se optar pelo pagamento por procedimentos via Unidades de Serviços (US), direcionou-se toda a rede prestadora para uma lógica de produção de atos isolados e de maior custo. A operação administrativa oriunda desse formato comercial seria outro aspecto regulatório definidor da assistência. Os mecanismos e fluxos definidos de controle e avaliação passam a induzir fortemente o tipo de assistência prestada pela rede credenciada. As revisões administrativas, as glosas, as autorizações definiram o que podia ou não ser feito e padronizaram a operação dos prestadores. Outro aspecto foi a regulação financeira, que ocorreu fundamentalmente pelas restrições orçamentárias e da definição dos valores em uma tabela de remuneração. A capacidade de pagamento e a majoração ou não de valores de procedimentos definiram quais as ações seriam feitas em maior ou menor quantidade, e que acesso seria permitido aos usuários do sistema.

A regulação da assistência propriamente dita foi o aspecto mais relegado, nesse momento inicial, na construção e consolidação de um marco regulatório para a assistência à saúde no Brasil. Os mecanismos instituídos inicialmente guardam pequena relação com os aspectos qualitativos dos serviços prestados, bem como com a regulação do acesso e critérios de elegibilidade para a execução de ações de saúde.

Importante destacar que esse processo se aprofundou muito com a expansão dos serviços privados de saúde contratados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS) em 1978, que atuava junto aos prestadores privados contratados pelo sistema previdenciário, buscando controlar principalmente a produção e os gastos na assistência médica aos segurados. Este modelo de regulação centrava-se no controle sobre os gastos do setor, apoiados em uma excessiva normatização, imposição de regras e fluxos. No caso específico do INAMPS, o processo regulatório foi tanto mais intenso quanto maior era a crise financeira da instituição. Exemplo desta prática restritiva constitui, por exemplo,

a Portaria Nº 3042/82 que limitava os exames por percentuais das consultas, objetivando o controle da prestação de serviços (BRASIL, 1982). O Controle e Avaliação ligado ao INAMPS cresceram na proporção do crescimento da demanda por assistência médica e, principalmente, do número de prestadores desses serviços. Este modelo de regulação caracterizou-se pelo seu alto grau de centralização, verticalização das ações, decisões e normatização centrais e pela dualidade advinda de diferentes culturas institucionais e de mando, que se expressa com a fragmentação da ação do Estado no sentido de promover a saúde da população. Essa situação é, em geral, evidenciada de um lado pelos métodos utilizados de planejamento normativo, de administração paramétrica e de controle, avaliação contábil-financeira, e de outro lado, pelos métodos de organização dos serviços e de avaliação a partir de programas verticais de saúde pública (MERHY, 1992).

Etapa importante no processo regulatório desenvolvido consistiu no desenvolvimento no INAMPS dos tradicionais sistemas de controle, avaliação e auditoria. No processo de descentralização às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, esses serviços foram incorporados na mesma lógica de sua constituição original. As ações desenvolvidas por estes serviços ocorreram de forma bastante normatizada e tinham como objetivo o acompanhamento da relação econômica estabelecida com os prestadores credenciados, particularmente no tocante a correção das faturas apresentadas (SANTOS, 1998).

O atual capítulo se propõe a discutir o projeto de regulação pública na saúde no Estado brasileiro, após a implantação do SUS nos seus aspectos conceituais, históricos, estratégias de regulamentação adotadas no setor saúde, as disputas entre os atores que atuaram no processo de regulação e em particular os instrumentos criados pelo ator governo para facilitar o processo regulatório.

3.1 - Aspectos conceituais

A regulação pode ser entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução. Essa intervenção pode ser feita através de mecanismos indutores, normatizadores, regulamentadores ou restritores.

A intervenção entre a demanda e a prestação direta dos serviços, nos seus diversos aspectos pode ser caracterizada como mecanismo de regulação. A demanda, assim como a prestação de serviços, podem se organizar das mais variadas formas e travar o seu relacionamento nos mais diversos campos. Assim sendo, as possibilidades de intervenção, ou seja, de regulação, também são extremamente diversificadas.

A primeira distinção a ser feita é entre os termos regulação e regulamentação. A regulação será entendida aqui como um conceito principal que expressa a intencionalidade do ator ao exercer a sua capacidade, o seu poder instituído ou em disputa. Regulamentar será entendido como o ato de transformar em regras, normatizar, essa mesma intencionalidade. Portanto, o conceito de regulamentação estará subordinado ao conceito principal de regular.

Na prática, os dois termos têm sido utilizados sem muito rigor, apesar de regulamentação ser utilizado mais no sentido do processo de produção de atos para regulamentar, seguido de um posterior processo político-administrativo de regulação de relações e contratualidades entre atores com interesses conflitantes.

O que observamos também é que o processo regulatório pode se dar tanto do ponto de vista do acesso cotidiano das pessoas (a microrregulação) quanto no aspecto das definições das políticas mais gerais das instituições, o que podemos chamar de macrorregulação. Esta última consiste nos mecanismos mais estratégicos de gestão: o estabelecimento de planos estratégicos, de projetos prioritários, de relação com o controle social, as definições orçamentárias maiores, a relação com as outras políticas sociais que interferem com produção ou não de saúde nas populações, a política de recursos humanos e o estabelecimento de regras para as relações com o setor privado na saúde, que é sempre um ator importante.

O processo de regulação se insere dentro de um cenário de disputas, de interesses conflitantes que determinam o formato e o alcance do processo de regulação. A macrorregulação pode se estabelecer em bases sociais públicas, como as defendidas pela reforma sanitária brasileira e inscrita nos postulados legais do SUS, em bases corporativas ou tecnocráticas e/ou apoiadas nos interesses dos mercados privados. Podemos afirmar que

não existe sistema sem regulação. A diferença se estabelece sobre quais as premissas e disputas que orientam a regulação existente. Neste sentido, podemos ter um modelo de estímulo e expansão do setor privado, conforme conduzido à época dos IAPs, INPS e INAMPS, ou um modelo pautado pela égide do público, conforme preconizado pela Reforma Sanitária e a legislação que a institucionalizou, Constituição e Lei Orgânica (OLIVEIRA & TEIXERIA, 1986; BRASIL, 1988, BRASIL, 1990).

A microrregulação ou a regulação assistencial traduz o cotidiano da operação do sistema, as regras gerais estabelecidas na macrorregulação. Consiste em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços. Além disto, implica em avaliar o que foi planejado nos vários recortes da assistência, ou seja, dotar a gestão de uma inteligência reguladora operacional. Em um sistema assistencialmente regulado, o usuário, ao adentrar à rede de serviços, passa a ser direcionado pelo sistema (MAGALHÃES, 2002).

Importante destacar que, apesar de conter vários dos atributos do processo de gestão, a regulação é um dos seus componentes, não o seu todo. Esta polêmica dificultou, em algum momento, a institucionalização dessa discussão no âmbito dos gestores do SUS, pois poderia sugerir a substituição das gestões e dos gestores pelos reguladores, principalmente nos aspectos da regulação assistencial.

Outros conceitos importantes e que foram o núcleo central dos instrumentos desenvolvidos no extinto INAMPS são:

- O conceito de *controle*, que pode ser tomado como o acompanhamento permanente do processo de execução de uma ação, buscando sua conformidade com o que foi prescrito, e se o que está sendo realizado aproxima-se de um parâmetro, de um limite pré-fixado, se está ocorrendo distorções. O controle pode ser prévio, concomitante ou a posteriori do processo em acompanhamento.

- O conceito de *avaliação*, como um processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para

colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão. Consiste ainda em um “modo sistemático de aprendizagem através da experiência e utilização desse aprendizado para um melhor planejamento através de uma seleção cuidadosa de alternativas para ações futuras” (OMS, 1989). CONTANDRIOPOULOS (1997) destaca que a avaliação “consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Assim, a avaliação pode se constituir em uma ferramenta ligada ao processo decisório, ao planejamento e gestão, visando melhorar desempenhos, rever e redirecionar ações.

- A *auditoria* é um conjunto de técnicas que visam avaliar processos e resultados e a aplicação de recursos financeiros, mediante a confrontação entre uma situação encontrada com determinados critérios técnicos, operacionais ou legais. (...) A finalidade da auditoria é comprovar a legalidade e a legitimidade dos atos e fatos e avaliar os resultados alcançados quanto aos aspectos de eficiência, eficácia e efetividade da gerência ou gestão orçamentária, financeira, patrimonial, operacional, contábil e finalística de unidades ou sistemas (BRASIL, 2001).

Importante destacar que o conjunto das atividades desenvolvidas não conseguiram consubstanciar esses conceitos em atividades rotineiras dos serviços de saúde.

3.2 - Os sujeitos e atores da regulação

Neste contexto de disputas torna-se importante compreender quais são os atores implicados e quais são os interesses em cena que definem os pressupostos e mecanismos adotados na regulação. Iremos nos apoiar em MATUS (1987 p. 754) que conceitua ator social como uma “*personalidade, uma organização ou um agrupamento humano que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades, e atuar produzindo fatos na situação*”. Segundo CECÍLIO (2004), o conceito de ator social, em Matus, se aproxima ao conceito de “*forças sociais*”, isto é, movimentos que representam e organizam uma parte da população em torno de objetivos

comuns. O que caracteriza e diferencia uma força social de um grupo social, de um estrato social ou de uma multidão desorganizada é sua constituição como organização estável, com capacidade permanente de acumulação de força e de produção de eventos mediante a aplicação dessa força (MERHY et al, 2004, CAMPOS, 1992).

Neste entendimento, o ator social, dentro de dado contexto histórico, busca regular os serviços de saúde, segundo os interesses da sua representação, ou seja, direcionar a produção da saúde para os seus macro-objetivos. Os interesses e disputas colocados entre os atores sociais se fazem dentro de dado contexto histórico e político. Os atores regulados respondem a esta regulação de maneiras distintas.

No contexto dos IAPs a regulação se pautava pela compra de serviços em detrimento da oferta de serviços próprios, modelo este que se aprofundou no Estado brasileiro nas décadas seguintes, já que os atores "reguladores" dentro do Estado se confundiam com os entes "regulados". O movimento da "Reforma Sanitária" que se constituiu como um movimento político em torno da remodelação do sistema de atenção à saúde, tendo a compreensão da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, possibilitou a construção de um novo ator político, ou de uma nova identidade simbólica. A luta pela democratização da saúde envolveu profissionais e intelectuais da área da saúde e um movimento social organizado. Todo esse movimento em torno do projeto contra-hegemônico, desde os anos 70, confluiu na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que se consubstanciou posteriormente em 1988 no texto constitucional e na Lei Orgânica que deram o arcabouço jurídico para este projeto e pautaram novos princípios e diretrizes da regulação pública (BRASIL, 1988; PAIM, 1997).

Isto não significou que o processo regulatório levado a cabo pelo Estado brasileiro tenha sofrido uma guinada significativa, instantânea, e que os novos pressupostos ocuparam o centro da pauta. Os interesses dos "regulados" e a dinâmica dos reguladores perpetuam até os dias de hoje, em maior ou menor proporção no processo regulatório em curso.

3.3 - A regulação na legislação

A legislação que se seguiu ao processo constituinte recolocou os temas do controle, avaliação, auditoria e regulação, que aparecem como constitutivos no processo de definição do arcabouço legal do SUS, segundo a Constituição Federal de 1988, no seu Artigo 197:

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 (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080 define competências em cada esfera de gestão e estabelece o Sistema Nacional de Auditoria (BRASIL, 1990).

O processo de regulamentação da relação entre os entes federados foi consubstanciado na edição das Normas Operacionais (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93, NOB 01/96 e na NOAS 01/2002). Todas as NOBs, de forma mais ou menos elaborada, trataram do processo de regulação nos seus vários componentes, notadamente os de controle e avaliação. A principal tentativa sempre foi a de definir os papéis dos níveis de gestão no processo regulatório.

Na Norma Operacional Básica - NOB/91 equiparou-se prestadores públicos e privados, através do mesmo mecanismo de repasse de recursos, estabelecendo que o repasse de recursos do orçamento do INAMPS aos estados e municípios para custeio da atenção hospitalar e ambulatorial se daria via convênios e pagamentos por produção, além de determinar critérios de acompanhamento, controle e avaliação das ações cobertas por este mecanismo de financiamento, ou seja, o primeiro grande ato normativo já expunha que o mecanismo regulatório praticado no momento anterior não sofreria solução de continuidade e sim, se expandiria para o setor público. Atribuiu ao INAMPS o controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira (BRASIL, 1991; LEVCOVITZ, 2001).

Na NOB 92 definiu-se competências. Nestas os municípios responderiam pelo controle e avaliação sobre os serviços assistenciais; aos estados caberia avaliar serviços periodicamente e realizar o “controle municipal”. Fazia a recomendação genérica que a avaliação verificasse a eficiência, a eficácia e a efetividade dos serviços, o cumprimento

das metas e resultados. A União analisaria e corrigiria o desenvolvimento do controle e avaliação assistencial no sistema de saúde nacional de forma pedagógica e por meio da cooperação técnica com os estados e municípios. Nesta norma manteve-se o controle, fiscalização da execução orçamentária pelo INAMPS, estabelecida na NOB 91. Definiu também a criação de um Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e conformou um novo sistema para as internações, o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), que na verdade sistematizou o que já vinha sendo feito com as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) (BRASIL, 1992).

Neste período inicial de implantação do SUS, as ações de controle e avaliação efetivas permaneceram centralizadas no INAMPS e/ou nas estruturas estaduais descentralizados na ocasião do SUDS, com participação marginal dos municípios que se restringiam ao repasse de dados quantitativos da produção hospitalar e ambulatorial. Nos Estados permaneceram praticamente inalteradas as rotinas e fluxos definidos anteriormente pelo INAMPS (SANTOS, 1998).

Somente na NOB 93, que pressupunha diferentes modalidades de assunção da gestão por parte de estados e municípios, avançou-se na transferência de recursos de forma automática, prevista originalmente pelo legislador ao editar a Lei 8080/90 (BRASIL, 1990). O mecanismo do repasse fundo a fundo para os municípios habilitados na gestão semiplena foi regulamentado pelo decreto 1232/94. A partir daí, uma parcela do processo de gestão, aí incluída a capacidade regulatória, é transferida para os gestores estaduais e municipais.

Para se habilitar nas condições de gestão parcial e semiplena, os estados e municípios tinham que comprovar, entre outros pré-requisitos, a constituição de Serviços de Controle, Avaliação e Auditoria, com médicos designados para a autorização de AIH e de procedimentos ambulatoriais de alto custo, capacidade técnica de operar o SIA, o SIH e central de controle de leitos (BRASIL, 1993).

Com a NOB/93, cerca de 140 municípios passaram a condição de gestores locais, recebendo o teto financeiro global para a realização de todas as ações de saúde, inclusive a regulação do privado. Neste contexto, os gestores do Sistema Único de Saúde tomaram como tarefa o desenvolvimento e aperfeiçoamento de instrumentos de gestão que visavam organizar as funções de controle, regulação e avaliação.

Outro impulso no processo de descentralização de regulação foi a extinção do INAMPS em 1993 e a criação do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, regulamentado em 1995 (BRASIL, 1995). As principais atribuições definidas para o SNA foram: o controle da execução segundo padrões estabelecidos; a avaliação de estrutura, processos e resultados; a auditoria da regularidade dos serviços mediante o exame analítico e pericial e também o controle dos consórcios intermunicipais.

A NOB 96 continha as condições de gestão avançada e plena do sistema para os estados e para os municípios, a Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema. Implantou novas formas de financiamento, como o Piso da Atenção Básica, incentivos ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de Saúde da Família, dentre outros (BRASIL, 1996). Todos os recursos passaram a ser transferidos fundo a fundo segundo as exigências de habilitação, ou seja, paulatinamente parte dos recursos deixam de ser transferidos de forma vinculada à produção de procedimentos e passam a ser repassados vinculados à base populacional e/ou à série histórica. A criação em 1999, do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), sob gestão da esfera federal, para custear ações e programas específicos do Ministério da Saúde, além de algumas ações de alta complexidade, significou uma interrupção do processo contínuo de descentralização iniciado com a NOB 93 e manteve no órgão federal uma série de mecanismos regulatórios para os serviços de alta complexidade ou para aquelas ações consideradas estratégicas. Os recursos do FAEC passaram a ser transferidos fundo a fundo vinculados a pagamento de prestadores, ou o governo federal fazia o pagamento, como no caso dos transplantes. Significou, na verdade, uma recentralização da capacidade regulatória da União e recolocou na cena atores que, no processo que estava em andamento, haviam perdido grande parte de sua capacidade de intervenção.

O principal avanço da NOB 96 consistiu na inclusão de mais de 4 mil municípios na gestão de algum nível (básica ou do sistema), trazendo a questão da regulação para a agenda dos municípios.

Outro passo na regulação foi a Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS 01/2002, que buscou a regionalização da assistência, remetendo aos Estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal. A NOAS definiu

mecanismos para a reorganização dos fluxos de referência e contra-referência, e introduziu o conceito de “regulação assistencial”, ou a "*regulação do acesso as urgências, consultas, etc*". A NOAS estabeleceu o fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS, avaliação da qualidade dos serviços produzidos, satisfação do usuário, resultados e impactos sobre a saúde da população, bem como a exigência, aos estados e municípios, para elaborar os Planos de Controle, Regulação e Avaliação (BRASIL, 2002). As dificuldades para a sua implantação estavam colocadas em algumas de suas prescrições e em alguns de seus pressupostos. A NOAS e suas portarias regulamentadoras tentaram fazer o enquadramento das diversas situações em modelos, pressupondo uma forte atividade de regulação dos Estados e acabou por frear o processo de descentralização para o âmbito municipal. Além disso, a proposta de regulação restringia-se à assistência de média e alta complexidade, e se mantém a separação entre “controle, regulação e avaliação” e “auditoria”. Pressupõe a regulação enquanto atividade específica, limitando o seu potencial de intervenção e separando-a das atividades de controle e avaliação.

A ação reguladora do Estado lançou mão de novos instrumentos a partir do final da década de 90: a regulamentação dos planos de saúde através da Lei 9656/98, com a posterior criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Lei 9961/00) e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 1999).

3.4 - As Agências da Saúde

Concatenado com o movimento mais amplo do Governo FHC, denominado de “agencificação” por SANTOS (2000), foram criadas as Agências Reguladoras da área da Saúde. A ANVISA a partir da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e a ANS a partir do Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Diferentemente das outras Agências que surgiram para regular setores recém privatizados, as Agências da Saúde passaram a regular setores já constituídos ao longo do tempo. A ANVISA com a *expertise* acumulada no MS e a ANS sem nenhum acúmulo na área de saúde. A experiência acumulada era da SUSEP/MF com a regulação das Seguradoras.

A ANS foi criada como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades da assistência suplementar à saúde (BRASIL, 1998; BRASIL, 2000). Importante destacar que, na saúde suplementar, está pautada a relação de cerca de 40 milhões de usuários de planos de saúde, mediante compra de alguma modalidade ofertada de serviços de assistência à saúde (BRASIL, 2004).

3.5 - Os principais instrumentos da regulação pública

Passaremos a analisar mais detalhadamente os instrumentos que têm possibilitado a regulação pública do SUS, suas possibilidades, avanços e limites. Dentre os instrumentos e mecanismos utilizados no processo regulatório destacamos o financiamento, a definição de rede prestadora, os contratos de prestação de serviços, o cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde, a programação assistencial, as Autorizações das Internações Hospitalares (AIH) e Autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), as bases de dados nacionais, as centrais informatizadas de leitos, a auditoria analítica e operacional, o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, avaliação e monitoramento das ações de atenção à saúde, dentre outros.

Destaca-se que o principal mecanismo indutor das ações e serviços de saúde constitui-se no financiamento, através de seu instrumento mais visível, a tabela de procedimentos. Este procedimento tem sido operado pelo nível federal ao longo dos tempos como principal mecanismo de indução da prestação de serviços de saúde. A tabela de procedimentos tem sido, desde os primórdios do INAMPS, o formato adotado para remunerar prestadores e gestores pelos serviços prestados. Sua capacidade de indução ocorre tanto pela listagem dos procedimentos a serem executados, quanto pelos valores estabelecidos.

A definição de rede prestadora, que pela Constituição brasileira pode ser pública ou complementarmente privada, tem um alto poder de regulação sobre o perfil da assistência prestada. O sistema de saúde brasileiro historicamente, ao priorizar uma rede majoritariamente privada, definiu um padrão de relação mercantil na conformação de sua assistência. A conformação dessa rede deu-se inicialmente por mecanismos de

credenciamento, adotando critérios pouco claros, fortemente influenciados por interesses políticos e econômicos (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986). Esta relação tem suas raízes na história da Previdência Social brasileira, persistindo ainda no SUS traços dos contratos do extinto INAMPS, ou mesmo situações carentes de qualquer formalização, apesar das exigências legais. Após a Constituição Federal de 1988 e a definição do SUS e do caráter complementar do setor privado regido pelo direito público, impôs-se a necessidade da contratação por meio do processo licitatório.

Os contratos de prestação de serviços são um outro instrumento que contribui para o incremento da regulação do gestor, uma vez que se podem prever regras claras de obrigações e deveres entre as partes nos contratos firmados, inclusive a subordinação dos serviços contratados à regulação do gestor. A necessidade e a diretriz geral de contratação de serviços de saúde é dada pela Constituição de 1988, “*As Instituições privadas poderão participar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos*” (BRASIL, 1988).

No esforço de contratação dos prestadores de serviços foi emitido pelo Ministério da Saúde a portaria 1286/93 em outubro de 1993, que estabeleceu parâmetros para contratualização pelos gestores locais e municipais das suas redes prestadoras de serviços de saúde (BRASIL, 1993). Este processo, no entanto, tem-se desenvolvido de forma extremamente lenta e desigual pelos estados e municípios. Em 2003, o MS lançou um novo documento, o Manual de Contratualização, buscando reorientar e acelerar esse processo. Neste documento está previsto que o interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada, que deve seguir a legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população, definidos nas Comissões Intergestores Bipartite, (organismos de discussão e pactuação, em cada um dos Estados, compostas de representação dos Secretários Municipais de Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde respectivas). Este processo deve ser seguido do acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2003). A contratação deve ser tomada como instrumento necessário para o controle e qualificação da assistência.

O cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde, completo e atualizado, é requisito básico para programar a contratação de serviços assistenciais e para realizar o controle da regularidade dos faturamentos. As atualizações constantes dos cadastros dos estabelecimentos de saúde (CNES) da área a ser regulada são instrumentos imprescindíveis para a regulação assistencial e tem uma contribuição importante na melhoria das bases de dados e do processo de regulação pública.

A programação assistencial que se reflete nas fichas de programação orçamentária (FPO) dos estabelecimentos de saúde é outro instrumento para adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários.

As bases de dados nacionais constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. A alimentação permanente e regular desses bancos é fundamental para o seu aperfeiçoamento, bem como para o seu uso no processo de monitoramento e avaliação do Sistema. Diversos são os subsistemas de informação que podem ser usados neste processo, dentre eles destacamos o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Todos têm origem, desenhos, base de dados e finalidades distintas, o que dificulta sua integração e articulação.

O SIH foi implantado em 1976 no antigo INPS, para fins administrativos e de apuração de custos e pagamento de prestadores de serviços. Em 1983, foi implantada a Guia de Internação Hospitalar (GIH), sendo progressivamente ampliada para os hospitais. Em 1990, o MS assumiu a gestão do Sistema, ampliando para todas as unidades hospitalares e, em 1994, foi descentralizado para as SES e municípios, podendo-se analisar e obter relatórios em qualquer nível do Sistema. O SIH-SUS reúne dados sobre internação, características de pessoa, tempo, lugar, procedência do paciente, características dos serviços, procedimentos realizados, valores pagos, ocorrência de óbito, Código Internacional de Doenças (CID). Existem inúmeros limites no uso destas informações, dentre elas destacam-se o fato da AIH ser um instrumento de pagamento, sujeito a distorções, fraudes e superfaturamento, a falta de treinamento padronizado para classificação de doenças, variações do perfil tecnológico da rede assistencial, o fato de não ser universal, representando cerca de 80% das internações no país, dentre outros

(CARVALHO, 1997). Entretanto, mesmo com limites, o SIH-SUS constitui uma fonte importante de informações sobre morbidade hospitalar no país, situação de saúde, acompanhamento de tendências e avaliação de resultados de ações e serviços. Sua utilização sistemática pode servir de estímulo à melhoria qualitativa e quantitativa dos seus dados.

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado em 1991 e segue a lógica do SIH de apuração de custos e pagamento de prestadores de serviços. A unidade de registro é o procedimento ambulatorial realizado, desagregado em atos profissionais (consulta, exames laboratoriais, atividade e ações). Não há dados sobre diagnósticos e motivos de atendimento, o que impede a apuração dos perfis de morbidade, exceto inferir sobre acesso, consumo e utilização de serviços e não revela ainda procedência do paciente, seu fluxo pelo sistema de saúde. Um grande avanço constituiu-se na introdução em 1997 do subsistema para Autorização de Procedimentos de Alto Custo - APAC (terapia renal substitutiva, oncologia, queimados, medicina nuclear, medicamentos excepcionais, órteses e próteses, dentre outros), o que aumentou o controle sobre estes procedimentos.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES) responde pela base de dados cadastrais dos estabelecimentos que prestam serviços em saúde. O CNES pode e deve ser cada vez mais usado pelos demais subsistemas como base cadastral atualizada, inclusive para a regulação do setor privado, uma vez que a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem exigido o registro dos estabelecimentos privados no CNES para o seu registro no órgão. Com isto, o sistema passa a ter cadastro atualizado dos estabelecimentos, possibilitando a gestão e regulação do setor público, conveniado e mais recentemente do setor privado.

Outro importante instrumento de regulação consiste nas centrais informatizadas de leitos, consultas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), serviços de urgência e os serviços de atendimento móvel de urgência. Existem iniciativas municipais e estaduais de desenvolvimento destas centrais. O Ministério da Saúde desenvolveu uma ferramenta, o Sistema de Regulação - SISREG, que propõe integrar as diversas centrais de regulação e poderá ser um importante instrumento de regulação do acesso.

O avanço do processo de regulação da assistência far-se-á mediante a integração destes e dos demais subsistemas em um Sistema Nacional de Informação em Saúde, articulado, com os mesmos padrões de informação, tabelas, cadastros, entrada de dados, identificações comuns que possibilitem cruzamentos, extração de indicadores e se constitua de fato em um instrumento para as ações da regulação e avaliação da assistência.

As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS. A auditoria deve analisar as atividades desenvolvidas, propondo medidas corretivas, interagindo com outras áreas da administração.

Outros mecanismos de controle e avaliação devem ser adotados pelo gestor público, como o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde (SIOPS), a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores.

A implementação de um processo de avaliação das ações de atenção à saúde de forma sistemática e contínua, sobre estruturas, processos e resultados, permite o melhor planejamento, os ajustes na execução e a busca de uma melhor qualidade, eficiência, eficácia e efetividade. A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e qualidade dos serviços prestados, criando mecanismos que garantam a participação da população na avaliação do sistema. As dimensões contempladas: avaliação da organização do sistema e modelo de gestão; avaliação da relação com os prestadores de serviços: o gestor público deve ser dotado de instrumentos que lhe permitam acompanhar os prestadores na execução dos recursos programados; avaliação de qualidade e satisfação dos usuários do sistema; avaliação de resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população: deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados nos planos governamentais de saúde.

As funções de controle, regulação e avaliação impõe aos gestores a superação de métodos que se referenciam, principalmente, ao controle de faturas (revisão) e instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e do processo (procedimentos médicos); supervalorizados em detrimento do enfoque da avaliação dos resultados e da satisfação dos usuários (BRASIL, 2002).

Existem ainda os instrumentos norteadores das ações do gestor e base para o acompanhamento e fiscalização da implementação das políticas do setor pelo Conselho de Saúde e instâncias formais de controle, regulação e avaliação, como os Planos de Saúde aprovados pelos Conselhos de Saúde; o Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos; a Programação Pactuada e Integrada; os Pactos da Atenção Básica; os Termos de Garantia de Acesso e de Compromisso entre os Entes Públicos existentes no território e outros (BRASIL, 2002).

3.6 - As perspectivas da Regulação Pública

Existem inúmeros desafios na implementação da regulação pública, dentre estes destaca-se a finalidade desta regulação, ou quem seria o beneficiário desta ação. O pressuposto da regulação pública nem sempre comanda e define a ação. Muitas vezes o aparelho do Estado encontra-se refém de outros interesses disputantes e define a regulação e seus mecanismos ancorado nestes pressuposto.

Cabe destacar o papel de comando único e articulado do SUS nos três níveis de governo. Somente esta integração pode garantir o direcionamento e condução do SUS nos moldes politicamente definidos na Constituição Brasileira. Entretanto, esta articulação e parceria encontram-se em processo de construção, sendo permeada por disputas, muitas vezes por interesses distintos. Neste sentido, as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite, funcionam como instâncias de harmonização, publicização e pactuação destes interesses.

Uma notável inovação do SUS consistiu no comando único das três esferas de governo. Isto implica na assunção dos três níveis das suas prerrogativas e responsabilidades na regulação pública, integrando o setor contratado e conveniado. Importante ressaltar que esta perspectiva não tem sido fácil, sendo uma incorporação gradativa à gestão do Sistema, assumindo as ações de controlar e avaliar os serviços contratados pelo SUS.

Cabe especialmente aos municípios o desafio de assumir a gestão do sistema, avançando na integração real do sistema, assumindo o planejamento das ações, estabelecendo a adequação da oferta de serviços de acordo com as necessidades identificadas. A regulação, ao atuar garantindo o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função, promovendo a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão de forma equânime e ordenada.

Outro aspecto fundamental consiste na inter-relação entre o modelo assistencial e a regulação implantada. A regulação, por trabalhar com uma lógica muito voltada para o controle e com uma dinâmica própria, a tendência é um certo descolamento, restringindo-se às ações de controle do setor privado-conveniado, isolando-se do conjunto das ações assistenciais e dos serviços próprios. Esta dicotomia deve ser superada, integrando no cotidiano necessidades, demandas, fluxos, tendo o usuário como a referência de organização dos serviços.

Algumas iniciativas ainda estão incompletas, como por exemplo, a contratação da rede prestadora de serviços, ainda não foi assumida nas três esferas de governo. Essa rede sub-rogada pelo extinto INAMPS aos Estados foi, também, sub-rogada aos Municípios, em sua imensa maioria com os contratos vencidos, caducos, ou mesmo sem nunca ter sido assinado um contrato com o Poder Público, trabalhando através de um credenciamento, com critérios de entrada no sistema pouco definidos. Vários municípios já levaram à frente esta iniciativa, mas ainda carece de se efetuar plenamente. Instrumentos importantes de regulação, como as Centrais de Regulação Informatizadas, articulada com as centrais de urgência, ainda são iniciativas pontuais, isoladas, não se constituindo ainda de forma sistêmica.

Outro passo importante consiste na integração dos subsistemas de Informação, compondo um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, integrado, que possibilite a regulação e avaliação.

Por fim, a avaliação que constitui parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo pode reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. No entanto, a avaliação é uma das atividades menos praticadas. Vários fatores têm contribuído para isso, desde a falta de recursos financeiros para estas ações até dificuldades metodológicas, insuficiência e capacitação de recursos humanos para as atividades e, por vezes, ausência de vontade política dos dirigentes na abordagem deste problema.

***4 - A REGULAÇÃO DA SAÚDE
SUPLEMENTAR NO BRASIL***

O debate sobre o tema da regulação na Saúde Suplementar, apesar de incipiente no país, apresenta-se ainda muito intenso e polarizado. Diversos autores discutem as motivações, o enfoque, os limites e até mesmo a necessidade dessa regulação (ALMEIDA, 1998; ANDREAZZI, 2004; PEREIRA, 2004; SILVA E SILVA, 2003). Estes mesmos autores identificam, com nuances diferentes, o conceito de “falhas de mercado” como fator determinante da regulação governamental na saúde suplementar. TEIXEIRA (2001) apresenta o conceito de “mercado imperfeito”.

Mesmo sem legislação específica, este tema já se fazia presente na agenda política do país em função do aumento dos beneficiários de planos ocorridos após a década de oitenta e as freqüentes reclamações nos jornais, órgãos de defesa do consumidor e Justiça. As questões mais recorrentes versavam sobre aumentos de preços, negativa de atendimento e burocratização dos procedimentos para atendimento aos beneficiários e prestadores vinculados aos planos de saúde. Estes fatos, além da denúncia de problemas de solvência/falência de empresas operadoras de planos de saúde, evasão fiscal e a necessidade de controle/contenção dos preços da assistência médica, mobilizaram os setores governamentais para a aprovação de legislação específica (ALMEIDA, 1998).

A aprovação da Lei 9656/98 ocorreu após inúmeros tensionamentos e disputas. Tentativas anteriores para o estabelecimento de regras de relacionamento entre o setor público e o setor de saúde suplementar foram infrutíferas pelas dificuldades operacionais envolvidas ou pela pressão das entidades representativas das operadoras e de prestadores que não tinham interesse nessa regulação.

Na vigência da lei foram estabelecidas regras, definidos padrões de oferta de serviços, medidas de saneamento dos planos e definidas regras de ressarcimento ao SUS, dentre outras. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi instituída como instância de regulação do setor, com autonomia orçamentária e decisória, assemelhando-se às demais agências reguladoras quanto à estrutura organizacional. Sua criação significou um importante passo na regulação do mercado, possibilitando ampliar o papel de regulação e controle da assistência no setor. Entretanto, permanecem lacunas no processo regulatório que precisam ser aperfeiçoadas.

Para a compreensão da regulação operada na saúde suplementar, torna-se necessário o enfrentamento de temas mais complexos e estruturantes como o desafio de entender a natureza dessa regulação e os tensionamentos entre os diferentes atores.

O capítulo abordará a regulação de planos no Brasil no que se refere aos seus objetivos, a análise dos atores em disputa no campo e da regulamentação produzida no período mais recente, seus alcances, avanços e limites.

4.1 - A regulação produzida na saúde suplementar

A regulação pode ser entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução. Essa intervenção pode ser feita através de mecanismos indutórios, normatizadores, regulamentadores ou restritores. A intervenção entre a demanda e a prestação direta dos serviços nos seus diversos aspectos pode ser caracterizada como mecanismo de regulação. A demanda, assim como a prestação de serviços, pode se organizar das mais variadas formas e travar o seu relacionamento nos mais diversos campos. Assim sendo, as possibilidades de intervenção, ou seja, de regulação, também são extremamente diversificadas.

Nesta perspectiva conceitual, o processo regulatório pode se dar tanto do ponto de vista do acesso cotidiano das pessoas (microrregulação) quanto no aspecto das definições das políticas mais gerais das instituições reguladoras, o que podemos chamar de macrorregulação. A microrregulação assistencial refere-se ao acesso em si, traduzindo no cotidiano da operação do sistema as regras gerais estabelecidas na macro-regulação. Na saúde suplementar, a microrregulação ocorre nos mecanismos introduzidos pelas operadoras e prestadores que irão regular o consumo das ações em saúde (MAGALHÃES, 2002).

ALMEIDA (1998) discute os objetivos da regulação do setor privado em saúde, distinguindo três aspectos:

O primeiro ponto inclui a definição de padrões financeiros e éticos que regulem a entrada, operação e saída das seguradoras e/ou operadoras no mercado, o que pressupõe regras para capital financeiro mínimo inicial, capacidade de poupança, condições fiscais e garantias para o caso das insolvências das empresas. O segundo ponto está referido fundamentalmente às assimetrias de informação específica desse mercado (entre as seguradoras e segurados e entre os profissionais e os pacientes) e deve cumprir tipicamente duas áreas: a regulação das cláusulas contratuais e do marketing dos planos de seguro; e a regulação das relações entre planos de saúde e prestadores de saúde. O terceiro ponto, maximização da participação do consumidor, refere-se às regulações que tendencialmente têm tentado conciliar as práticas do mercado privado de seguros (em geral restritivas) com as demandas sociais de justiça e maior equidade no acesso aos serviços de assistência médica e incluem normatizações de três tipos: proibição ou restrição de exclusões, proibição ou restrição da vinculação dos preços às condições de saúde, idade, sexo, etc, e obrigatoriedade de cobertura para determinados serviços ou benefícios (compulsoriedade para alguns benefícios) (ALMEIDA, 1998).

Em síntese, estes objetivos referem-se à manutenção da estabilidade do mercado de planos, o controle da assimetria das informações e a maximização da participação do consumidor no mercado privado de saúde.

Estes aspectos, apesar de terem sido regulamentados recentemente no Brasil, têm sua regulação feita não apenas pelo órgão regulador, a ANS, mas também pelos inúmeros atores sociais que travam disputas entre si neste processo. Autores como BAHIA (2001), RIBEIRO et al (2000) e PEREIRA (2004) descrevem e nomeiam os diversos atores e interesses que estiveram presentes no debate e embate no processo de regulamentação da saúde suplementar no país.

4.2 - As disputas entre os atores na saúde suplementar

Torna-se importante compreender quais são os atores presentes e que interesses vão impactar a definição dos pressupostos e mecanismos adotados na regulação. Conforme descrito anteriormente, iremos nos apoiar em MATUS (1987) e CECÍLIO (2004) que trabalham o conceito de “forças sociais”. Neste entendimento, o ator social representado pelo Estado, dentro de dado contexto histórico, busca regular os serviços de saúde segundo os interesses da sua representação. Os atores regulados respondem a esta regulação de maneiras distintas.

Autores como RIBEIRO et al, (2000) discutem que a legislação em curso não foi o único mecanismo regulatório do período. Além do ator governo e da legislação operada no período, leis e normas operacionais, outros atores estiveram presentes interagindo, disputando, intervindo e produzindo mecanismos regulatórios. São destacados atores como: Estado (Ministério da Saúde, Ministério da Fazenda, Ministério da Justiça, Gestores estaduais e municipais, Agências reguladoras - ANS e ANVISA), prestadores privados (hospitalares e ambulatoriais), médicos e seus órgãos corporativos (CFM, AMB e outras), as diferentes representações dos diferentes segmentos das operadoras de planos privados de assistência à saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Tripartite. Poderíamos ainda acrescentar outros atores como os demais órgãos de classe, PROCON's e órgãos de defesa do consumidor, o Legislativo, o Judiciário e os órgãos de imprensa. TEIXEIRA (2001) reforça este entendimento de que o mercado conforma um "complexo" envolvendo um conjunto de atores muito amplo e é formado por um bloco de prestadores de serviços (hospitais, serviços de assistência médica, clínicas laboratórios, médicos e seus representantes de classe, etc), usuários (diferenciados) e seus órgãos de defesa, setores de intermediação (público e privado) e ainda setores de comercialização, pesquisa e desenvolvimento, fornecedores de insumos e equipamentos, indústria farmacêutica e meios de comunicação. Esta rede, extremamente diversificada e englobando vários segmentos econômicos, se comporta defendendo interesses muitas vezes conflitantes.

Os atores têm múltipla inserção e mecanismos variados de intervenção. Seria limitado dizer que a regulação do setor é exercida unicamente pelo Estado aos regulados. Ela se processa por diferentes vias, tendo interesses múltiplos e origem diversa.

Começemos pelo Estado. Este exerce sua regulação por seus diversos braços, os gestores Federal, Estadual e Municipal, as agências reguladoras (ANS e ANVISA) e seus instrumentos de atuação são diversos e se caracterizam pela proposição de leis, portarias, Normas Operacionais Básicas (NOBs), transferência de recursos, manutenção de bases de dados, contratualização, dentre outros. Dentro do Estado é importante destacar o Ministério da Justiça com o seu órgão de defesa da concorrência, a Secretaria de Direito Econômico (SDE), o Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC), que coordena o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor. Estes órgãos, utilizando-se do Código de Defesa do Consumidor (CDC), vêm baixando normativos de interpretação de cláusulas contratuais e definindo padrões de concorrência com forte impacto regulatório.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), criado pela Lei 8142/90, representa importante instância de poder onde participam atores diversos como o executivo (gestor), os trabalhadores e ou seus órgãos de representação, o setor privado (operadoras e prestadores hospitalares) e a sociedade civil usuária e/ou seus representantes. O Conselho cumpre importante papel de interlocução, negociação, pactuação, democratização e controle social e exerce seu papel pautando temas polêmicos e trazendo-os ao debate (BRASIL, 1990).

Os atores regulados se organizam em diferentes formatos para a defesa dos seus interesses, seja em entidades nacionais, estaduais, seja por exercer influência sobre o Executivo, Legislativo e/ou judiciário, pressionando na defesa dos seus interesses. Neste grupamento poderemos situar os prestadores privados, as operadoras de saúde, os hospitais, os laboratórios, os prestadores de apoio diagnóstico e terapêutico, a indústria farmacêutica, dentre outros. As entidades que compõem este bloco de atores são a ABRAMGE (Associação Brasileira da Medicina de Grupo), UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde), Sistema UNIMED (congrega as cooperativas médicas), FENASEG (Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização), Confederação Nacional de Saúde (CNS),

Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e suas congêneres, representantes dos prestadores de apoio diagnóstico e terapêutico que compõem um grupo com interesses heterogêneos e com estratégias de atuação diversas. Esses diferentes atores regulam exercendo um conjunto de regras, normas, que impõem ao mercado, aos prestadores e clientes. São, da mesma forma, pautados pelo mercado, com seu formato próprio, sujeitos às flutuações e interesses diversos do mesmo. Existe ainda legislação específica aos diferentes segmentos, como por exemplo, as cooperativas que se sujeitam às regras próprias do cooperativismo do país. As seguradoras também estão submetidas à legislação específica, bem como os hospitais e prestadores de saúde submetem-se a um conjunto de normas da ANVISA e ao código sanitário vigente. Este corpo de regras regula a prática destes atores, anteriormente à regulação específica do setor. Existem ainda outros mecanismos de auto-regulação exercidos muitas vezes por entidades externas de acreditação que estabelecem normas e padrões de qualidade. Estas ações visam assegurar mecanismos de diferenciação no mercado para quem as adota, bem como estratégia de marketing e de imagem empresarial.

Os conselhos de categorias, como o Conselho Federal de Medicina e outros, e as entidades de classe (Associação Médica e as associações de especialidades nacionais e estaduais), bem como das demais categorias, exercem importantes mecanismos de auto-regulação pelos próprios pares, utilizando-se dos processos éticos, advertências, cassação de registro, adoção de protocolos de especialidades e, no último período, atuando fortemente na busca de uma melhor remuneração. Essas entidades exercem importante papel na defesa de interesses corporativos mobilizando outros atores no apoio dos seus interesses, inclusive os demais poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário). No último período, o CFM vem editando uma série de normativos no sentido de constranger os médicos a não prestarem serviços a operadoras que se não se submetam a um controle prévio da entidade (proíbe os profissionais de prestarem serviços a empresas de cartão de desconto, operadoras não registradas nos Conselhos Regionais e operadoras que não assumam a incorporação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM) (CFM, 2004).

As entidades de defesa do consumidor, PROCONs, IDEC e outras, buscam a defesa dos usuários quanto ao cumprimento da legislação, bem como produzir regulamentação específica focada no consumidor, avaliação da qualidade dos produtos, e outros. Estas entidades exercem, ainda, importante atuação frente à mídia e poderes instituídos, exercendo assim mecanismos de regulação de outras instâncias.

O Legislativo atua propondo e aprovando regulamentação para o setor, conforme visto anteriormente. O período recente foi definidor neste campo, produzindo uma legislação específica para a saúde suplementar.

Já o Judiciário atua interpretando o direito individual conforme a legislação em vigor, e tem cumprido um importante papel no sentido de se buscar um entendimento mais abrangente sobre a questão do acesso aos serviços de saúde, rompendo com a idéia da saúde como uma atividade de consumo, portanto, passível de ser prevista em um contrato em que pode se oferecer no mercado um “produto” que não contemple a integralidade da atenção. Mas, por outro lado, tem sobreposto o seu papel atuando através de liminares, determinando a liberação de tratamentos não cobertos e em alguns casos, até a adoção de novas técnicas mesmo que ainda sob pesquisa, enfim definindo ao Estado, às operadoras e hospitais o cumprimento de determinados procedimentos segundo a interpretação das leis e do direito do usuário.

Os órgãos de imprensa atuam regulando pelo seu mecanismo de pressão, divulgação de fatos, questionamento de medidas, leis, atos dos demais níveis, exercendo papel de vigilante dos direitos dos usuários, quando não defendendo interesses específicos que estão colocados. Cumpre também papel de defesa de interesses corporativos e de determinados grupos econômicos, como por exemplo, da indústria de equipamentos na sua estratégia de marketing, quando da introdução de determinadas tecnologias.

As disputas travadas e os principais atores em cena também diferem quanto ao período. Para fins deste trabalho, iremos destacar os dissensos ocorridos no período pré-regulamentação que se estendem do início da década de 80 até 1998, e o debate pós-regulamentação que se estende até hoje.

No debate pré-regulamentação poderíamos identificar numerosos pontos de disputas e tensões. Dentre eles, destacamos os seguintes aspectos: a divergência quanto a regulamentar ou não o setor; a subordinação da regulamentação do setor ao Ministério da Saúde ou ao Ministério da Fazenda, compreendida aí a polêmica da amplitude da regulação a ser estabelecida: a regulação apenas econômica ou se deveria ser estendida aos aspectos assistenciais; a extensão das coberturas e segmentação; a disputa travada sobre a entrada ou não do capital estrangeiro; disputa entre prestadores e operadoras por preços, mecanismos de relação; relação público/privada, notadamente a questão do ressarcimento ao SUS (BAHIA, 2001; FIGUEIREDO, 2002; CECÍLIO, 2004).

Algumas destas disputas ainda se arrastaram ao longo dos anos e permanecem presentes até o momento. Outras polêmicas foram superadas pela regulamentação que se seguiu com a aprovação da lei 9656/98.

No momento seguinte à edição da Lei e das Medidas Provisórias, a subordinação da regulamentação foi objeto de polêmica intragovernamental. A tese defendida pelo Ministério da Fazenda de uma regulação governamental centrada na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), de menor intensidade e voltada para a regulação econômica e financeira, foi superada pela tese do Ministério da Saúde (MS) que defendia uma ação mais efetiva do Estado, colocando a regulação também no aspecto assistencial. Daí se originou um modelo da regulação bipartite feita pela SUSEP e pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Assistência à Saúde. Este modelo durou até a criação da ANS em 2000, pela Lei 9961/00, que definiu por um órgão regulador único, conforme defendido pelo Ministério da Saúde (MESQUITA, 2002). Sua criação significou um importante passo na regulação do mercado, ampliando o papel de regulação e controle da assistência.

Os principais avanços no campo da assistência introduzidos pela nova lei romperam com práticas já consolidadas. Antes da lei eram práticas comuns as negativas de atendimento, restrição de cobertura de UTI e dias de internação. A Lei 9.656/98 introduziu novas pautas no mercado como: regulamentou um rol de coberturas bem mais extenso e padronizado, definiu a cobertura à emergência e urgência, a obrigatoriedade de não limitação de tempo de internação inclusive em UTI, a possibilidade de segmentação apenas

para a modalidade ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia, desde que ofertado o plano de referência, ou seja, rompeu com a modalidade mais praticada pelas operadoras: a exclusão de doenças e/ou procedimentos (BRASIL, 1998).

Os aspectos referentes ao exercício profissional e à organização do trabalho médico como a autonomia do profissional, escolha de meios diagnósticos e terapêuticos, a livre escolha dos médicos e prestadores pelos usuários; reconhecimento da lista de procedimentos médicos da Associação Médica Brasileira. O credenciamento e referenciamento dos médicos e demais profissionais de saúde pelas operadoras continuaram polêmicos ao longo do tempo, tendo, durante o ano de 2004, ocupado um importante espaço na pauta de discussões do órgão regulador com a luta dos profissionais pela implantação da tabela única de procedimentos, a CBHPM (CFM, 2004).

Por fim, o último aspecto refere-se à relação público e privado como o fornecimento ou não de dados epidemiológicos ao Ministério da Saúde, a polêmica do ressarcimento ao SUS, a dedução dos gastos de planos no Imposto de Renda, dentre outros. O passo mais importante constituiu-se na implantação do ressarcimento ao SUS em 2000. Concebido para desestimular o atendimento de beneficiários de planos de saúde em estabelecimentos da rede pública e privada conveniada ao SUS, o ressarcimento ainda é polêmico entre as operadoras e ainda existem inúmeras dificuldades no processo de retorno do recurso desembolsado (FIGUEIREDO, 2002; BRASIL, 2003).

Outros aspectos importantes introduzidos pela regulação consistiram na introdução de uma série de mecanismos de controle e monitoramento da “saúde financeira” das operadoras de planos de saúde e de performance econômica do mercado, como: a obrigatoriedade do registro das operadoras, do registro dos produtos a serem comercializados (inclusive em relação a sua viabilidade econômica), a obrigatoriedade da comprovação de solvência e das reservas técnicas, o acompanhamento de preços pelo governo, dentre outros. Nestes aspectos as principais polêmicas se localizaram na velocidade e na intensidade de sua adoção.

No debate pós-regulamentação, as divergências continuaram. O debate ainda é bastante acirrado, mesmo após a definição dos marcos regulatórios, segundo BAHIA (2001), em função dos diferentes entendimentos de qual seria o objeto e a intensidade dessa

regulação. As posições críticas dos diversos atores variam conforme a sua origem, inserção social e quais interesses representam. Os órgãos de defesa dos consumidores, como o Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), pontuam, por exemplo, a adoção de um pacto intergeracional que culminaria como uma “armadilha aos idosos”, apontada como a permissão da adoção de preços diferenciados entre os mais jovens e mais velhos, a baixa regulação dos planos coletivos, a permissão de não coberturas (somente os transplantes de rim e córnea são previstos em lei), a necessidade ou não de um processo de migração dos planos anteriores à lei para modelos de planos formatados obedecendo à Lei 9656/98 (consideram que o contrato antigo plenamente eficaz por estar submetido ao Código de Defesa do Consumidor).

As entidades médicas questionam a não cobertura de todas as patologias, a intervenção das operadoras na autonomia médica na solicitação dos procedimentos, a remuneração dos profissionais, dentre outros. As entidades hospitalares reclamam da relação desfavorável com as operadoras, sendo os hospitais submetidos à procedimentos administrativos unilaterais que resultam em prejuízos (glosas sistemáticas, atrasos de pagamentos, imposição de tabelas de preços, direcionamento de clientela e outros).

As operadoras de uma forma geral questionam a política de reajuste, a impossibilidade da sub-segmentação, a incorporação de novos procedimentos e tecnologias e a instabilidade do marco regulatório. Segundo o presidente da Associação Nacional de Medicina de Grupo (ABRAMGE), Arlindo de Almeida:

(...) houve uma overdose de regulamentação. Ela seguiu um caminho que talvez não fosse o mais adequado. Foi muito prolixa e acompanhada de medidas provisórias, mais de 45, o que ocasionou confusão e insegurança para operadoras e usuários (JORNAL DO BRASIL, 2004).

Dependendo de seu tipo, as operadoras têm posicionamentos distintos em função de interesses particulares. Assim, as Cooperativas Médicas questionam os prazos de adaptação à Lei, a obrigatoriedade e constitucionalidade do ressarcimento ao SUS, as dificuldades impostas aos pequenos planos e empresas regionais no que se refere às exigências de coberturas, dentre outros. As Medicinas de Grupo pontuam a ilegalidade

quanto à retroatividade da Lei, as inúmeras exigências que levam ao aumento dos custos dos produtos, a impossibilidade de constituição das reservas técnicas, o que culminaria na inviabilidade das pequenas empresas. As Seguradoras criticam o modelo criado que se tornou muito expandido com regras de difícil execução, a heterogeneidade do tratamento do mercado favorecendo uma concorrência predatória (por exemplo, a exigência de diferentes reservas financeiras para os diferentes segmentos). As Autogestões reclamam um tratamento mais diferenciado pela não lucratividade do segmento, particularmente em relação ao ressarcimento ao SUS e a obrigatoriedade de reserva para as autogestões não patrocinadas (MALTA, et al, 2004).

Algumas destas polêmicas chegaram até ao Judiciário, como o questionamento da inconstitucionalidade de pelo menos três pontos da Lei: a retroatividade aos contratos anteriores à lei, o ressarcimento ao SUS e abrangência da Lei às Seguradoras.

A retroatividade da lei foi julgada, em caráter liminar, pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2003, que se pronunciou quanto a não extensão dos direitos da Lei 9656/98 aos contratos antigos, criando uma dificuldade adicional de regulação da Agência aos contratos antigos. Benefícios como regulação de preços, coberturas, limitações quantitativas (dias de internação e, ou número de exames) e proibição de rompimento unilateral de contratos foram suprimidos, prevalecendo o que está previsto em cada contrato assinado (BRASIL, 2003).

A edição da Lei 10185/01 criou a figura da Seguradora Especializada em Saúde, equacionando a questão das seguradoras de saúde (BRASIL, 2001).

A tese de inconstitucionalidade do ressarcimento não foi acatada pelo STF e o ressarcimento tem sido aplicado pela ANS, sob contestação das operadoras, resultando ainda em baixo retorno aos cofres públicos dos recursos devidos.

4.3 - A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

A ANS, autarquia sob regime especial, foi criada através da lei 9961 de 28 de janeiro de 2000. Esta lei definiu no seu artigo 3º a missão da Autarquia:

A ANS terá 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 (BRASIL, 2000).

Sua estrutura foi regulamentada através do Decreto nº 3327 de 05 de janeiro de 2000.

Sua direção é exercida de forma colegiada, composta por 05 (cinco) diretores, sendo um deles designado Diretor-Presidente. Os diretores são indicados pelo Presidente da República e aprovados pelo Senado Federal, com mandatos de 03 (três) anos, não coincidentes. São cinco as Diretorias da ANS: Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO; Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE; Diretoria de Fiscalização – DIFIS; Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES; e Diretoria de Gestão – DIGES (BRASIL, 2000).

4.4 - A regulamentação produzida pela ANS

A regulamentação do setor de saúde suplementar tem o seu marco na aprovação da Lei 9656 em 1998 e das subseqüentes Medidas Provisórias (MP) que a modificaram. Esta seqüência de MP's com as alterações introduzidas é constantemente criticada pelos diversos atores como causadora de instabilidade do marco legal e, em parte, responsável pela crise do setor. O processo inicial da edição de normas ficou a cargo dos Ministérios da Fazenda (SUSEP e Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP) e da Saúde (DESAS/SAS) e foi coordenado por um Conselho de Ministros – Conselho de Saúde Suplementar (CONSU). Em seguida, este processo foi centralizado no Ministério da Saúde, tanto nos aspectos econômicos, quanto assistenciais. A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar pela Lei 9961/00 foi importante no aprofundamento desta regulamentação e pela definição de um único órgão regulador (BRASIL, 2000).

Atualmente o marco regulatório do setor é constituído pela Lei 9656/98 e pela última MP editada, a 2177-44 de 24/08/2001, que regulamentam o funcionamento geral do setor, definem o plano de referência, dão garantias ao consumidor (como proibição do rompimento unilateral do contrato, proibição de suspensão de internações, dentre outros). As normas infralegais que regulamentam o setor foram inicialmente editadas pelo CONSU e posteriormente pela ANS. Foram 32 resoluções do CONSU, 30 portarias da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, no período pré-Agência. Com a criação da ANS foram editadas até outubro de 2005, cerca de 91 Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), aproximadamente 115 Resoluções Normativas (RN), 10 Súmulas Normativas (expressam o entendimento da Direção Colegiada da ANS sobre aspectos controversos ou vagos da legislação), 324 Resoluções Operacionais (RO), além de 35 Instruções Normativas e 21 Resoluções de Diretoria (RE) das várias diretorias que compõem o organograma da ANS (ANS, 2005).

Dentre elas, as RDC's e as RN's são as resoluções de maior impacto sobre o mercado, trazendo maior detalhamento e imprimindo a política institucional. As demais cumprem o papel mais de regulamentação interna à ANS com função mais operacional. Portanto, iremos nos deter mais na análise das RDC e das RN, incluindo as demais quando for necessário ao entendimento da política definida.

Visando aprofundar a análise das regulamentações produzidas, iremos agrupá-las em três dimensões regulatórias: a) Estrutura e operação do setor (o poder de fiscalização da ANS, a regulação de ingresso e saída do setor, a contratualização entre operadoras e prestadores de serviços, a política de adaptação à nova legislação dos planos anteriores a lei, o ressarcimento ao SUS, a implantação dos sistemas de informação); b) Econômica (a regulação do mercado, a regulação de preços); c) Assistencial.

Importante destacar que todas estas resoluções partiram de um escopo inicial definido pelas resoluções do CONSU que até a criação da ANS, era o órgão responsável pela edição dos normativos infralegais.

4.4.1 - Estrutura e operação do setor

Nesta dimensão analisaremos os vários aspectos relacionados a possibilidade da Agência reguladora acompanhar o setor de setor suplementar.

4.4.1.1 - O poder de fiscalização da ANS

O poder de fiscalização da ANS é regulamentado pela RDC 24 que dispõe sobre a aplicação de penalidades às operadoras de planos privados de assistência à saúde, pela RDC 40 que dispõe sobre os Regimes de Direção Fiscal e de Direção Técnica e pela RDC 57 que dispõe sobre o termo de compromisso de ajuste de conduta das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

A RDC 24 definiu um amplo campo de atuação e controle da ANS. São previstas punições pelo não fornecimento de informações periódicas ou eventuais à ANS, pelo não fornecimento ao consumidor de plano individual ou familiar, por exigir exclusividade de prestador de serviço, ou por restringir, por qualquer meio, a liberdade do exercício de atividade profissional do prestador de serviço, pela cobrança de taxas na renovação dos seus contratos, por recusa a participação de consumidores, em planos de assistência à saúde, em razão da idade, doença ou lesão preexistente, pela comercialização de produtos não registrados na ANS, pelo não cumprimento de normas relativas às garantias dos direitos dos consumidores, pela suspensão unilateral dos contratos com os consumidores, por aplicar reajustes ao consumidor, acima do contratado ou do percentual autorizado pela ANS, por não alimentar o cadastrado da ANS, por deixar de garantir as coberturas obrigatórias regulamentadas, dentre outras.

A RDC 40 estabelece a possibilidade da decretação de regimes de intervenção no funcionamento das operadoras a partir da constatação de desequilíbrios financeiros e de dificuldades técnico-operacionais com a instauração de regimes de direção fiscal e técnica.

A RDC 57 possibilita a celebração de ajustamento de conduta por parte das operadoras quando da constatação de atitudes infratoras dos dispositivos regulatórios (Quadro 1).

Quadro 1 - Principais resoluções sobre o poder de fiscalização da ANS

Resolução	Tema abordado
RDC 24 de 13/06 de 2006	Dispõe sobre a aplicação de penalidades às operadoras de planos privados de assistência à saúde. Alterada pela RDC 55. Alterada pela RDC 82 e pelas RN 08, 21 e 24.
RDC 40 de 12/12 de 2000	Dispõe sobre os Regimes de Direção Fiscal e de Direção Técnica das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
RDC 57 de 19/02 de 2001	Dispõe sobre o termo de compromisso de ajuste de conduta das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Fonte: www.ans.gov.br nov/05

No tocante ao poder de fiscalização da ANS, apesar de se ter um foco excessivamente centrado no contrato perdendo assim a perspectiva assistencial da relação entre beneficiário e operadora, os instrumentos editados possibilitaram um acompanhamento do cumprimento da legislação e dos normativos da Agência, ainda que com baixa efetividade do ponto de vista do cumprimento das penalidades aplicadas. Os instrumentos caracterizados como regimes especiais, direção técnica e fiscal, têm tido um nível de efetividade bem maior que as autuações e multas, servindo como instrumento de intervenção em empresas que, por alguma motivação, econômica ou técnica, vem deixando de prestar a devida assistência aos seus beneficiários.

4.4.1.2 - Regras de entrada e saída do setor

A regulação de ingresso e saída do setor está inserida na dimensão da estrutura e operação do setor por revelar o poder regulador da ANS e seus mecanismos. As resoluções regulamentam os procedimentos para registro das operadoras, os formatos de alienação de carteiras, de transferências societárias e a liquidação extrajudicial das operadoras de planos de assistência à saúde.

A publicação da RN 85 de 07 de dezembro de 2004, alterada pela RN 100, traz uma mudança significativa no quadro de transitoriedade vivenciado pelo setor. Até então, o registro tanto das empresas quanto dos produtos, era considerado provisório.

Com a edição desta resolução, são estabelecidas as normas para a autorização definitiva de funcionamento e todas as empresas têm que passar por um processo de averiguação da compatibilidade da sua situação frente aos normativos da ANS.

A RN 112 de 28 de setembro de 2005 é outro instrumento que atualiza o entendimento sobre o processo de alienação de carteiras por parte das operadoras. Ao revogar as RDC's 25, 82 e 84, unifica o processo e permite um melhor acompanhamento dos processos da alienação. O Quadro 2 apresenta esse conjunto de resoluções.

As resoluções mais recentes fazem parte de uma segunda rodada, fruto da experiência concreta acumulada na operação da regulação do setor.

Quadro 2 - Principais resoluções sobre regulação de ingresso e saída do setor

Resolução	Tema abordado
RDC 04 de 18/02 de 2000	Dispõe sobre alteração de rotina do registro provisório de produtos, e dá outras providências. Alterada pela RDC 28.
RDC 05 de 18/02 de 2000	Aprova normas sobre os procedimentos administrativos para requerimento e concessão de registro provisório das operadoras de planos privados de assistência à saúde
RDC 06 de 18/02 de 2000	Dispõe sobre a Taxa de Saúde Suplementar por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária e dá outras providências.
RDC 47 de 03/01 de 2001	Dispõe sobre a liquidação extrajudicial das operadoras de planos de assistência à saúde.
RDC 82 de 16/08 de 2001	Institui regras para alienação compulsória da carteira de planos.
RDC 83 de 16/08 de 2001	Dispõe sobre a transferência de controle societário de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
RDC 84 de 20/09 de 2001	Determina a alienação da carteira das operadoras. Alterada pela RN 35, que prorroga o prazo para a alienação de carteira das operadoras.
RN 85 de 07/12 de 2004	Dispõe sobre a concessão de Autorização de funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências. Alterada pela RN 100
RN 112 de 28/09 de 2005	Dispõe sobre a alienação da carteira das operadoras de planos de assistência à saúde, e dá outras providências.

Fonte: www.ans.gov.br nov/05

4.4.1.3 - Contratualização entre operadoras e prestadores de serviços

Esta temática, apesar de sempre se mostrar conflitiva desde o início do processo de regulamentação, só foi abordada pela ANS a partir de 2003. As divergências a respeito do alcance regulatório da Agência sobre este assunto persistem apesar dos normativos editados. Foram elaboradas três resoluções abordando a rede hospitalar, as clínicas e laboratórios e a contratualização dos profissionais (Quadro 3).

Quadro 3 – Resoluções sobre contratualização entre operadoras e prestadores de serviços

Resolução	Tema abordado
RN 42 de 04/07 de 2003	Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares.
RN 54 de 28/11 de 2003	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.
RN 71 de 17/03 de 2003	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.

Fonte: www.ans.gov.br nov/05

A iniciativa de se regular a relação dos prestadores de serviços com as operadoras através da contratualização tem-se revelado extremamente difícil, apesar de reivindicada por todos. Como regular uma relação onde somente um dos entes é alcançado pelo escopo regulatório da Agência? Até que ponto o órgão regulador deve intervir na relação comercial entre dois entes privados? O desequilíbrio na relação entre as operadoras e os prestadores de serviços inviabilizaria o funcionamento do setor? Este seria o motivo do órgão regulador intervir nessa seara tão complexa? Como o processo de contratualização ainda está em curso, não existem todas as respostas a estas questões.

De toda forma, provocadas pela edição das normas de contratualização, as operadoras do setor de autogestão e das seguradoras acordaram com as entidades médicas, minutas de contrato padrão com cláusulas mínimas, o que pode facilitar e acelerar esse processo. Com as entidades hospitalares, esse processo tem provocado muitos “ruídos” e tem avançado lentamente.

4.4.1.4 - Adaptação à nova legislação dos planos anteriores à lei

A adaptação à nova legislação dos planos anteriores à lei, apesar de prevista no artigo 35 da Lei 9656/98, tem se mostrado, ao longo do tempo, de difícil consecução. A partir da declaração de inconstitucionalidade de parte deste artigo, a ANS elaborou normativa específica para o estabelecimento de regras coletivas para esta transição (Quadro 4).

Quadro 4 – Legislação sobre o processo de adaptação de contratos

Resolução	Tema abordado
Lei 10850/04	Atribui competências à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e fixa as diretrizes a serem observadas na definição de normas para implantação de programas especiais de incentivo à adaptação de contratos anteriores à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
RN 64 de 22/12 de 2003	Dispõe sobre o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos de que trata a Medida Provisória nº 148, de 15 de dezembro de 2003.

Fonte: www.ans.gov.br nov/05

A questão da adaptação à nova legislação dos planos anteriores a lei constitui um dos pontos fundamentais na normalização das relações do setor, motivo de um sem número de ações na Justiça, seja por parte das operadoras, seja por parte dos beneficiários. A existência de “dois mundos” no processo regulatório tem-se mostrado fonte de inúmeras divergências. A iniciativa lançada pela ANS obteve êxito parcial, sendo recebida com muitas polêmicas por parte dos Órgãos de Defesa do Consumidor, que defendem a tese de

que na saúde suplementar existe uma relação de consumo que estaria protegida pelo Código de Defesa do Consumidor, não sendo, portanto, necessária a adaptação, e também por parte de algumas empresas que majoraram suas propostas de adaptação, tentando reequilibrar seus planos antigos no momento da transição.

A iniciativa em curso é a inclusão da necessidade de apresentação de propostas coletivas de adaptação aos beneficiários das empresas que assinaram Termos de Compromisso com a ANS – cinco empresas até o momento. Isto representa cerca de 800 mil beneficiários de planos individuais anteriores à lei.

O que se observa na realidade é que os planos contratados anteriormente à lei continuam sendo o maior foco de tensões (problemas de cobertura, reajuste, ações judiciais) e se apresenta a necessidade de uma solução definitiva para esta questão.

4.4.1.5 - Ressarcimento ao SUS

O processo de ressarcimento ao SUS, um dos itens mais polêmicos do período pré e pós-edição da lei, também se mostrou controverso no seu processo de regulamentação, especialmente quanto à sua abrangência, mesmo que previsto no escopo da Lei 9656/98, no seu artigo 32. As divergências incluíam a restrição ou não do ressarcimento aos procedimentos de urgência e emergência, a emissão de cobrança apenas para procedimentos realizados em instituições públicas e, para procedimentos hospitalares, o valor da tabela de ressarcimento.

Foram publicadas resoluções instituindo a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP, que definiu valores para o pagamento ao SUS dos procedimentos utilizados pelos usuários das operadoras (RDC 17), e ainda várias resoluções atualizando a TUNEP; as RDC N° 18 e 62 que regulamentam o ressarcimento ao SUS e estabelecem normas para o seu funcionamento; as resoluções sobre o fornecimento do cadastro de beneficiários, que possibilitou o cruzamento das informações oriundas dos atendimentos do SUS com as informações dos beneficiários de planos de saúde (Quadro 5).

Quadro 5 - Principais resoluções sobre ressarcimento ao SUS

Resolução	Tema abordado
RDC 03 de 20/01 de 2000	Aprova as normas de fornecimento de informações para o cadastros de beneficiários. Revogada pela RN 17, que trata das novas normas para fornecimento de informações do cadastro de beneficiários.
RDC 17 de 30/03 de 2000	Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de planos privados por instituições integrantes do SUS.
RDC 18 de 30/03 de 2000	Regulamenta o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei 9656/98
RDC 62 de 20/03 de 2001	Estabelece normas para o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656/98
RN 17 de 11/11 de 2002	Novas normas para fornecimento de informações do cadastro de beneficiários das operadoras. Revoga a RDC 03. Alterada pela RN 37.

Fonte: www.ans.gov.br nov/05

As normas editadas pela ANS para operacionalizar o ressarcimento ao SUS enfrentam a dificuldade dos diferentes perfis das exclusões dos planos celebrados anteriormente à lei. Como a lei prevê ressarcimento apenas para os procedimentos previstos em contrato, as exclusões não são passíveis de cobrança. Este fato leva à formação de processos administrativos para cada atendimento, levando à morosidade e à postergação dos pagamentos. Isto, combinado com a prática das operadoras de protelar os processos e recorrer ao Judiciário, tem levado a uma baixa efetividade do ressarcimento do ponto de vista do recebimento das cobranças. Um efeito positivo do processo é a elevação do grau de conhecimento do órgão regulador sobre a performance do setor (quais as principais exclusões, quais operadoras utilizam-se do SUS, quais são as Unidades mais utilizadas, dentre outras). A extensão do processo para os procedimentos ambulatoriais, a progressiva migração para planos novos e a simplificação do processo tendem a tornar o ressarcimento mais efetivo.

4.4.1.6 - A implantação dos sistemas de informação

As informações solicitadas pela Agência podem ser agrupadas em três grandes grupos: as referentes aos beneficiários, cuja principal fonte é o Cadastro de Beneficiários, as referentes às operadoras, cujas fontes são o Cadastro de Operadoras e o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS/ANS), e as referentes aos resultados assistenciais, cuja fonte é o Sistema de Informação de Produtos (SIP). As principais resoluções que normatizam o fornecimento de informações pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde são: a RDC 03 que aprova normas de fornecimento de informações para cadastros de beneficiários; a RDC 85 que institui o Sistema de Informações de Produtos – SIP; e a RE/DIOPE 01 que institui o DIOPS.

Após mais de um ano de discussões, consulta pública e oficinas regionais foi publicada a norma que estabelece um padrão para a troca de informações assistenciais (RN 112). Esta norma permitirá a relação entre as operadoras e os prestadores de serviços de saúde e daquelas com a ANS, possibilitando o acompanhamento pelas empresas e pela Agência das informações como perfil de morbidade, quantitativos de procedimentos, dentre outros.

Estas iniciativas foram importantes por permitir a formação de bases de dados que tem possibilitado melhor regulação da ANS (Quadro 6).

Quadro 6 - Principais resoluções sobre o fornecimento de informações à ANS

Resolução	Tema abordado
RDC 03 de 20/01 de 2000	Aprova normas de fornecimento de informações para cadastros de beneficiários
RE/DIOPE 01 de 13/02 de 2001	Institui o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde DIOPS/ANS
RDC 64 de 10/04 de 2001	Dispõe sobre a designação de médico responsável pelo fluxo de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores dos planos
RDC 85 de 21/09 de 2001	Institui o Sistema de Informação de Produtos (SIP) para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de plano
RN 56 de 03/12 de 2003	Cria o Sistema de Cadastro de Planos Privados de Assistência à Saúde comercializados anteriormente à data de vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Alterada pela RN 107.
RN 88 de 04/01 de 2005	Atualiza o Sistema de Informações de Beneficiários – SIB e aprova novas normas para o envio de informações de beneficiários das operadoras de planos de assistência à saúde à ANS, revoga a Resolução Normativa RN nº 17, de 11 de novembro de 2002, com as alterações introduzidas pelas Resoluções Normativas RN nº 37, de 05 de maio de 2003, e RN nº 53, de 14 de novembro de 2003, e dá outras providências.
RN 113 de 13/10 de 2005	Institui a utilização da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, no âmbito da ANS para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
RN 114 de 27/10 de 2005	Estabelece padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos de saúde, realizados em beneficiários de plano privado de assistência à saúde e dá outras providências.

Fonte: www.ans.gov.br nov/05

A capacidade de implantação dos sistemas de informação deu um importante reforço à capacidade regulatória da ANS. As informações hoje disponíveis consubstanciam uma importante ferramenta para a atividade de regulação migrar do aspecto essencialmente normativo para um processo de regulação baseado nas informações. Este certamente é o maior desafio colocado na agenda do órgão regulador.

4.4.2 - A Regulação Econômica

4.4.2.1 - Regulação do mercado

Diversas resoluções definem a regulação da ANS sobre o mercado, sua saúde financeira, a capacidade de honrar compromissos junto aos clientes e outros. As resoluções definem as garantias financeiras a serem observadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; criam instrumento para acompanhamento econômico-financeiro das operadoras; definem, segmentam e classificam as operadoras; dispõem sobre as seguradoras especializadas em saúde, dentre outros. Para fim de análise, destacaremos, dentro da regulação do mercado, dois blocos temáticos específicos: a regulação econômica e financeira propriamente dita e variação de preços e política de reajuste.

Diversas resoluções que tratam da estrutura e operação têm forte impacto sobre a regulação de mercado, e só foram apresentadas separadamente para efeito de classificação, notadamente as que tratam da rotina dos registros de produtos, ou como as operadoras deverão registrar seus produtos (planos), que instituem a Taxa de Saúde Suplementar sobre cada usuário cadastrado em prol da ANS, que regulamentam as operações de alienação de carteiras de planos, dentre outras.

Quadro 7 - Principais resoluções sobre a regulação do mercado

Resolução	Tema abordado
RDC 22 de 30/05 de 2000	Cria instrumento para acompanhamento econômico-financeiro das Operadoras.
RDC 25 de 15/06 de 2000	Dispõe sobre as operações voluntárias de alienação de carteiras de planos ou produtos privados de assistência à saúde. Alterada pela RDC 43.
RDC 38 de 27/10 de 2000	Institui o Plano de Contas Padrão, aplicável às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.
RDC 39 de 27/10 de 2000	Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
RDC 65 de 16/04 de 2001	Dispõe sobre as sociedades seguradoras especializadas em saúde, adequando-as ao disposto na Lei nº 10.185 de 12 de fevereiro de 2001.
RDC 77 de 17/07 de 2001	Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Alterada pela RN 14.

Fonte: www.ans.gov.br nov/05

4.4.2.2 - Política de reajuste e preço

A regulação dos reajustes praticados pelas operadoras é outro item de regulação de mercado. Entretanto, pela sua relevância e pela contradição intrínseca, iremos abordá-lo separadamente na medida que coloca o Estado como regulador dos reajustes, definindo reajustes entre as operadoras e seus clientes ao invés de deixar o mercado operar. As resoluções que tratam desse tema definem desde as variações de reajustes permitidas por faixas etárias, até a definição da metodologia e dos percentuais de reajuste anuais (Quadro 8).

Quadro 8 – Principais resoluções sobre variação de preços e política de reajuste

Resolução	Tema abordado
RDC 28 de 26/06 de 2000	Altera a RDC 04 e institui a Nota Técnica de Registro de Produto. Anexos alterados pela IN/DIPRO 08. Alterada pela RDC 46.
RDC 29 de 26/06 de 2000	Normas para reajuste das contraprestações pecuniárias. Alterada pela RDC 66.
RDC 66 de 03/05 de 2001	Normas para reajuste das contraprestações pecuniárias no período 2001/2002.
RN 08 de 24/05 de 2002	Critérios para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados e altera RDC 24, que trata das penalidades às operadoras.
RN 36 de 17/04 de 2003	Critérios para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados.
RN 63 de 22/12 de 2003	Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.
RN 74 de 07/05 de 2004	Estabelece critérios para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde.
RN 99 de 30/05 de 2005	Estabelece critérios para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde e insere dispositivos na RDC nº 24, de 13 de junho de 2000.

Fonte: www.ans.gov.br nov/05

A regulação do mercado, com destaque para a regulação de reajustes, foi o principal esforço regulatório da ANS e o mais controverso. Apoiado numa lógica de homogeneização do mercado, com o estabelecimento de regras universais de reserva e de avaliação econômico-financeira (à exceção das seguradoras), os normativos editados tiveram impacto nas empresas. Este “passivo” tem se mostrado difícil de administrar, particularmente no que se refere aos beneficiários destas empresas. Estes fatos, no entanto, junto com a definição de regras claras e rígidas para o ingresso de novas operadoras no mercado têm reduzido o número de empresas sem condição de operar no mesmo. O aspecto mais questionado desse tema é certamente a regulação de preços. Nem tanto pela exigência de uma nota técnica que demonstre a viabilidade econômica do plano a ser vendido, e sim pelo controle do reajuste anual dos planos individuais e familiares. Neste aspecto, a política adotada consegue produzir contestação de diversos setores. Sempre os financiadores (beneficiários) julgam a contraprestação pecuniária alta, sempre as operadoras julgam o índice autorizado baixo. Por sua vez, os prestadores de serviços solicitam maior participação na distribuição dos recursos que circulam no setor.

4.4.3 - Regulação assistencial

Os principais itens referentes ao padrão assistencial dizem respeito ao rol mínimo de coberturas, a segmentação permitida (plano ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, odontológico), a caracterização da doença ou lesão preexistente com o estabelecimento da cobertura parcial temporária e o estabelecimento da obrigatoriedade do oferecimento do plano referência.

Este tema foi regulamentado na Resolução CONSU 10, pela RDC 21, que define o Rol de Procedimentos Odontológicos e fixa diretrizes para a cobertura assistencial, a RDC 41 que altera o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução CONSU 10, a RDC 67 que atualiza o Rol de Procedimentos Médicos, a RDC 68 que estabelece normas para a adoção de cobertura parcial temporária e institui o Rol de Procedimentos de Alta Complexidade e, por último, pela RN 82 que novamente atualiza o rol de procedimentos. A importância desta regulamentação consiste em definir uma lacuna

existente até então na saúde suplementar, que consistia na não definição das coberturas assistenciais e na grande diferenciação entre as operadoras e entre planos dentro das operadoras, elegendo itens de cobertura conforme o interesse em ofertar produtos mais baratos, mais competitivos e para clientelas específicas, o que levava muitas incertezas aos consumidores e práticas abusivas, como limites de dias de UTI, limite de tempo de internação e doenças e coberturas não-efetivadas (Quadro 9).

Quadro 9 - Principais resoluções sobre a regulação assistencial

Resolução	Tema abordado
RDC 07 de 18/02 de 2000	Dispõe sobre o plano referência de que trata o art. 10 da Lei nº 9.656/98, com as alterações da Medida Provisória nº 1.976-23, de 10 de fevereiro de 2000.
RDC 42 de 14/12 de 2000	Normas para a adoção de cláusula de cobertura parcial temporária no caso de doenças ou lesões preexistentes.
RDC 67 de 07/05 de 2001	Atualiza o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução CONSU 10.
RDC 68 de 07/05 de 2001	Estabelecendo normas para a adoção de cobertura parcial temporária e instituindo o Rol de Procedimentos de Alta Complexidade.
RDC 81 de 10/08 de 2001	Classificação dos procedimentos médicos constantes do Rol de Procedimentos, de acordo com as segmentações autorizadas pelo artigo 12 da Lei 9656.
RN 09 de 26/06 de 2002	Atualiza o Rol de Procedimentos Odontológicos instituído pela Resolução CONSU 10 e alterado pela RDC 21.
RN 83 de 22/10 de 2004	Estabelece o Rol de Procedimentos que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 01 de janeiro de 1999.
RN 94 de 23/03 de 2005	Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários.

Fonte: www.ans.gov.br nov/05

Com relação à regulação assistencial, uma das grandes novidades da legislação brasileira, o normativo elaborado responde ao aspecto da ampliação da cobertura (rol mínimo de procedimentos, cobertura para doenças ou lesões pré existentes, proibição da seleção de risco e de limites para realização de procedimentos ou dias de internação) de forma bastante abrangente.

A edição da RN 94, que permite as empresas alongarem a constituição de suas reservas financeiras ao introduzirem programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, é um passo importante para a indução de um modelo assistencial mais voltado à integralidade da atenção à saúde.

Quanto ao modelo assistencial hegemônico no setor, não se observa a prática de um modelo mais resolutivo, menos custoso, que incentive a promoção e a prevenção de doenças ou que privilegie o resultado das ações de saúde. Estas mudanças certamente não se dariam somente pela emissão de normas, mas por uma atitude regulatória onde estas práticas seriam valorizadas. O projeto de qualificação que será discutido adiante busca responder essa premissa.

4.5 - A microrregulação das operadoras

QUADROS (2002), ao analisar os impactos da regulação, destaca as estratégias que operadoras de planos e prestadores estão desenvolvendo para sobreviver no mercado e responder às exigências colocadas pela Lei 9.656/98. As empresas operadoras de planos de saúde estão adotando várias “estratégias de gestão” com o objetivo de controlar e reduzir os custos com a assistência. Do lado dos prestadores, está se verificando uma verdadeira corrida para a profissionalização com investimento em profissionais mais capacitados, reciclagem de pessoal, novos sistemas de informação, marketing e aprimoramento dos sistemas de custos. Segundo Quadros, as empresas que não têm acompanhado essa tendência “*simplesmente passaram a ter problemas graves de sobrevivência no presente e terão chances iguais a zero de sobreviverem no futuro*”. Os atores se movimentam e o “mercado” se mexe para enfrentar o vetor de regulação.

Segundo MALTA et al. (2005) e CECÍLIO (2005), as principais estratégias adotadas pelas operadoras para reduzir seus custos e garantir o controle sobre a prestação de serviços, são:

- a introdução da franquia ou co-participação nos contratos, tanto individuais como coletivos, como fator moderador e mesmo limitador do acesso dos beneficiários;

- a negociação de pacotes de procedimentos previamente acordados quando da contratação ou credenciamento (pacote para parto, cirurgia cardíaca, consulta oftalmológica e outros). Os pacotes representam uma divisão dos riscos. Apresentam vantagens para a operadora no sentido de facilitar seu controle, auditoria “*a posteriori*”, não apresentar imprevistos como gastos com complicações clínicas e aumento da permanência. Para o prestador significa um ganho acima da média de custos, uma previsão de receitas e um risco no caso de imprevistos e complicações;

- auditoria no pós-pagamento para verificação de irregularidade por parte do prestador serviço;

- uso de protocolos assistenciais pelas operadoras, prestadores hospitalares e médicos. Em geral, os protocolos resultam dos consensos de especialidades visando orientar a conduta em algumas especialidades. As seguradoras não orientam o seu uso diretamente, embora no Call Center tenham protocolos para autorização de procedimentos e apoiem o uso pelos prestadores;

- mecanismo de glosa de procedimentos junto a prestadores em casos de divergências administrativas;

- autorização prévia via call center para procedimentos mais complexos (ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, o uso de stent, angioplastia). A solicitação de exames mais simples é menos controlada, sendo suficiente a indicação médica para pedidos como eletrocardiograma e exames laboratoriais. As medicinas de grupo tendem a ter maior controle inclusive dos exames mais simples, exigindo um fluxo autorizativo mais burocrático. O acesso a UTI e urgência também passam pelo call center, embora por serem procedimentos de urgência, em geral são liberados conforme indicação médica.

Esses mecanismos tornam o setor cada vez mais regulado, criando regras no relacionamento entre as operadoras, prestadores e usuários, instituindo a microrregulação no cotidiano, em cada consumo de procedimentos.

4.6 - Perspectivas da regulamentação na Saúde Suplementar

O período recente, se de um lado mostra claramente a necessidade e os avanços trazidos pela regulação, por outro trabalhou com uma incerteza muito grande do marco regulatório. A profusão de alterações da legislação, via a edição de sucessivas Medidas Provisórias, combinada com um grande número de normas infralegais, levou a um quadro de instabilidade que impactou de forma significativa a saúde suplementar. Autores como CECÍLIO (2004) explicitam este fato:

ANS tem vivido um verdadeiro ímpeto regulatório na sua curta existência e que pode ser explicado por duas razões principais. A primeira, porque a regulamentação do setor suplementar é bem recente e a ANS sendo um órgão muito jovem, ainda se encontra em pleno processo de sua autoconstituição, ou seja, de construção e de formatação do seu objeto. A outra, nos remete à discussão de que o campo de regulação dos seguros e planos privados de saúde é um território político, atravessado por múltiplos e quase sempre conflitantes e inconciliáveis interesses de múltiplos atores ou forças sociais. A ANS é o ator social ao qual caberá, pela natureza da sua missão institucional, produzir e fazer cumprir a legislação que configura o campo das relações entre operadoras, prestadores e beneficiários (CECÍLIO, 2004).

Conforme já explicitado anteriormente, os entes regulados também reclamam do que eles caracterizam como excesso de normas por parte da ANS.

Independentemente do quantitativo de normas e da instabilidade constatada, há que se destacar a importância da entrada do Estado no processo de regulação da saúde suplementar no Brasil. Passou-se de um setor anteriormente auto-regulado, com todos os problemas daí advindos (contratos imprecisos, limitações de atendimentos, exclusões de

doenças, expulsão dos idosos pelos reajustes decorrentes da mudança de faixa etária, a prática da seleção de risco, empresas sem qualquer garantia financeira, relação público e privado totalmente predatória, dentre vários outros problemas), para um setor que começa a responder e se adequar ao processo regulatório instalado.

***5 - UMA AVALIAÇÃO DAS
MUDANÇAS PROVOCADAS PELA
REGULAÇÃO PÚBLICA NA SAÚDE
SUPLEMENTAR NO BRASIL***

O processo de regulação pública no setor de saúde suplementar no Brasil se deu a partir de 1998 com a promulgação da Lei 9656/98 e com as modificações nela introduzidas pelas sucessivas Medidas Provisórias, e pela regulamentação infralegal. A caracterização e a análise dessa regulamentação foi objeto do Capítulo anterior.

O capítulo atual busca avaliar se a regulamentação produzida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar alcançou seus objetivos, produzindo mudanças na saúde suplementar. Visando apoiar os pressupostos desta investigação, faremos uma breve revisão dos pressupostos da avaliação, descrevendo a seguir a metodologia de avaliação empregada e os principais resultados obtidos.

5.1 - Contexto da avaliação

Inerente a idéia de avaliar, está o pressuposto de julgar, de forma explícita ou implícita, atribuindo-se um valor, aprovando-se ou não uma política ou programa (CONTANDRIOPOULOS, et al, 1997).

A avaliação de políticas públicas apareceu como conceito logo após a Segunda Guerra Mundial. Nos Estados Unidos e Canadá tornou-se uma área de estudos e práticas a partir da década de 50. No decorrer dos anos 70, a necessidade de avaliar as ações sanitárias se impôs, criando-se, em diversos países, organismos encarregados de avaliar as novas tecnologias. Essa proliferação é, certamente, o sinal de uma necessidade, mas também é sinal de complexidade da área (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997; DENIS & CHAMPAGNE, 1997; MALTA & MERHY, 2004).

Numa forma mais renovada, a avaliação, enquanto poderoso instrumento para melhorar o desempenho dos programas sociais, é entendida como uma instância de aprendizagem que permite reelaborar e melhorar esses programas (SULBRANDT, 1994).

A avaliação não é imparcial, dotada de suposta neutralidade técnica, mas depende da visão de mundo daqueles que a realizam. A maneira como se estrutura o sistema de informação subordina-se a alguma concepção de modelo assistencial. A própria

construção da análise destas informações é igualmente dotada de intencionalidade e direcionalidade. Da mesma forma, não há um único caminho avaliativo, ou seja, não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais. Às vezes são selecionadas algumas dimensões para a análise em detrimento de outras. Os seus resultados são uma aproximação à realidade e podem ser buscados por vários caminhos ou diferentes opções metodológicas (MALTA, 2001).

A particularidade da avaliação de políticas públicas consiste na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa e um resultado. Existem diferentes metodologias avaliativas que podem ser empregadas e a sua opção depende muito da pergunta avaliativa e do grau de inferência pretendido (MALTA, 2001; HABITCH et al, 1998).

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos, processos e resultados (CONTANDRIOPOULOS, et al., 1997). DONABEDIAN (1990), considerado um autor clássico na avaliação, refere-se à *estrutura* como os atributos materiais e organizacionais sob os quais o cuidado é oferecido: recursos financeiros, aumento e expansão da rede física, RH - número, variedade e qualificação dos profissionais. O *processo* analisa meios e recursos utilizados na produção dos resultados. Indicadores das relações internas aos projetos, organização dos recursos disponíveis, análise dos processos e melhorias. Indicadores de acesso (cobertura e ou atendimento). O *resultado* refere-se ao atingimento dos objetivos propostos e consiste nos indicadores de impacto, desempenho, de satisfação do usuário, de efetividade, de resolutividade.

A avaliação normativa ou clássica tem como função principal o apoio a gerentes em funções de rotina, visando o aprendizado e melhoria dos serviços prestados. Pode ser feita por aqueles que são responsáveis pelo funcionamento e pela gestão da intervenção ou por atores externos (DONABEDIAN, 1990; ACÚRCIO, 1995).

CONTANDRIOPOULOS et al. (1997) distingue ainda outra forma de se conduzir o processo avaliativo utilizando-se da pesquisa avaliativa, que consiste no julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos, avaliando o objeto da intervenção social. Pode ser decomposta em seis tipos de análises: análise estratégica,

análise da intervenção, análise da produtividade, análise da implantação, análise dos efeitos e análise do rendimento, podendo-se proceder de uma ou mais dessas formas. Normalmente este tipo de avaliação é conduzida por agentes externos.

NOVAES (2000) adota a seguinte tipologia avaliativa: investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão. A primeira gera hipóteses e novos conhecimentos; a segunda visa à adoção de recomendações, guidelines, enquanto a avaliação para gestão tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. Busca-se a melhoria de uma condição dada. Nessa medida, a presença do avaliador interno é condição necessária.

Segundo HABICHT et al (1998), na avaliação de dado programa ou serviço existem vantagens e desvantagens no fato da avaliação ser conduzida por atores internos e externos ao processo. O avaliador interno apresenta vantagens, como o fato de se ter conhecimento da organização e do seu funcionamento, podendo compreender e interpretar melhor comportamentos da equipe e da organização. Por não apresentar ameaças à instituição, suas recomendações têm maior chance de serem adotadas. As desvantagens consistem na menor disponibilidade de tempo e de capacitação para a função, a tendência em aceitar os pressupostos da organização, sendo menos objetivo nas suas conclusões. O avaliador externo é mais objetivo e não se apresenta pessoalmente envolvido com o objeto em questão, sendo, portanto, mais livre do viés da organização, além de, em geral, ter maior experiência em avaliação. Ao mesmo tempo, apresenta limitações como o fato de não conhecer a organização, suas políticas, o contexto local.

O atual trabalho não se aplica no contexto de uma avaliação demandada pela instituição, mas refere-se à avaliação conduzida por ator implicado no processo de gestão da Organização, sendo, portanto, conduzida por um ator interno ao processo. A avaliação da práxis cotidiana tem um sentido, que é o de possibilitar a aprendizagem a partir dos erros, omissões e dificuldades encontradas na execução das políticas e programas. Para isso torna-se importante devolver a avaliação para o conjunto dos atores diretamente envolvidos e para os grupos beneficiários, ou usuários do programa (SULBRANDT, 1994; MALTA, 2001).

A participação do autor na gestão/intervenção ora analisada, reforça a tese de que conhecer e intervir se encontram entrelaçados. Nesse sentido, não existe neutralidade *a priori*, mas um posicionamento ideológico claro, com pressupostos definidos e declarados. Essa forma de investigar é muito diversa da tradição de cunho positivista onde o "sujeito epistêmico" é colocado fora do objeto que estuda por acreditar que assim será mais racional e imparcial.

No processo de produção do conhecimento deve-se então optar pela definição de um percurso metodológico que permita a objetividade necessária à forma científica de conhecer, objetividade essa em que o ponto de vista político e ideológico do pesquisador compõe-se com um percurso metodológico estabelecido e não apenas na vivência prática (SCHRAIBER, 1997).

Na condução da avaliação atual, buscou-se inicialmente responder algumas perguntas avaliativas: a regulamentação produzida alcançou resultados no que se refere à regulação assistencial, econômica e na estrutura e operação do setor? As mudanças provocadas impactaram positivamente no setor? Provocaram “desarranjos” no equilíbrio necessário para o funcionamento do setor? Contribuíram para uma maior transparência na relação do setor público com o setor privado na conformação do Sistema de Saúde brasileiro?

5.2 - Material e Métodos

Este capítulo levou em consideração a revisão realizada no Capítulo Três e optou-se por avaliar as mudanças ocorridas no setor por meio da agregação nos seguintes eixos temáticos:

- estrutura e operação do setor (adaptação à nova legislação dos planos anteriores a lei, o ressarcimento ao SUS e a implantação dos sistemas de informação); regulação econômica (ou regulação do mercado); regulação assistencial.

A seguir apresentamos os eixos temáticos avaliados, os respectivos indicadores, fontes de dados e o que a sua análise pretende mensurar.

5.2.1 - Estrutura e operação do setor

Serão analisados um conjunto de indicadores que se referem à reestruturação do setor, movimentação de beneficiários e empresas, evolução da distribuição por sexo e faixa etária, distribuição de planos coletivos e individuais, ressarcimento ao SUS e denúncias de beneficiários. Os indicadores utilizados foram:

5.2.1.1 - Reestruturação da rede hospitalar total e reestruturação da rede hospitalar por modalidade de operadora

Esses indicadores buscam medir as mudanças realizadas pelas empresas visando adequar a sua rede de serviços. Refere-se tanto à substituição da rede de serviços, ou troca de prestadores, ou redimensionamento (subtração de prestadores). Esta análise procura verificar a forma como as operadoras alteraram a sua composição de rede de serviços após a regulação do setor. Os dados foram obtidos junto às bases de dados e relatórios da Gerencia Geral de Estrutura e Operação (GGEOP) da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO).

5.2.1.2 - Transferência parcial ou total de carteiras e movimentação de beneficiários via alienação parcial ou total de carteiras

Refere-se à transferência de carteiras e beneficiários de uma operadora para outra em função de interesses comerciais (venda de carteira), ou por determinação da ANS, quando a operadora encontra-se em dificuldades financeiras. Esta alienação pode ser total ou parcial. Esta análise busca verificar a mobilidade do setor e a sua possibilidade de concentração, e estes indicadores foram obtidos dos dados e relatórios da GGEOP.

5.2.1.3 - Evolução anual das entradas e saídas de empresas no período

Refere-se ao registro de operadoras junto à ANS (operadoras ativas, cancelamento de registro voluntário, ou por decisão da ANS (operadora liquidada do mercado). Mede a evolução das empresas, sua mobilidade e busca avaliar a possibilidade de concentração do setor, capacidade de regulação da ANS no sentido da melhoria do desempenho do setor. Os dados foram levantados junto ao Cadastro de Operadoras mantido pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE).

5.2.1.4 - Evolução do nº de beneficiários e de empresas

Foram medidos pelos seguintes indicadores:

- Evolução dos beneficiários de planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia, e planos exclusivamente odontológicos;
- Percentual de crescimento acumulado de 2004 a 2005;
- Evolução anual da participação das modalidades de operadoras da saúde suplementar;
- Percentual de crescimento acumulado segundo o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) - 2000 a 2005.

Estes indicadores medem a variação do número de beneficiários e de empresas no período de 2000 a agosto de 2005. Foram utilizados dados do SIB buscando verificar influências do processo de regulação na evolução destes números, seja na redução ou na expansão dos beneficiários e as mudanças entre as modalidades.

5.2.1.5 - Evolução da pirâmide demográfica dos beneficiários de planos e da população geral

Esta análise visa comparar:

- A distribuição por faixas etárias decenais e sexo da população geral e dos beneficiários dos planos de saúde em 2005;

- A distribuição por faixas etárias decenais da população dos beneficiários dos planos de saúde no início do processo regulatório em 2000 e 2005;

- A distribuição por sexo em faixas etárias decenais na população dos beneficiários dos planos de saúde em 2005.

Estas análises buscam avaliar se as medidas de regulação de faixa etária (delimitação de aumentos por faixa) levaram à diferenças nestas distribuições de sexo e faixa etária, entre a população geral e aquela de planos. Os dados foram extraídos do SIB - 2000 a 2005 e do IBGE.

5.2.1.6 - Evolução de beneficiários por porte da operadora – Curva ABC

Apresenta a distribuição dos beneficiários por *decis* populacionais. Os dados foram extraídos do SIB - 2000 a 2005.

5.2.1.7 - Evolução de beneficiários por vigência dos planos – 2001 a 2005

Avalia a distribuição percentual de planos contratados a partir da vigência da Lei 9656/98 (planos novos) e planos anteriores à lei (planos antigos). É importante a análise deste indicador por serem os planos novos sujeitos à regulação da ANS. Os demais estão sujeitos ao marco regulatório de forma parcial. Os dados foram extraídos do SIB - 2000 a 2005.

5.2.1.8 - Evolução anual da distribuição dos planos coletivos e individuais

Este indicador apresenta a distribuição dos planos individuais, coletivos e não identificados. Estes últimos correspondem aos planos anteriores à lei que não foram identificados quanto à caracterização de planos individuais e coletivos. É importante a análise deste indicador por sinalizar a adequação do mercado no seu processo de vendas ao processo regulatório. Os dados foram extraídos do SIB - 2000 a 2005.

5.2.1.9 - Evolução dos regimes especiais

Os regimes especiais são o formato de intervenção na ANS na operadora quando a mesma apresenta anormalidade. Visam o acompanhamento ou direção: direção técnica (acompanhamento da operadora na sua operação assistencial), direção fiscal (acompanhamento dos aspectos econômicos e financeiros da operadora, visando reorientar os processos) e a liquidação extrajudicial (destituição da direção e nomeação de liquidante). O plano de recuperação constitui outro formato de acompanhamento da empresa, no qual a ANS, ao detectar problemas nas empresas, exige que a proponham um plano de recuperação.

Estes indicadores constam de relatórios da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE) nos relatórios trimestrais enviados à ANS e medem o percentual de empresas sob intervenção da ANS, sua evolução (liquidação, recuperação, outra).

5.1.2.10 - Ressarcimento

Refere-se à análise de:

- Evolução das AIHs identificadas, deferidas, cobradas e pagas por processamento (número e valores).
- Procedimentos hospitalares mais frequentemente cobrados no Ressarcimento ao SUS e no Sistema Único de Saúde.

Estes indicadores avaliam a frequência de uso dos serviços do SUS pelos usuários de planos, as cobranças realizadas, o percentual de recursos retornados aos cofres públicos e os procedimentos mais frequentes. As fontes de informação são os cruzamentos realizados entre dois Sistemas de Informações: o Sistema de Informação de Beneficiários e o Sistema de Informação Hospitalar.

5.1.2.11 - Disque ANS

Será analisada a evolução das reclamações produzidas no “Disque ANS” entre 2001 a 2005 quanto a sua frequência e as denúncias mais frequentes (contratos, reajustes, rede assistencial, cobertura, doenças ou lesões pré-existentes, outros).

5.2.2 - Regulação econômica

Serão analisados indicadores extraídos junto aos sistemas de acompanhamento da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE) referentes às provisões exigidas, alcançadas e receitas das operadoras. A seguir são apresentados os indicadores avaliados.

5.2.2.1 - Percentual de operadoras que se adequaram às provisões exigidas

Este indicador avalia a constituição de reservas financeiras exigida pela ANS junto às operadoras. Os parâmetros são definidos na RDC 77 de 17 de julho de 2001, alterada pela RN 14 de 24 de outubro de 2002, e as reservas financeiras exigidas são proporcionais ao número de beneficiários. Essa exigência deverá ser efetivada progressivamente.

5.2.2.2 - Evolução das exigências de provisão em volume de recursos e das provisões contabilizadas pelas operadoras

Refere-se à reserva que a empresa deve manter para fazer frente a despesas não-rotineiras, segundo exigências da RDC 77 da ANS.

5.2.2.3 - Evolução da receita das operadoras

Este indicador avalia as receitas das operadoras oriundas do pagamento dos seus beneficiários, individuais e coletivos. O acompanhamento desses dados permite uma aproximação com o volume de recursos financeiros que circulam anualmente no setor de saúde suplementar.

5.2.3 - Regulação assistencial

Dada a dificuldade de mensuração na regulação assistencial optou-se por descrever e analisar os processos e iniciativas que vieram apoiá-la. São diferentes iniciativas e que a análise de apenas uma destas por si só já constituiria um projeto de investigação. O que se pretende investigar consiste em avaliar se existem iniciativas em curso e se as mesmas são suficientes para mudança de prática, ou seja, o que a criação de um rol de procedimentos muda no setor? Quais as iniciativas por parte da ANS tem induzido novas práticas (promoção, prevenção, avaliação de resultados) e como isto pode modular o setor?

Como são iniciativas em curso não cabe ainda avaliá-las, mas sim compreender sua intencionalidade e a reação do setor a estas iniciativas. Os seguintes processos serão descritos e analisados quanto à sua potencialidade:

5.2.3.1 - Rol de procedimentos e cobertura assistencial;

5.2.3.2 - Iniciativas de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças;

5.2.3.3 - Projeto de Qualificação

Estes indicadores foram aferidos a partir do Sistema de Informações de Produtos (SIP) e relatórios de monitoramento da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO).

5.2.4 - Bases de dados

Para a análise destes indicadores foram consultadas as bases de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como o Sistema de Informação de Produtos (SIP), Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), DIOPS, GGEO, Ressarcimento ao SUS, relatórios internos da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO) e da Diretoria de Fiscalização (DIFIS) e outras bases de dados como o IBGE e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

Tomou-se como base o período de 2000 a 2005. Dado que em 2000 as bases de dados não estavam ainda devidamente implantadas devido a problemas de cobertura de registros, em alguns casos iremos iniciar a análise no ano de 2001. O ano de 2005 foi utilizado quando as informações não requeriam o fechamento do ano e a completude dos registros, dado que só estavam disponíveis dados parciais.

A Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) do Ministério da Fazenda e o Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) do Ministério da Saúde já alimentavam a bases de dados de registro de operadoras desde 1998. Estes dados serão analisados desde este período.

5.3 - Resultados

5.3.1 - A estrutura e operação

5.3.1.1 - Reestruturação da rede hospitalar total e reestruturação da rede hospitalar por modalidade de operadora

Este tema avaliará um conjunto extenso de indicadores. Os indicadores reestruturação da rede hospitalar total e por modalidade de operadora, buscam medir as mudanças realizadas pelas empresas visando adequar sua rede de serviços.

A Tabela 1 apresenta as alterações de rede hospitalar autorizadas pela ANS no período de 2001 a 2004. No período analisado ocorreu uma grande mobilidade da rede de serviços, principalmente de processos de redimensionamento, ou subtração de rede de prestadores. A variação se fez de forma crescente, acentuando-se nos anos de 2003 e 2004. Entre 2001 e 2004 houve uma variação de 378%. Os dados não nos permitem aprofundar as causas desta mobilidade crescente, mas discutimos a hipótese de que a mesma tenha ocorrido visando a redução da rede de serviços, racionalizando-as e, conseqüentemente, buscando a redução de custos. Isto de alguma forma corrobora a discussão de que uma parte significativa do ajuste promovido pelas operadoras no período pós-regulamentação se deu no controle e enxugamento de sua rede prestadora.

Tabela 1 - Processos de alteração de rede hospitalar autorizados pela ANS, redimensionamento e substituição, 2001 a 2004

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO	2001	2002	2003	2004	Total	Variação % nos 4 anos
Redimensionamento	75	165	316	449	1005	498 %
Redimensionamento e Substituição	05	00	04	21	30	320 %
Substituição	22	27	42	18	109	- 18%
Total	102	192	362	488	1144	378%

Fonte: GGEO/DIPRO/ANS

A Tabela 2 mostra a mudança de rede por modalidade de operadoras. Os três segmentos que implantaram de forma mais acelerada esse processo foram as Medicinas de Grupo (34,8%), Seguradoras (24,4%) e as Autogestões (23,4%). As Filantrópicas tiveram o menor percentual de mudança (1,1%), seguido das Cooperativas (16,4%), o que pode se explicar pelo fato das Seguradoras e Autogestões operarem, na maioria das vezes, com rede credenciada. Assim, espera-se maior mobilidade de sua rede credenciada. O fato das Filantrópicas possuírem rede própria, pode explicar sua menor mobilidade na rede credenciada, além de representarem o menor percentual de operadoras. As Cooperativas têm incorporado progressivamente rede própria. Pode-se interrogar se esta tendência tem

resultado na maior estabilidade da sua rede. As Medicinas de Grupo operam com um mix (rede própria e credenciada). Entretanto, por serem numerosas, pode explicar o maior percentual na troca de rede dentre as operadoras.

Tabela 2 - Processos de alteração de rede hospitalar autorizados pela ANS, por modalidade de operadora, 2001 a 2004

Modalidade de operadora	2001	2002	2003	2004	Total	%
Autogestão	28	46	81	112	267	23,4
Cooperativa Médica	18	26	66	77	187	16,4
Filantropia	1	2	3	7	13	1,1
Medicina de Grupo	41	58	132	167	398	34,8
Seguradora	14	60	80	125	279	24,4
Total	102	192	362	488	1144	100

Fonte: GGEOP/DIPRO/ANS

5.3.1.2 - Transferências de carteiras, parcial ou total

A Tabela 3 mostra a transferência de carteiras, parcial e total, registradas no período de 2001 a 2004. Este indicador mostra a mobilidade do setor e aponta a necessidade de acompanhamento da ANS nestas mudanças, já que todas as transferências precisam ser autorizadas pelo órgão regulador. A alienação total é mais freqüente (85,5%) que a alienação parcial. A evolução oscila no período, não sendo possível traçar um padrão fixo. Foram 47 transferências em 2001, 36 em 2002, 59 em 2003 e 38 em 2004.

Tabela 3 - Transferências de carteiras, parcial e total, registradas na ANS, 2001 a 2004

Tipo de Transferência	2001	2002	2003	2004	Total	%
Transferência parcial	03	09	09	05	26	14,5
Transferência total	44	27	50	33	154	85,5
Total	47	36	59	38	180	

Fonte: GGEO/DIPRO/ANS

5.3.1.3 - Evolução anual das entradas e saídas de empresas

A Figura 1 mostra a evolução anual das entradas e saídas de empresas (operadoras ativas, operadoras registradas, novos registros e cancelamento de registro, voluntário ou por decisão da ANS – operadora liquidada do mercado – no período pós-regulatório).

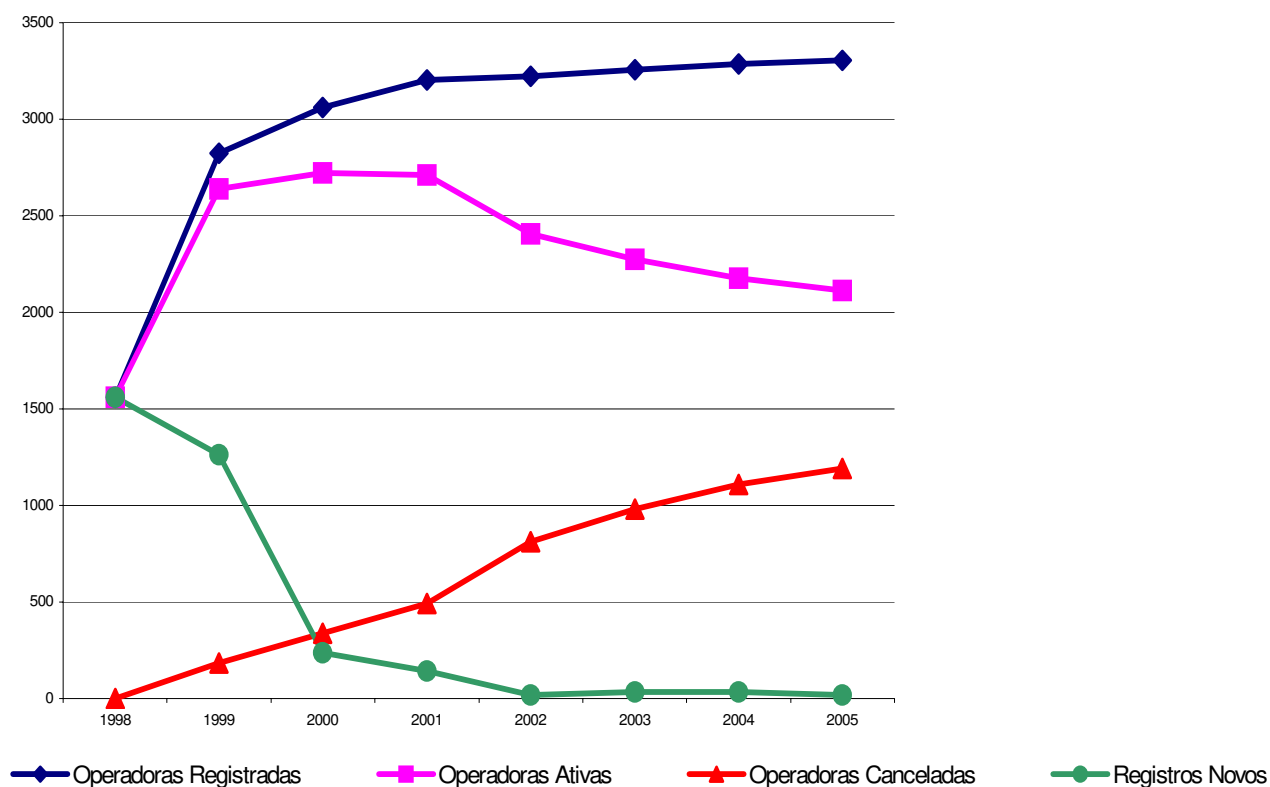
Existe uma diferença entre operadoras registradas e ativas. São consideradas operadoras ativas aquelas que apresentam número de beneficiários, e operadoras registradas são aquelas que possuem ou possuíram algum registro junto à ANS. Entretanto, nem sempre possuir registro implica em estar ativa, ou seja, possuir beneficiários.

Logo após a promulgação da Lei 9656/98, entre 1998 e 2000, o registro provisório tornou-se obrigatório para a atuação no mercado e não previa exigências para as operadoras já constituídas. Houve então uma corrida para a realização do mesmo e os registros novos tiveram grande crescimento. A partir de 2000, as operadoras passaram a ter exigências legais para o registro (constituição de reservas, registro de produtos, inscrição nos conselhos profissionais), o que explica o declínio de novos registros após este ano. Os fatores que contribuíram na queda de novos registros decorreram das exigências adotadas pela ANS, aliado à necessidade de colocar planos à venda com o rol mínimo de cobertura.

No período mais recente, ocorreu uma tendência de estabilização do mercado, com menor entrada de novos registros. Até agosto de 2005, não foram processados novos registros no ano.

Este movimento resultou na redução de empresas que, anteriormente ao processo regulamentado, operavam uma verdadeira “ciranda” no setor suplementar, com entrada constante de operadoras que não apresentavam sustentabilidade. Portanto, uma melhor oferta de operadoras mais sustentáveis e capazes de atender às exigências legais resulta em um mercado mais “saudável”.

Ocorreram dois movimentos: o declínio das operadoras ativas e o aumento das operadoras canceladas. Estes movimentos refletem em parte a melhoria do cadastro. O aumento de cancelamento do registro resultou, tanto da solicitação das empresas, quanto da operação de liquidação realizada pela Agência no período. Portanto, esta melhoria também revela a melhor atuação da regulação no período.



Nota: Os dados de 1998 e 1999 referem-se a registros e cancelamentos realizados pela SUSEP e pelo DESAS/MS

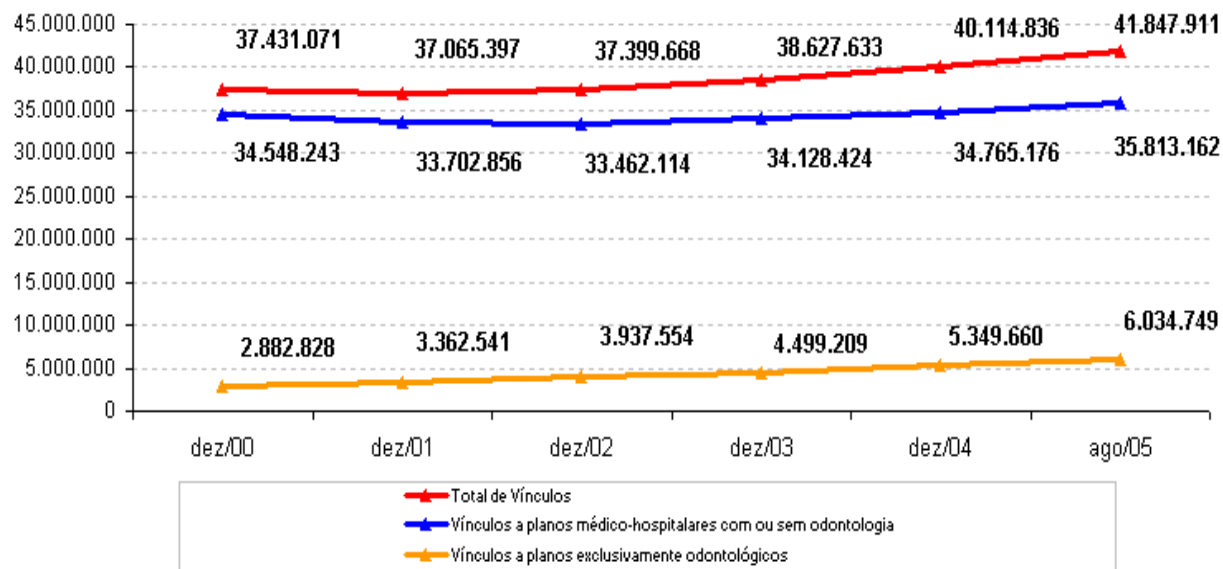
Figura 1 - Evolução anual das operadoras registradas, ativas, cancelamento e registros novos, junto à ANS, 1998 a 2005

5.3.1.4 - Evolução do número de beneficiários

A Figura 2 apresenta a evolução do número de beneficiários analisando-se os dados do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) de 2000 a 2005. A base de dados utiliza registros de beneficiários por plano. Assim, beneficiário com mais de um plano podem estar registrados em mais de uma operadora. São utilizados os totais de dezembro de cada ano, a exceção de 2005 quando se utilizou dados de agosto de 2005.

A Figura 2 e a Tabela 4 apresentam os beneficiários distribuídos por tipo de plano (médico-hospitalares, odontológicos). Os dados mostram maior estabilidade dos planos médico-hospitalares, mostrando um crescimento de 3,7% ao longo dos cinco anos e um crescimento de 109,3% dos planos exclusivamente odontológicos no mesmo período. Nos primeiros anos do registro ocorreram muitos problemas nas informações. Algumas operadoras apresentaram liminares que as liberavam de alimentar o Cadastro da ANS (SIB), o que pode ter levado ao subdimensionamento da base de dados. Nos anos mais recentes o SIB apresentou melhora de captação e este aumento também deve levar em conta a melhoria destas informações. Entretanto, o aumento dos beneficiários dos planos odontológicos mostra uma expansão real do mercado, o que ocorre durante todo o período, enquanto nos planos médicos hospitalares ocorreu após 2004.

Nos primeiros anos, a redução do crescimento dos planos médico-hospitalares foi atribuída pelas operadoras ao processo regulatório, notadamente a impossibilidade de se subsegmentar o produto, ou seja, oferecer planos que não tivessem a cobertura integral (MALTA, et al, 2005). A regulação pode ter influído neste processo. Entretanto, outros fatores contribuíram mais notadamente, como a crise econômica, com a diminuição da capacidade de pagamento das pessoas e das empresas compradoras nos anos 90 e início dessa década. O crescimento observado após 2004 (4,3%), pode ser explicado pela retomada do crescimento econômico e do emprego, mas também pela adaptação das operadoras às novas regras do mercado.



Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 08/2005

Figura 2 - Evolução do número de beneficiários de planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia e planos exclusivamente odontológicos, Brasil – 2000 a 2005

Tabela 4 - Evolução dos beneficiários de planos médico-hospitalares com ou sem odontologia e planos exclusivamente odontológicos, percentual de crescimento acumulado, Brasil 2000 a 2005

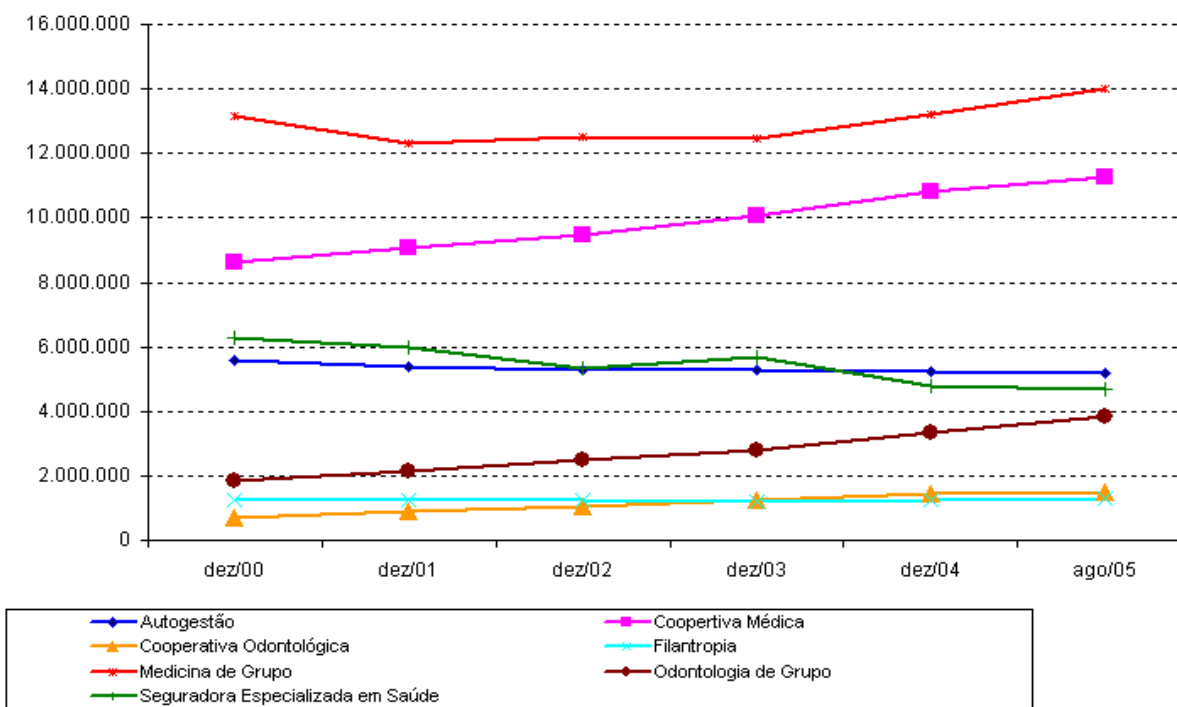
Ano	Total de Vínculos	planos médico-hospitalares com ou sem odontologia	% Crescimento	planos exclusivamente odontológicos*	% Crescimento
dez/00	37.431.071	34.548.243		2.882.828	
dez/01	37.065.397	33.702.856	-2,4	3.362.541	16,6
dez/02	37.399.668	33.462.114	-3,1	3.937.554	36,6
dez/03	38.627.633	34.128.424	-1,2	4.499.209	56,1
dez/04	40.114.836	34.765.176	0,6	5.349.660	85,6
ago/05	41.847.911	35.813.162	3,7	6.034.749	109,3

Fonte: SIB/2005

OBS: Estes números referem-se a planos das Cooperativas Odontológicas, Odontologia de Grupo e planos comercializados pelas Medicinas de Grupo, Seguradoras e outros, desde que planos exclusivamente odontológicos.

A Figura 3 e a Tabela 5 mostram a evolução do número de beneficiários por modalidade da operadora no período de 2000 a 2005 (agosto), considerando 2000 como o ano base. A variação dos beneficiários observada no período ocorreu também devido ao aprimoramento do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB). A qualidade das informações e o número de empresas que alimentaram o banco de dados melhoraram no período, podendo explicar parcialmente a ampliação apresentada pelo setor. Operadoras que anteriormente apresentaram liminares judiciais que as liberavam de alimentar o Cadastro da ANS se adaptaram às novas regras da Agência, passando a alimentar o SIB, o que resultou em melhor captação de registros. Entretanto, ocorreu também uma ampliação do mercado com crescimento real. Do total de 11,8% de aumento no período a maior contribuição ocorreu em função do crescimento das Odontologias de Grupo (107,1%) e Cooperativa Odontológica (137%). No grupo médico-hospitalar cresceram as Cooperativas Médicas (31%), seguidas das Filantrópicas (6,7%) e Medicinas de Grupo (6,4%). As reduções ocorreram nas Seguradoras Especializadas em Saúde, com uma perda de cerca de 1,5 milhões de beneficiários (-25,1%) e Autogestão (-7,4%).

Pelos dados, poderia se dizer que o setor que melhor se adaptou ao processo regulatório foram as Cooperativas Médicas, enquanto as Seguradoras Especializadas foram as que tiveram a maior perda de clientela. Isto poderia ser imputado a vários fatores, mas certamente a capacidade de, num momento de ajuste, controlar a sua rede prestadora e ter flexibilidade para adaptação ao novo momento foram características vitais para se fazer o enfrentamento da nova situação.



Fonte: Sistema de Informação de Beneficiários, 2005

Figura 3 - Evolução anual dos beneficiários por modalidade da operadora, Brasil - 2000 a 2005

Tabela 5 - Evolução anual da distribuição de beneficiários entre os segmentos da saúde suplementar, percentual de crescimento acumulado, Brasil – 2000 a 2005

Competência	Autogestão	Cooperativa Médica	Cooperativa Odontológica	Filantropia	Medicina de Grupo	Odontologia de Grupo	Seguradora	Total
2000								
2001	-3,04	5,50	26,79	1,42	-6,46	14,61	-4,80	-0,99
2002	-5,08	10,01	49,40	0,38	-4,98	34,27	-15,07	-0,10
2003	-5,56	16,76	74,51	-4,92	-5,37	49,69	-9,82	3,19
2004	-6,33	25,80	104,85	2,19	0,40	80,94	-24,00	7,16
2005*	-7,44	30,99	116,98	6,67	6,43	107,10	-25,10	11,80

Fonte: Sistema de Informação de Beneficiários, 2005

* 2005 refere-se a dados de agosto de 2005, nos demais anos, a dezembro

Em síntese, podem ser buscadas diversas hipóteses para explicar este movimento no mercado. No que se refere à migração interna dentre os diferentes segmentos, as Cooperativas ampliaram sua participação em detrimento das Seguradoras. Uma das explicações deve-se ao aumento da competitividade do mercado, outra à ampliação do marketing empresarial, à disputa pelos planos coletivos, à redução de custos, resultando em planos de menor custo e de mais fácil comercialização, mais competitivo. Podem ter ocorrido diversos fatores na explicação deste movimento, desde a ampliação de mecanismos microregulatórios levando à redução de custos, o investimento na ampliação da rede própria, a redução de rede de serviços, os mecanismos de direcionamento para redes de menor custo, a adaptação ao mercado local, acordos locais com prestadores de menor custo, marketing local dirigido à segmentos e compradores específicos, resultando na oferta de planos de menor custo. Estes fatores podem explicar esta “acomodação interna”. As Cooperativas, por serem singulares e se adaptarem ao mercado local, puderam se movimentar mais rapidamente e se adaptar às novas regras, tornando-se mais competitivas. Além da acomodação interna, ocorreu também crescimento real do mercado, especialmente nos planos odontológicos: 116% entre as Cooperativas Odontológicas e 107% entre as Odontologias de Grupo.

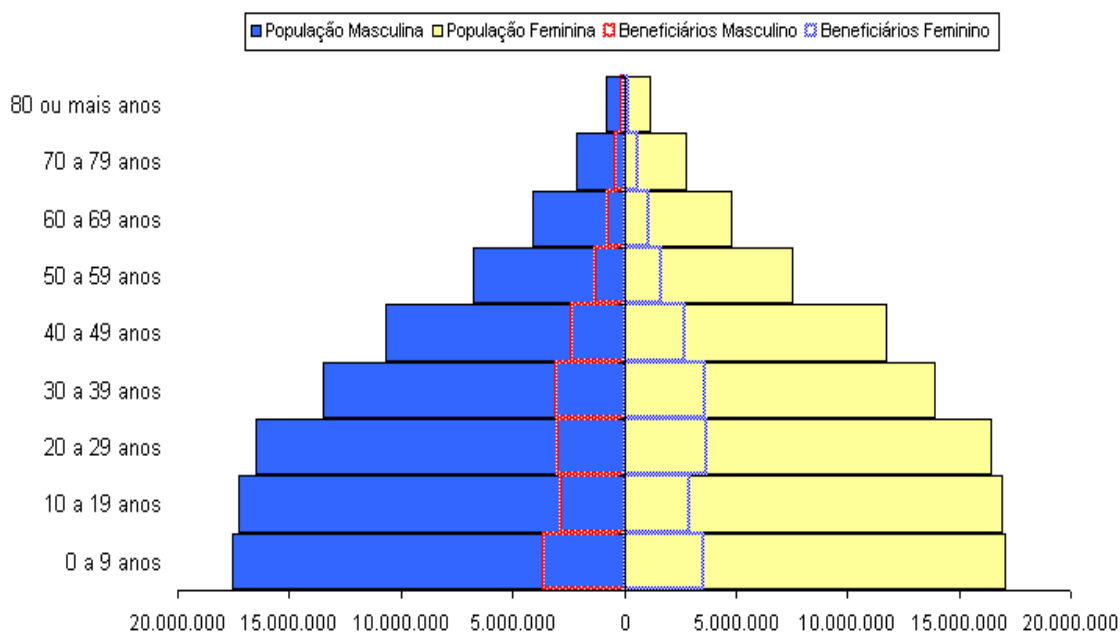
5.3.1.5 - Evolução da pirâmide demográfica dos beneficiários de planos

O setor saúde suplementar é responsável pelo atendimento à saúde de cerca de 22,7% da população brasileira (Cadastro da ANS – junho/05 – FIBGE, 2005). Malta & Jorge (2005) encontraram diferença significativa comparando a distribuição proporcional por faixas etárias da população geral e da população de beneficiários de planos de saúde, utilizando o teste de proporção. Esta diferença também é observada na distribuição por sexo. As figuras 4 e 5 apresentam as pirâmides etárias da população geral e da população de beneficiários de planos em faixas etárias decenais e por sexo nos anos de 2000 e 2005. A comparação das duas pirâmides mostra que:

- as mulheres predominam em todas as faixas etárias entre os beneficiários de planos de saúde, à exceção das faixas menores de 19 anos;

- a base da pirâmide dos beneficiários é sensivelmente mais estreita, enquanto o ápice é mais largo proporcionalmente à pirâmide da população geral, demonstrando que o setor de saúde suplementar concentra mais idosos proporcionalmente, e um número menor de crianças e jovens;

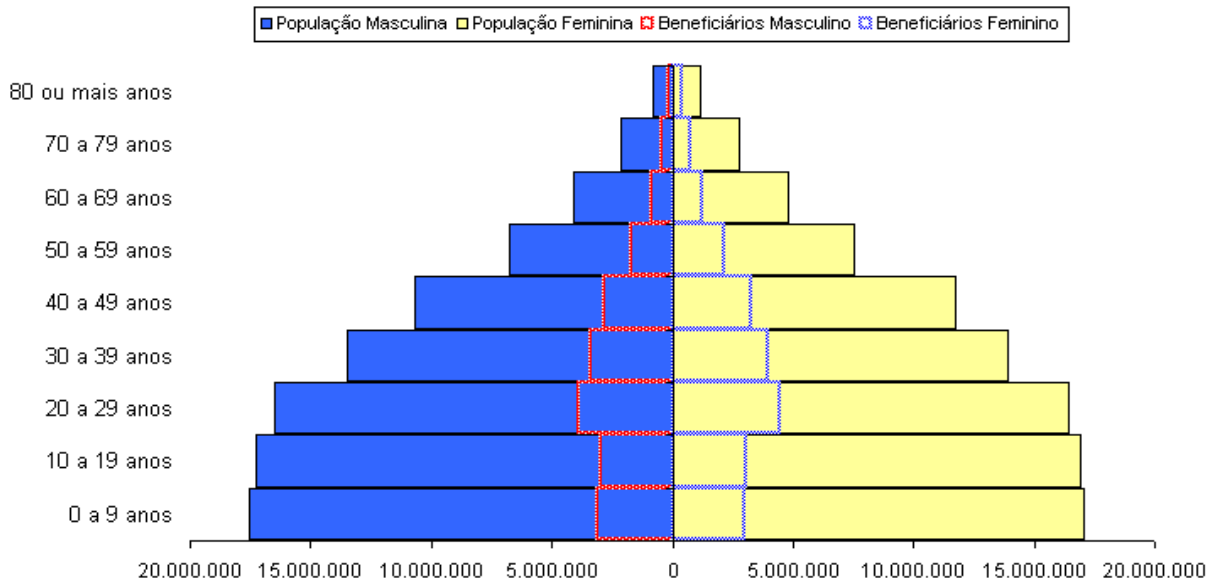
- as faixas etárias, onde está concentrado o maior número de beneficiários, são aquelas vinculadas ao mercado de trabalho, dos 20 aos 49 anos de idade.



Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 08/2005; População estimada por idade simples - IBGE/2004

Nota: Foram excluídos 112.684 beneficiários com idades inconsistentes.

Figura 4 - Pirâmide etária por faixas decenais da população geral e dos beneficiários de planos, Brasil, 2000



Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 08/2005

População estimada por idade simples - IBGE/2004

Nota: Foram excluídos 112.684 beneficiários com idades inconsistentes.

Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 08/2005

Figura 5 - Pirâmide etária por faixas decenais da população geral e dos beneficiários de planos, Brasil, 2005

5.3.1.6 - Comparação da distribuição proporcional por faixas etárias da população de beneficiários de planos de saúde em 2000 e 2005

Para comparar a distribuição proporcional da população de beneficiários de planos por faixas etárias, utilizamos o *software* STATA (2003) e utilizamos o Teste de Proporção para avaliar a igualdade das proporções entre amostras. Assim, testamos se as distribuições de faixas etárias da população de planos em 2000 e 2005, tinham proporções iguais ou se apresentavam diferenças entre si.

A população de beneficiários e a distribuição percentual e o resultado do Teste de Proporção se encontram na Tabela 6, que também apresenta os intervalos de confiança do Teste de Proporção das duas populações. Concluiu-se que existe diferença estatística na distribuição proporcional entre as duas populações em todas as faixas etárias.

Assim, observa-se que existe maior proporção de jovens (até 19 anos) na população de beneficiários de 2000. Na faixa de 20 a 29 anos, a população de 2005 tem maior proporção de beneficiários, correspondendo à entrada da força de trabalho jovem no mercado formal, o que pode se explicar pela ampliação da cobertura dos planos coletivos nesta faixa em 2005. A faixa de 30 a 39 anos tem maior proporção de beneficiários na pirâmide de 2000 e, em todas as faixas seguintes (40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais), inverte-se a tendência, havendo maior proporção na população de beneficiários de planos de saúde em 2005. Portanto, podemos afirmar que nos últimos cinco anos, após as medidas regulatórias, ocorreram mudanças na distribuição proporcional das faixas etárias da população de planos de saúde, reduzindo-se proporcionalmente a população de jovens (menores de 19 anos), aumentando-se a população de inserção recente no mercado de trabalho (20 a 29 anos) e aquelas acima de 40 anos. Estes efeitos podem ser explicados pelas medidas regulatórias que definem reajustes máximos entre as faixas etárias. Antes da regulação, as empresas tinham reajustes livres por faixas etárias (algumas praticavam até 32 faixas de reajustes entre os mais novos e os mais idosos). O CONSU, através da Resolução 06 de 04 de novembro de 1998 e a ANS, através da RN 63 de 22 de dezembro de 2003, definiram reajustes de, no máximo, 6 (seis) vezes entre os mais jovens e os mais idosos. Esta mudança se justificou para possibilitar o “pacto intergeracional”, quando os mais jovens “ajudam” no custeio dos planos dos mais idosos. Com isto, os planos ficaram mais caros para os mais jovens, o que refletiu nestes 5 (cinco) anos na redução proporcional dos jovens da população de planos e ampliou a participação proporcional das faixas acima de 40 anos. Observa-se ainda outro fenômeno importante, que é o aumento da população de (20 a 29 anos), que pode se explicar pela maior ampliação dos planos coletivos, cobrindo a população mais jovem recentemente chegada ao mercado de trabalho.

5.3.1.7 - Comparação da distribuição proporcional por sexo e faixas etárias da população de beneficiários de planos de saúde em 2005

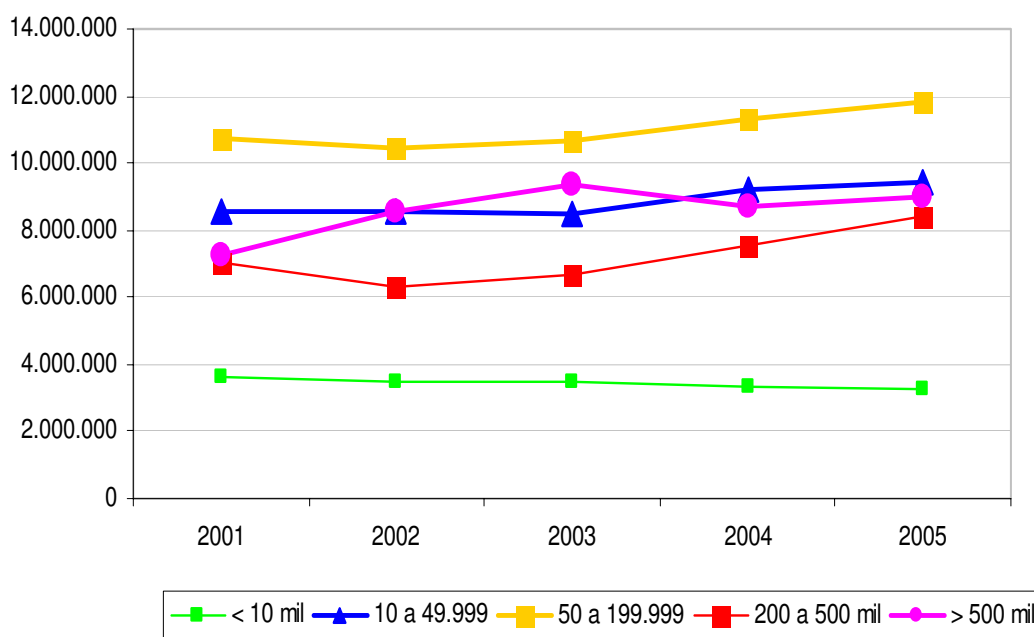
A Tabela 7 compara a distribuição proporcional dos beneficiários de planos de saúde em 2005 por sexo segundo faixas etárias decenais, aplicando-se o teste de proporção. Concluiu-se que existe diferença estatística na distribuição proporcional de gênero em todas as faixas etárias. Observa-se que existe maior proporção de homens até 19 anos. Nas faixas após 20 anos, as mulheres têm predominância em todas as faixas na população de beneficiários de 2005. As explicações para esta diferença precisam ser melhor exploradas, além do aumento da expectativa de vida. Observa-se também na rede SUS, maior predomínio nas mulheres nas internações e na procura de serviços ambulatoriais.

5.3.1.8 - Comparação da distribuição proporcional da população geral e da população de beneficiários de planos de saúde por faixas etárias

Concluiu-se que existe diferença estatística entre as duas populações em todas as faixas etárias. Assim, observa-se que existe maior proporção de jovens (até 19 anos) na população geral. Nas faixas seguintes (de 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais) inverte-se a tendência, havendo maior proporção na população de beneficiários de planos de saúde na população de adultos. As crianças e jovens têm menor cobertura nos planos de saúde, o que poderia ser explicado parcialmente pelo aumento do preço dos planos para estas faixas, reduzindo a participação destas na população de beneficiários. O aumento dos adultos pode ser explicado pela expansão dos planos coletivos. Portanto, a cobertura se ampliou na população adulta pela inserção no trabalho. Já o aumento dos idosos pode se explicar pela maior procura dos mesmos, temendo os custos crescentes da atenção médica e maior adoecimento desta faixa etária (moral hazard).

5.3.1.9 - Evolução de beneficiários por porte da operadora

Este indicador avalia a evolução dos beneficiários por operadoras entre 2001 a 2005 segundo o seu tamanho. Observa-se um decréscimo do número de beneficiários nas operadoras menores de 10 mil beneficiários (-2%). Todas as demais operadoras aumentaram o número de seus beneficiários, alterando sua participação percentual. As operadoras que reduziram sua participação relativa foram: entre 10 a 50 mil beneficiários com redução de 0,4% e aquelas entre 50 a 200 mil beneficiários tiveram redução de 0,2%. As operadoras que aumentaram sua participação relativa foram aquelas entre 200 a 500 mil beneficiários, com aumento de 1,2%, e aquelas maiores de 500 mil beneficiários tiveram crescimento de 1,9% (Tabela 9, Figura 6). Portanto, observa-se um aumento de beneficiários nas operadoras acima de 10 mil beneficiários, e aquelas de maior porte, acima de 200 mil beneficiários, aumentaram sua participação relativa.



Fonte: Sistema de Informação de Beneficiários

Figura 6 - Evolução do número de beneficiários de planos por porte da operadora, Brasil - 2001 a 2005

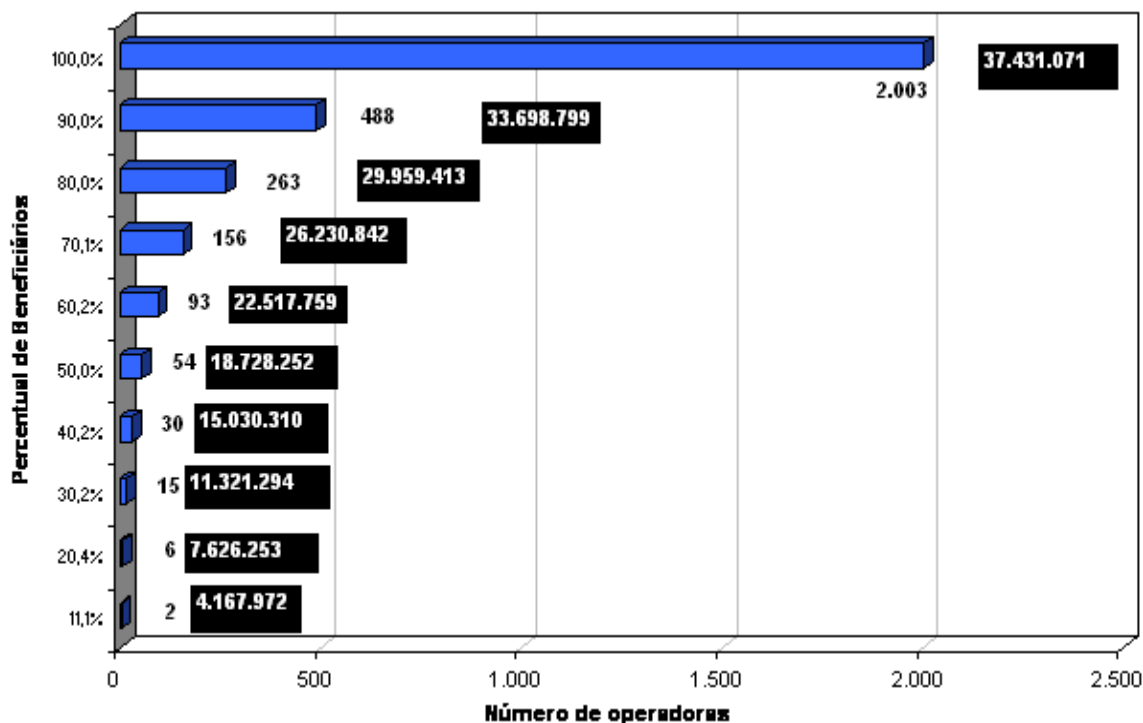
Tabela 9 - Evolução da distribuição percentual de beneficiários de planos por porte da operadora, Brasil - 2001 a 2005

Ano	< 10 mil	10 a 49.999	50 a 199.999	200 a 500 mil	> 500 mil
2001	9,73	23,00	28,90	18,89	19,47
2002	9,28	22,95	27,94	16,90	22,92
2003	9,10	21,91	27,64	17,18	24,17
2004	8,34	22,88	28,26	18,77	21,75
2005	7,73	22,56	28,19	20,09	21,43
Crescimento	-2,01	-0,43	-0,71	1,20	1,96

Fonte: Sistema de Informação de Beneficiários

5.3.1.10 - Curvas ABC

A curva ABC apresenta a distribuição das operadoras por *decis* de beneficiários de planos, mostrando se houve concentração ou não de operadoras no período. As duas curvas ABC apresentadas (2000 e 2005), mostram que entre 2000 e 2005, houve uma redução do número de operadoras ativas (com beneficiários), passando de 2003 operadoras no anos de 2000 para 1764 operadoras no ano de 2005. Em 2000, 263 operadoras detinham 80% do total de beneficiários. Em 2005 foram 276 empresas responsáveis pelos mesmos 80%, não ocorrendo grande variação nesta distribuição. Em 2000, 488 operadoras detinham 90% do total de beneficiários. Em 2005, foram 505 empresas responsáveis pelos mesmos 90% (Figura 7). Portanto, houve redução de pequenas operadoras no período conforme já mostrado na Tabela 9.



Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 08/2005

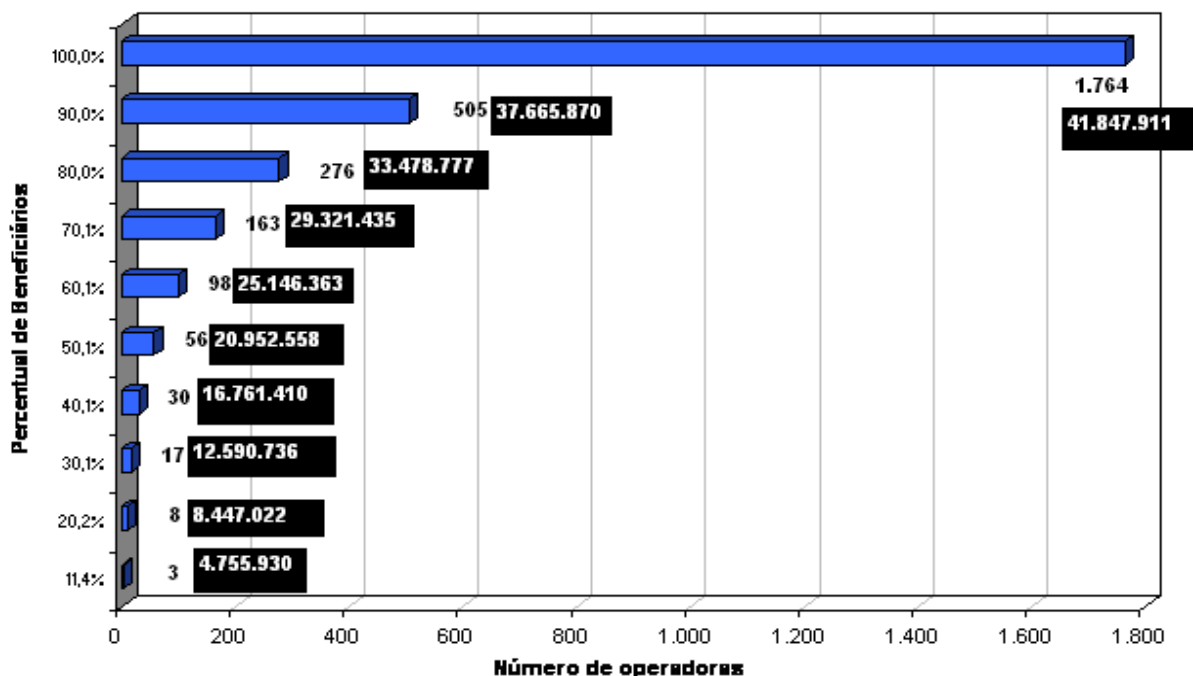
Cadastro de Operadoras/ANS/MS - 10/2005

Curva A: 263 operadoras (13,1% do total) detêm 80% dos beneficiários.

Curva B: 488 operadoras (24,4% do total) detêm 90% dos beneficiários.

Curva C: 2.003 operadoras (100% do total) detêm 100 % dos beneficiários.

Figura 7 - Curva ABC da distribuição de beneficiários entre as operadoras - 2000



Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 08/2005

Cadastro de Operadoras/ANS/MS - 10/2005

Curva A: 276 operadoras (15,6% do total) detêm 80% dos beneficiários.

Curva B: 505 operadoras (28,6% do total) detêm 90% dos beneficiários.

Curva C: 1.764 operadoras (100% do total) detêm 100 % dos beneficiários.

Figura 8 - Curva ABC da distribuição de beneficiários entre as operadoras - 2005

5.3.1.11 - Evolução anual da distribuição entre planos antigos e novos

A análise da distribuição entre planos antigos e novos torna-se muito importante frente ao entendimento de que os planos sujeitos à regulamentação da ANS são apenas os planos novos. Este fato pode ser apontado como a maior fonte de conflitos do processo regulatório: a convivência de dois “mundos”, com regras contratuais bastante distintas e possibilidades regulatórias também distintas. A decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) Nº 1931-98 impetrada pelas operadoras em relação a retroatividade dos efeitos da Lei 9656/98, reafirmou o princípio do “ato jurídico perfeito” e restringiu a atividade regulatória a questões gerais,

não especificadas nos respectivos contratos. Portanto, ficam por fora desta regulação, por exemplo, a fixação de reajustes, o rol obrigatório de procedimentos, dentre outros. Isto gerou beneficiários com direitos diferenciados e tem exigido o enfrentamento cotidiano entre operadoras, Judiciário, órgão de defesa do consumidor gerando uma grande área de conflito.

A Tabela 10 e Figura 9 mostram a distribuição percentual de planos contratados a partir da vigência da Lei 9656/98 (planos novos) e planos anteriores à lei (planos antigos). Importante destacar que essa migração, apesar de prevista em lei, se dá de forma voluntária a partir da opção do beneficiário.

Ocorreu inversão progressiva destes planos, crescendo a participação dos planos novos sujeitos à legislação específica e ao controle da ANS (preços, regras). Em 2000 estes planos representavam 37% do total dos planos de saúde. Em 2003 passaram a mais de 50%, chegando a cerca de 60% em 2005 (Tabela 10).

Tabela 10 - Evolução de beneficiários por vigência do plano, vinculados a planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia - 2001 a 2005

Ano	Antigo		Novo		Total
	N	%	N	%	
2001	23.366.769	63,04	13.698.628	36,96	37.065.397
2002	21.156.075	56,57	16.243.593	43,43	37.399.668
2003	19.204.681	49,72	19.422.952	50,28	38.627.633
2004	16.965.072	42,29	23.149.764	57,71	40.114.836
2005	16.463.634	39,34	25.384.277	60,66	41.847.911

Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 08/2005

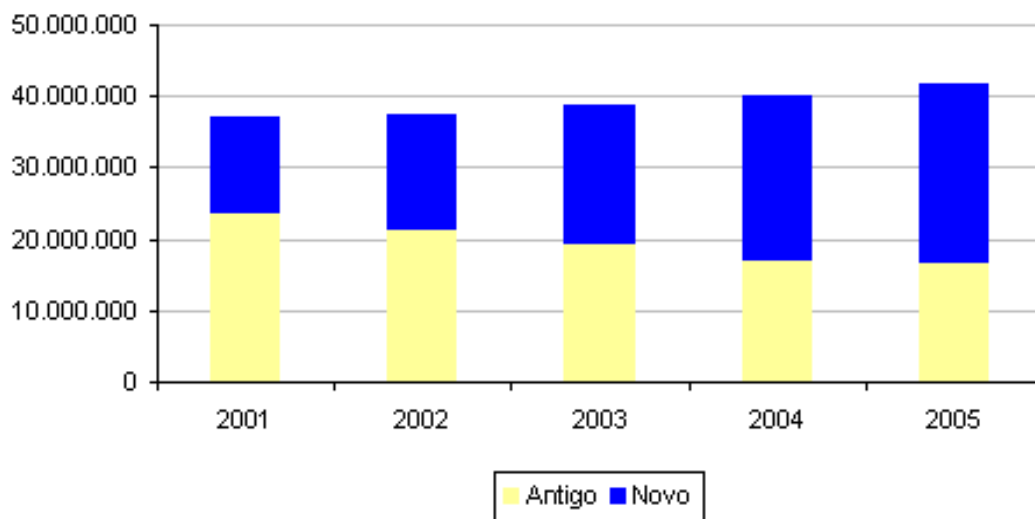
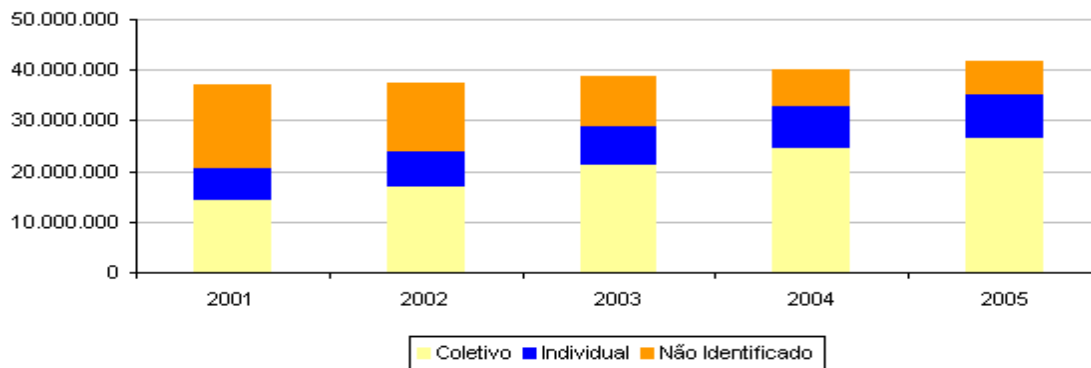


Figura 9 - Evolução de beneficiários por vigência do plano, vinculados a planos médico-hospitalares, com ou sem odontologia - 2001 a 2005

5.3.1.12 - Evolução anual da distribuição dos planos coletivos e individuais

A Tabela 11 e a Figura 10 apresentam os planos individuais, coletivos e não identificados. Estes últimos correspondem aos planos anteriores à lei, que não foram identificados quanto à caracterização de planos individuais e coletivos. Este tema corresponde a um dos efeitos mais visíveis da regulação que é o processo de coletivização da forma de adesão dos beneficiários aos planos de saúde.

Os planos coletivos passaram de 38,2% (2001) para 63,5% (2005). Os planos individuais passaram de 16,8% (2001) para 20,6% (2005). Os planos não identificados passaram de 45,0 (2001) para 15,8% (2005). Houve maior precisão do cadastro, em função da melhor identificação dos planos antigos quanto à caracterização dos planos coletivos e individuais. Isto explica em parte as alterações percentuais.



Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 08/2005

Figura 10 - Evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano -2001 a 2005

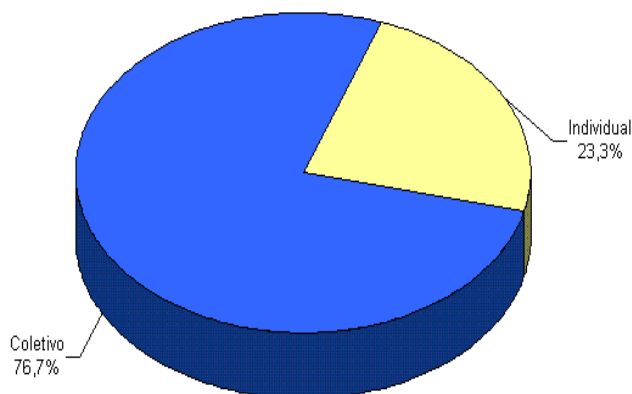
Tabela 11 - Evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano – 2001 a 2005

Ano	Coletivo	%	Individual	%	Não Identificado	%	Total
2001	14.148.895	38,17	6.232.545	16,81	16.683.957	45,01	37.065.397
2002	17.016.864	45,50	6.900.551	18,45	13.482.253	36,05	37.399.668
2003	21.062.519	54,53	7.616.620	19,72	9.948.494	25,75	38.627.633
2004	24.629.998	61,40	8.278.008	20,64	7.206.830	17,97	40.114.836
2005	26.596.270	63,55	8.624.563	20,61	6.627.078	15,84	41.847.911

Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 08/2005

A Figura 11 apresenta a distribuição entre os planos individuais e coletivos, fazendo uma projeção dos planos não identificados, supondo que estes teriam a mesma distribuição dos planos antigos quanto à distribuição entre os planos individuais e coletivos. A projeção mostra que os planos coletivos corresponderiam a 76,7% e os planos individuais a 23,3% do total dos planos.

O crescimento dos planos coletivos se deu, basicamente, pela precificação excessiva dos planos individuais novos por parte das empresas sob o discurso do “risco regulatório” (não interrupção unilateral do contrato, limitação do reajuste por mudança de faixa etária e controle do reajuste anual) e com o crescimento dos coletivos por adesão, onde o risco individual fica diluído numa “massa” maior de indivíduos.



Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 08/2005

Figura 11 - Beneficiários por tipo de contratação - 2005

Mais recentemente, as empresas têm acirrado seu marketing pelo cliente individual (mídia impressa, TV), exceto as Seguradoras. Este comportamento pode anunciar a retomada da venda dos planos individuais, permitindo inferir um processo de adaptação ao marco regulatório, principalmente a partir de sua estabilização.

5.3.1.13 - Regimes especiais

A Tabela 12 apresenta os dados dos regimes especiais, ou seja, formato de intervenção na ANS na operadora quando a mesma apresenta anormalidade, seja por incapacidade de pagamento, endividamento excessivo, patrimônio líquido negativo, negativa de atendimento, prestadores deixam de prestar atendimento, rede de serviços subdimensionada, dentre outros. Neste caso, a ANS intervêm diretamente na empresa para acompanhamento ou direção, são os chamados regimes especiais. São eles: direção técnica (quando a ANS acompanha a operadora na sua operação assistencial, indicando um diretor que sugere medidas para a correção das anormalidades detectadas), direção fiscal (a ANS acompanha os aspectos econômicos e financeiros da operadora visando reorientar os processos) e a liquidação extrajudicial, que destitui a direção da empresa e nomeia um liquidante. Esta última é medida extrema que visa transferir a carteira e organizar lista de credores, visando o pedido de falência da empresa.

A avaliação destes regimes especiais, ou da intervenção da ANS, busca verificar se a ANS tem conseguido retirar do mercado empresas sem condições de operação, bem como orientar processos de recuperação de empresas, tornando o setor mais seguro e transparente para os beneficiários.

Os regimes especiais totalizaram 256 intervenções no período de 2000 a 2005. Esses regimes foram assim distribuídos: 191 direções fiscais, 14 direções técnicas e 51 liquidações extrajudiciais (Tabela 12). Os regimes especiais totalizaram 256, abrangendo 2,2 milhões de beneficiários. Uma mesma empresa pode ter participado de mais de regime especial.

No período foram ainda solicitados 161 planos de recuperação para empresas com problemas econômicos, totalizando 5,5 milhões de beneficiários.

Tabela 12 - Tipos de regimes especiais por ano, 2000 a 2005

Tipo de regime especial	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Direção fiscal	02	14	72	30	19	54	191
Direção técnica	01	01	01	08	01	02	14
Liquidação extrajudicial	--	05	07	12	13	14	51
Total de regimes especiais	03	20	80	50	33	70	256
Planos de recuperação	11	104	16	14	10	06	161

Fonte: DIOPE/ANS até setembro/05

Dos 256 regimes especiais decretados, 67 resultaram em liquidação (26,1%), e continuam em direção fiscal outras 55 operadoras (21%). Outras 79 (30,1%) saíram do regime fiscal, atuando normalmente no mercado. As demais estão em andamento em algum tipo de regime especial.

Esse conjunto de possibilidades de acompanhamento e intervenção no setor tem se mostrado um fator importante para uma maior segurança dos beneficiários de planos de saúde frente ao processo de insolvência de uma parte significativa das operadoras do setor. Importante destacar que foram encontradas alternativas de transferência de todos os beneficiários de operadoras liquidadas.

5.3.1.14 - Ressarcimento ao SUS

O ressarcimento de procedimentos realizados pelo SUS em beneficiários de planos privados de assistência à saúde tem sido motivo de muita controvérsia desde a sua criação no Artigo 32 da Lei 9656/98. O ressarcimento constitui a face mais visível da relação entre o público e o privado (SUS e Saúde Suplementar) e tem sido questionado pelas operadoras, levando inclusive à alegação de sua inconstitucionalidade, tese esta não acatada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento da ADIN Nº 1931-98. As operadoras questionam ainda os valores da tabela de ressarcimento, a não cobertura contratual dos procedimentos, o direito/opção do beneficiário procurar um estabelecimento do SUS, e outros argumentos apresentados para não se efetuar o pagamento devido.

Na sua grande maioria, as empresas têm adotado todas as medidas administrativas e jurídicas para não pagarem o ressarcimento cobrado pela ANS. A primeira medida tem sido recorrer no âmbito administrativo de todas as cobranças efetuadas pela ANS. Vencida a etapa administrativa, têm buscado o Judiciário, inclusive com o depósito judicial.

As limitações impostas pela lei e a postura das operadoras descrita anteriormente têm comprometido a efetividade do ressarcimento do ponto de vista financeiro e como mecanismo de uma maior transparência na relação público e privado.

A Tabela 13 apresenta os resultados dos processamentos por cada lote de emissão, desde o início do processo em 1999 até o último lote de 2004. Ao todo foram identificadas 712.551 internações, com a cobrança de 238.554 (33,5% do total). O restante das identificações foi impugnado pelas empresas por diversos fatores, dentre eles: procedimento não coberto, procedimento realizado em período de carência, o beneficiário era homônimo do usuário do SUS, procedimento realizado fora da cobertura geográfica.

Das cobranças realizadas, 20% foram pagas totalizando R\$ 66.419.138,38 até outubro de 2005.

Durante o período se observa, a partir do 3º processamento de 2003, um aumento expressivo do número de identificações (cerca de 25.000 identificações por trimestre em 2001 para cerca de 44.000), mas isto ainda não significou um aumento proporcional do montante pago ou das cobranças apresentadas. Importante ressaltar que uma parte das identificações de 2004 ainda continua em processamento.

Outro ângulo de análise consiste na identificação da natureza das internações realizadas pelo ressarcimento, comparando o quadro de morbidade hospitalar das internações realizadas no SUS com o de beneficiários de planos. Desde as primeiras discussões a respeito do ressarcimento ainda no início da década de 90, falava-se de uma utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde, principalmente na alta complexidade. No entanto, o perfil identificado até agora não aponta nessa direção, sendo que nos procedimentos mais comumente encontrados entre as AIHs ressarcíveis, não se apresenta nenhum classificado como de alta complexidade, mesmo padrão encontrado nas internações gerais do SUS. Merece destaque a participação da psiquiatria nos procedimentos ressarcíveis e não nas internações do SUS. Isto se explica pela mudança de nomenclatura das internações psiquiátricas pelo SUS em 2004.

Duas hipóteses podem ser levantadas: a primeira seria que os beneficiários que utilizam o SUS são aqueles vinculados a planos de saúde que oferecem uma rede prestadora de serviços insuficiente ou inadequada; a segunda seria que o sistema de apuração não apresenta sensibilidade para a aferição da totalidade dos eventos ressarcíveis, deixando de apurar procedimentos ambulatoriais de alto custo (oncologia, hemodiálise, hemodinâmica, e outros) que são registrados nas Autorizações de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC).

A Tabela 14 apresenta os doze procedimentos mais freqüentes identificados nas cobranças emitidas até o último processamento de 2004. Os procedimentos são em ordem de importância: Parto normal (8,9%), cesariana (5%), e com menos de 3% a curetagem pós-aborto, entero-infecções, insuficiência cardíaca, tratamento em psiquiatria, crise asmática, diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica, pneumonia em adulto, crise hipertensiva, intercorrências clínicas de paciente oncológico, acidente vascular cerebral agudo. Portanto, os procedimentos mais freqüentes são de diagnóstico simples, não complexos e de baixo custo.

A tabela 15 apresenta os doze procedimentos mais freqüentes nas AIHs no SUS. São eles, em ordem de importância: parto normal (13,6%), cesariana (4,6%), e menos de 4%: pneumonia em adulto, insuficiência cardíaca, pneumonia em criança, curetagem pós-aborto, pneumonia do lactente, entero-infecções (clínica médica), entero-infecções

(pediatria), crise asmática, doença pulmonar obstrutiva crônica, acidente vascular cerebral agudo. Portanto, os procedimentos mais frequentes são muito semelhantes nas duas situações, reforçando a hipótese de que os beneficiários de planos de saúde utilizam o SUS para procedimentos de baixo custo e complexidade.

Tabela 14 - Procedimentos hospitalares mais frequentes realizados pela rede SUS e cobrados no ressarcimento no período de 1999 a 2004

Procedimentos cobrados identificados	Total	% de participação
Parto Normal	21.332	8,95
Cesariana	12.058	5,06
Curetagem pos Aborto	6.979	2,93
Entero Infecções	6.746	2,83
Insuficiência Cardíaca	5.698	2,39
Tratamento em Psiquiatria em Hospital Psiquiátrico – B	5.663	2,38
Crise Asmática	5.236	2,20
Diagnostico e/ou Primeiro Atendimento em Clinica Medica	5.170	2,17
Pneumonia em Adulto	3.344	1,40
Crise Hipertensiva	3.009	1,26
Intercorrências Clínicas de Paciente Oncologico	3.009	1,26
AVC Agudo	2.883	1,21
Outros Procedimentos	157.310	65,98
TOTAL	238.437	100,00

Fonte: Sistema de Controle de Impugnações DIDES/ANS

Tabela 15 - Procedimentos hospitalares mais freqüentes realizados na rede SUS - 2004

Procedimento identificado na AIH	Total	% de participação
Parto Normal	1.564.286	13,61
Cesariana	558.700	4,86
Pneumonia em Adulto	375.461	3,27
Insuficiência Cardíaca	352.901	3,07
Pneumonia em Criança	256.554	2,23
Curetagem pós-Aborto	243.998	2,12
Pneumonia do Lactente	223.930	1,95
Entero Infecções (Clinica Medica)	202.060	1,76
Entero Infecções (Pediatria)	190.973	1,66
Crise Asmática	187.772	1,63
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	180.957	1,57
AVC Agudo	177.663	1,55
Outros Procedimentos	5.417.931	47,14
TOTAL	11.492.883	100,00

Fonte: SIH/SUS

5.3.1.15 - Reclamações do Disque ANS

A ANS abriu um canal de contato direto com os beneficiários em 2001 por meio de um 0800 (sistema de ligação gratuita). Para poder interagir com os beneficiários, que demandaram a ANS por este meio, foi elaborada uma “árvore de resposta”, onde a atendente classificava a demanda por grandes grupos e respondia a demanda diretamente, ou a incluía em um sistema informatizado que passaria a fazer o acompanhamento dessa demanda dentro da Agência.

O acompanhamento das demandas classificadas pelos grandes grupos ao longo do tempo poderia dar indicações da efetividade do processo regulatório junto aos beneficiários. Duas questões se colocam: o desconhecimento dos beneficiários deste canal de comunicação e a sazonalidade de medidas tomadas, basicamente pelo Judiciário, principalmente em relação aos contratos antigos.

A Tabela 16 apresenta o número de demandas, não o de ligações, ocorridas desde 2002, divididas pelos grupos formatados na “árvore de resposta”. São apresentadas também as participações percentuais de cada um dos grupos, buscando se observar se ocorreram mudanças no período. Os dados de 2001 não foram incluídos porque o 0800 começou a funcionar no final do 1º semestre.

Um limite do sistema consiste no fato de não distinguir entre plano anterior e posterior à lei, dificultando uma análise mais fidedigna em relação a vários itens das demandas, pois questões como cobertura assistencial, contrato, aumento de mensalidades e outras são fortemente influenciadas por estes contratos serem anteriores ou posteriores à lei.

Tabela 16 - Demandas direcionadas a ANS, através do Disque ANS, 2002 a 2005

Tipo de demanda	2002	Part. %	2003	Part. %	2004	Part. %	2005*	Part. %
ANS	2	0,03	13	0,15	17	0,17	5	0,14
Aposentados, demitidos e exonerados	55	0,85	103	1,20	55	0,55	24	0,67
Aumento de mensalidade	1814	28,17	3288	38,23	3932	39,25	436	12,10
Carência	64	0,99	107	1,24	52	0,52	42	1,17
Cobertura Assistencial	737	11,44	1150	13,37	1046	10,44	594	16,49
Cobertura geográfica	12	0,19	13	0,15	9	0,09	11	0,31
Contrato e regulamento	534	8,29	738	8,58	1395	13,93	579	16,07
Doença ou lesão preexistente	523	8,12	555	6,45	412	4,11	292	8,11
Internação	36	0,56	44	0,51	23	0,23	16	0,44
Mecanismos de regulação	72	1,12	148	1,72	241	2,41	181	5,02
Operadoras e planos de saúde	710	11,02	801	9,31	450	4,49	289	8,02
Rede prestadora	1569	24,36	1416	16,47	2161	21,57	979	27,18
Reembolso	68	1,06	67	0,78	48	0,48	39	1,08
SUS	2	0,03	2	0,02	22	0,22	0	0,00
Temática nova	146	2,27	32	0,37	55	0,55	44	1,22
Urgência e emergência	96	1,49	123	1,43	119	1,19	71	1,97
TOTAL	6440	100,00	8600	100,00	10017	100,00	3602	100,00

Fonte: Disque ANS

OBS: *Só o primeiro semestre

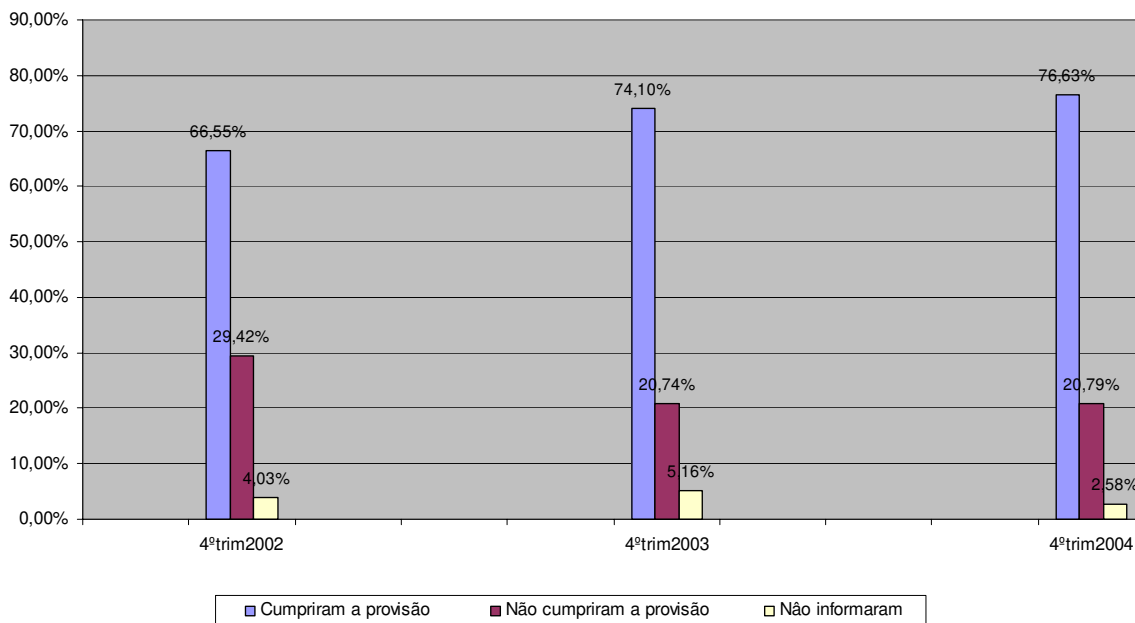
A maior participação percentual em todos os anos, à exceção de 2005, foi do grupo do “aumento de mensalidade”, seguido das demandas em relação a “rede prestadora”. Importante ressaltar que, no período, com a decisão do STF de 2003, as empresas promoveram grandes reajustes dos seus planos antigos em 2004 e que uma parte significativa das empresas promoveram redimensionamento de suas redes prestadoras de serviços.

5.3.2 - Regulação Econômica

A Figura 12 mostra o percentual de operadoras que se adequaram às provisões exigidas ou à constituição de reservas financeiras proporcional ao número de beneficiários. Conforme a RDC 77, modificada pela RN 14, a constituição de reservas deverá ser efetivada progressivamente ao longo dos anos.

Os dados se referem somente às empresas que alimentam os bancos de dados da ANS (1.164 operadoras no final de 2004), e mostram que as operadoras vêm se adequando progressivamente ao nível mínimo de reservas para a provisão de riscos. Tomando como base o último trimestre de cada ano analisado, observamos uma tendência de melhora das provisões (no 4º trimestre de 2002, 66,5% das empresas haviam cumprido com as exigências de provisão de risco. Este número chegou a 74,1% no último trimestre de 2003 e a 76,6% no 4º trimestre de 2004).

Estes resultados demonstram que as empresas estão se tornando mais capitalizadas. Como efeito benéfico, isto configura empresas mais sólidas, o que aumenta o grau de segurança dos beneficiários e dos prestadores de serviço, mostrando que a regulação econômica do setor tem resultado em efeitos benéficos ao setor.

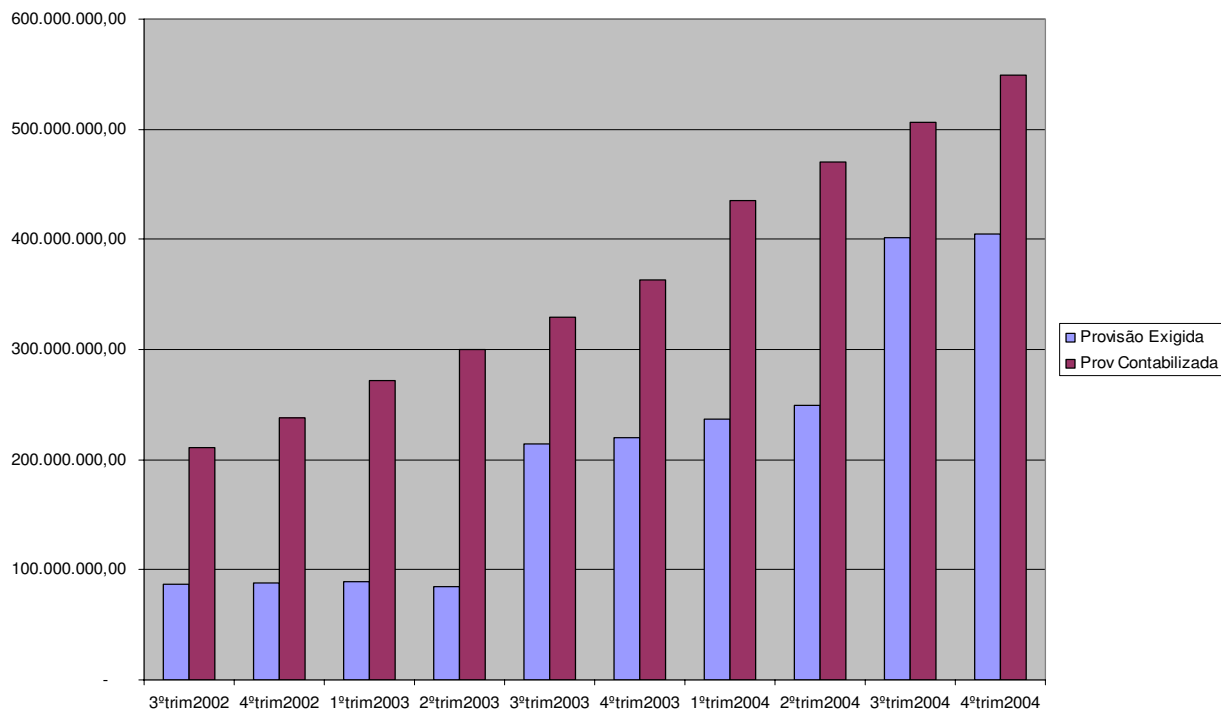


FONTE: DIOPS – Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras

OBS: *Apenas operadoras que informaram DIOPS

Figura 12 - Evolução do percentual de operadoras que se adequaram às provisões exigidas pela ANS, pelo último trimestre de cada ano, 2002 a 2004

A Figura 13 apresenta a evolução das exigências de provisão em volume de recursos e das provisões contabilizadas pelas operadoras (reserva que a empresa deve manter para fazer frente a despesas não rotineiras), segundo exigências da ANS. Tomando como base o último trimestre de cada ano, observamos que esta exigência que era de 87,5 milhões de reais em 2002 e passa a ser de 404,9 milhões em 2004. Já as provisões contabilizadas passam de 238,5 milhões de reais em 2002, para 549,4 milhões em 2004. As exigências de provisão cresceram 462%, enquanto as provisões efetivamente contabilizadas cresceram 230%. Esses números não registram as Seguradoras Especializadas em Saúde e as Autogestões Patrocinadas.

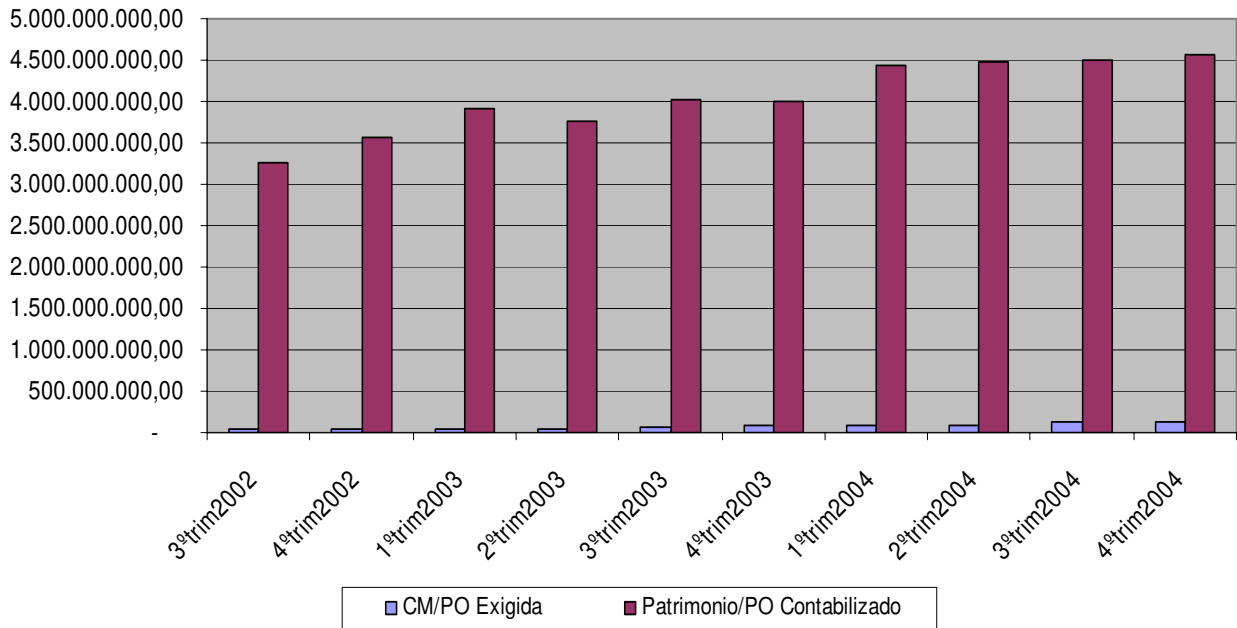


FONTE: DIOPS – Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras

OBS: *Apenas operadoras que informaram DIOPS

Figura 13 - Evolução trimestral da provisão de risco exigida pela ANS às operadoras, 2002 a 2004

A Figura 14 compara a exigência de capital mínimo, também chamado de provisão para operação, e o patrimônio contabilizado pelas empresas. Nesses números estão contabilizados os dados das seguradoras, o que acaba distorcendo a possibilidade de análise, pois estas estavam, desde quando reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), obrigadas a constituírem capital mínimo. De toda forma, se observa um aporte de cerca de 1(um) bilhão de reais em dois anos, reforçando a tese de um setor com um maior grau de segurança para os seus partícipes.



FONTE: DIOPS – Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras

OBS: *Apenas operadoras que informaram DIOPS

Figura 14 - Evolução trimestral da exigência de capital mínimo e provisão para operação e patrimônio capitalizado, 2002 a 2004

5.3.2.1 - Evolução da receita das operadoras

Este indicador possibilita o acompanhamento do volume de recursos financeiros que circulam anualmente no setor de saúde suplementar.

As operadoras, à exceção das Autogestões Patrocinadas por força de normativo específico (RE/DIOPE 01), enviam trimestralmente à ANS as suas receitas oriundas do pagamento dos seus beneficiários individuais e coletivos. A tabela 17 apresenta esses dados por modalidade das empresas, permitindo observar que modalidade vem apresentando variação nas suas receitas.

As receitas do setor acompanhado variaram 40,5% no período de 2001 a 2004, totalizando mais de 31,4 bilhões de reais em 2004, sem as receitas das Autogestões Patrocinadas. Uma parte das Cooperativas Médicas só passou a enviar os seus dados em

2005 estando, portanto, excluídas desse montante. Esses dados mostram que o setor como um todo apresentou um crescimento no seu faturamento semelhante à inflação acumulada no período. A inflação acumulada 2001-2004 do IPCA/IBGE (índice geral) foi 42,50% e do setor Saúde, no mesmo período, foi de 35,02% (JORNAL O GLOBO, 2005).

A renegociação dos contratos coletivos e o fato do índice de reajuste autorizado pela ANS refletir a média dessas negociações coletivas, ao lado da venda de novos contratos, são fatores que ajudam a explicar essa variação.

A modalidade que mais cresceu seu faturamento foi a Odontologia de Grupo (76,9%), seguida da Medicina de Grupo (66,3%). Chama a atenção a perda de faturamento no período da Filantropia (-12,9%). As Seguradoras apesar de apresentarem redução do número de beneficiários no período, cresceram seu faturamento em 44,4%, próximo à média do setor.

Tabela 17 - Evolução da Receita das Operadoras, oriunda das contraprestações pecuniárias, 2001 a 2004

Modalidade	2001	2002	2003	2004	Variação %
Operadoras	21.853.984.892	24.588.012.956	26.324.588.300	30.615.291.171	40,1
Médico-hospitalares					
Medicina de Grupo	6.428.813.338	8.573.510.110	9.641.781.285	10.691.581.567	66,3
Cooperativa Médica	8.426.229.933	7.802.956.121	8.478.436.858	10.471.912.450	24,3
Seguradora	5.264.940.490	6.224.944.448	6.603.698.533	7.600.898.687	44,4
Especializada Em Saúde					
Filantropia	1.160.986.382	1.360.597.505	906.566.991	1.011.439.223	-12,9
Autogestão	573.014.750	626.004.773	694.104.633	839.459.244	46,5
Operadoras	493.918.012	580.304.286	650.052.261	790.765.124	60,1
Exclusivamente					
Odontológicas					
Odontologia de Grupo	328.732.552	392.759.195	428.854.809	581.457.442	76,9
Cooperativa	165.185.460	187.545.090	221.197.452	209.307.681	26,7
Odontológica					
Total	22.347.902.904	25.168.317.242	26.974.640.562	31.406.056.294	40,5

Fonte: Diops/FIP - 06/2005

Nota*: Nas Autogestões não são incluídas as Autogestões Patrocinadas.

5.3.3 - Regulação Assistencial

Nesta dimensão, busca-se descrever e analisar as iniciativas e processos que vieram fundamentar a regulação assistencial. Os seguintes processos serão descritos e discutidos quanto a sua potencialidade: a) Rol de procedimentos e cobertura assistencial; b) Iniciativas de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças; c) Projeto de Qualificação.

5.3.3.1 - Rol de procedimentos e cobertura assistencial

A Lei 9656/98 trouxe, em relação à cobertura dos planos de saúde, uma nova compreensão, incluindo a obrigatoriedade do atendimento a todas as doenças do CID 10, e a edição de um rol mínimo de procedimentos. Esta foi, sem dúvida, a principal mudança no formato de regulação assistencial, ou seja, o entendimento de que a atividade assistencial das empresas não mais se limitava à observância do cumprimento contratual, mas ao atendimento das atividades assistenciais constantes no rol de cobertura integral, conforme previsto pela lei.

Ao se proibir exclusões de doenças, sejam crônicas ou infecciosas, ao obrigar o atendimento integral, inclusive com o uso de materiais, não haver limitação quantitativa de procedimentos ou tempo de internação, inclusive na UTI, estas medidas resultaram na ruptura do que estava acordado até então, ou seja, não mais cabiam as regras contratuais assinadas entre operadora e clientes. O modelo anterior gerava inúmeras exceções, contestações jurídicas, negação de atendimento e era, sem dúvida, o motivo de maior descontentamento do setor e mobilizou intensamente o governo para a regulamentação deste (BAHIA, 1999, FIGUEIREDO, 2002).

A adoção do rol de procedimentos resultou em novo formato de contratos e uma nova forma de operação para o setor de saúde suplementar, ou seja, a previsibilidade de gastos deixou de ser por um mecanismo de controle e passou a ser por um mecanismo de gestão da atenção à saúde. As atividades desenvolvidas por essa nova lógica regulatória irão impactar sobre as empresas e seus beneficiários de forma paulatina, à medida que amplie o número de pessoas com planos contratados a partir da vigência da lei. Portanto, a avaliação das mudanças provocadas até o momento pode ser caracterizada como uma avaliação de processos.

Pode-se afirmar que esta medida foi a mais importante no sentido de um novo ordenamento do setor. Entretanto, sua extensão ao conjunto dos beneficiários somente ocorrerá quando todos os planos assinados forem posteriores à lei, dado o entendimento do STF já discutido anteriormente, de que esta medida cabe somente aos planos novos.

Autores como CECÍLIO et al (2005), MALTA et al (2005), em pesquisas junto a operadoras e prestadores médicos e hospitalares, observaram as mudanças e a aceitação desta nova regra como sendo um avanço do setor, na perspectiva dos atores analisados. Segundo os autores, na percepção da maioria dos entrevistados, especialmente prestadores médicos e hospitalares, foram observados mudanças positivas como: ampliação da cobertura para atendimento a todas as doenças do CID 10, permanência dos pacientes no UTI pelo tempo necessário, não exclusão de patologias.

Outras iniciativas ainda geram polêmica, especialmente na visão das operadoras como a proibição de subsegmentação e a entrada de novas tecnologias sem cobertura atuarial.

A edição do rol de procedimentos e cobertura assistencial previu ainda outras alternativas terapêuticas, incluindo o trabalho multidisciplinar e o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção no escopo dos serviços prestados. Estas atividades ainda devem ser objeto de regulamentação específica pela ANS. Além disso, o rol de procedimentos se tornou um instrumento de regulação da incorporação tecnológica na saúde suplementar, pois a entrada de dado procedimento no Rol define a realização do mesmo, podendo ser uma fonte de tensionamento ou de negociação entre as partes.

5.3.3.2 - Iniciativas de promoção à saúde e prevenção de doenças induzidas pela ANS às operadoras

A compreensão de um novo formato de regulação assistencial exigiu da ANS novas iniciativas visando induzir a prática da promoção e melhores resultados. Um novo formato regulatório pressupõe inserir a regulação da atenção à saúde e não somente a econômico-financeira. O Projeto de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças insere-se neste contexto visando induzir estratégias/iniciativas para efetivação e operacionalização da denominada regulação assistencial na suplementar.

O Projeto de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças visa estimular nas empresas a incorporação das atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças. Em geral, essas atividades não faziam parte do rol de ações da grande maioria das operadoras.

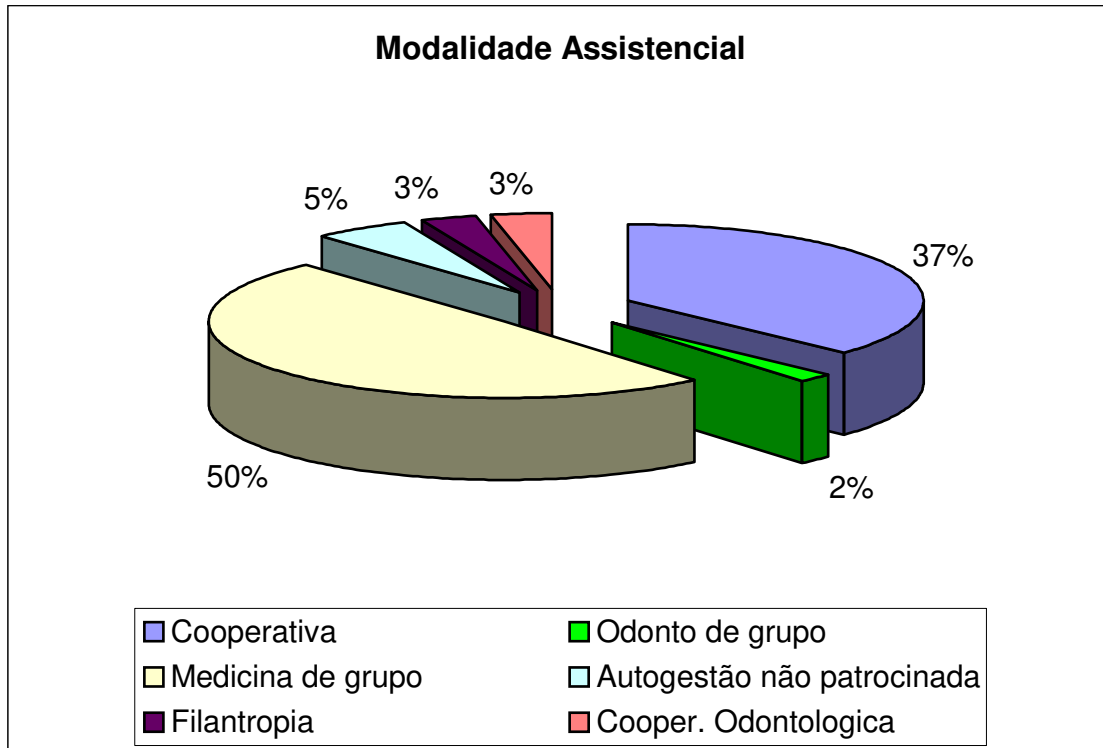
Foram duas iniciativas principais tomadas pela Agência Reguladora para trazer esta agenda para a pauta de discussão do setor:

a) A realização de um seminário de experiências bem-sucedidas em novembro de 2004. Foram inscritos mais de 80 trabalhos e selecionados 11 deles para serem apresentados como forma de induzir à adoção de novas práticas pelas operadoras.

b) A edição da Resolução Normativa 94 por parte da Diretoria Colegiada, que condicionou a extensão do prazo de constituição de reservas econômicas à apresentação de programas de promoção e prevenção. Os resultados desse processo são apresentados na Figura 15.

Esta medida visou a indução de práticas, estimulando as operadoras a adotá-las e, ao mesmo tempo, flexibilizando metas de constituição de reservas econômicas. A medida foi atendida pelo setor e diversos segmentos solicitaram a permissão desse diferimento. No primeiro momento, 214 operadoras atenderam à iniciativa, e sobressaem os segmentos Medicina de Grupo e Cooperativa Médica: Medicina de Grupo - 107 operadoras; Cooperativa Médica - 79 operadoras; Autogestão - 11 operadoras; Cooperativa Odontológica - 7 operadoras; Filantropia - 6 operadoras e Odontologia de Grupo - 4 operadoras. As Seguradoras não aderiram, o que pode se explicar pelo fato das mesmas já terem atingido a meta de constituição de reservas.

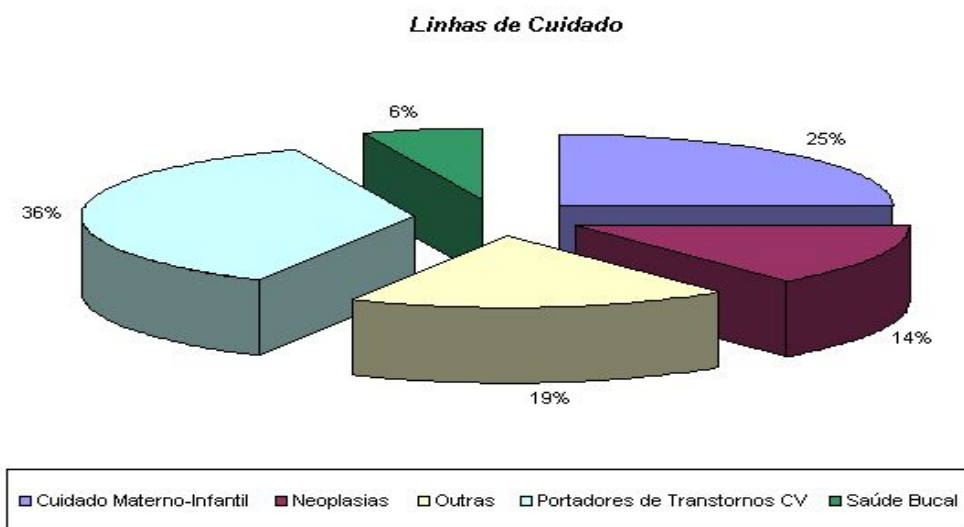
Portanto, visando tornar esta estratégia presente e consolidada com prática cotidiana das operadoras, uma iniciativa pode ser a avaliação e divulgação de experiências bem-sucedidas, o que pode funcionar como marketing de mercado, levando à disseminação de práticas.



Fonte: GGTAP/DIPRO

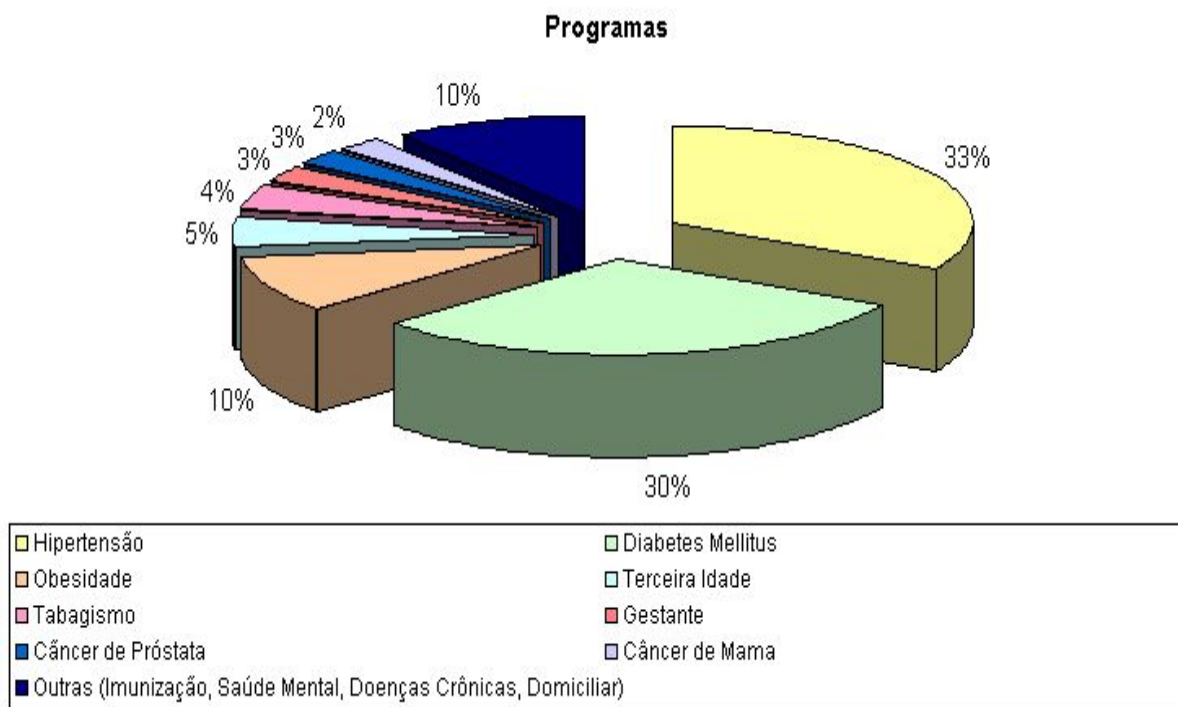
Figura 15 - Adesão dos segmentos da saúde suplementar aos programas de promoção/prevenção da ANS, 2005

As principais propostas de linhas de cuidado apresentadas foram relacionadas a portadores de transtornos cardiovasculares, cuidado materno-infantil, saúde bucal, neoplasias e outras, totalizando 442 propostas. Foram enviados 596 programas de promoção à saúde e prevenção de doenças nas 5 linhas de cuidados. O número de programas não é igual ao número de linhas porque uma operadora pode enviar mais de um programa por linha de cuidado (Figura 16).



Fonte: GGTAP/DIPRO

Figura 16 - Linhas de cuidado apresentadas pelas operadoras de saúde suplementar no programa de promoção/prevenção da ANS, 2005



Fonte: GGTAP/DIPRO

Figura 17 - Programas de promoção/prevenção apresentados pelas operadoras de saúde suplementar no programa da ANS, 2005

5.3.3.3 - Projeto de Qualificação

A compreensão de um novo formato de regulação assistencial exigiu da ANS novas iniciativas visando avaliar os resultados e a qualidade da assistência prestada. Neste contexto, em dezembro de 2004, foi apresentado o Projeto de Qualificação, entendido como um projeto totalizante do ponto de vista da análise global, pois avalia as várias dimensões (assistencial, econômica, estrutura e operação e a satisfação dos beneficiários) do funcionamento do setor.

Cada uma das dimensões participa da avaliação com um peso. Nesta fase do projeto, a dimensão assistencial tem um peso de 50%, a dimensão econômica de 30%, a dimensão da estrutura e operação de 10% e a satisfação do beneficiário de 10%. Para cada uma das dimensões foram eleitos indicadores que recebem uma pontuação de acordo com o nível de alcance da meta estabelecida.

Optou-se por apresentar aqui esta iniciativa pelo peso dado aos indicadores assistenciais na avaliação da qualidade da empresa.

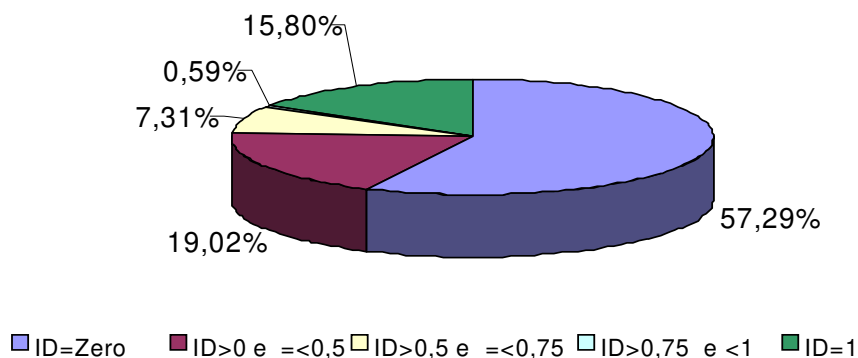
A dimensão assistencial é avaliada como indicador composto contendo indicadores da qualidade dos serviços prestados, tais como materno-infantil, oncologia, odontologia, atenção a doenças crônicas, dentre outros. Sua principal fonte de dados é o Sistema de Informação de Produtos (SIP) implantado em 2002.

Justamente pela inovação e o pequeno espaço de maturação desse sistema, é que encontramos as principais inconsistências das informações fornecidas pelas empresas. Também motivado por isto, o projeto de qualificação foi planejado num crescente, aonde outros indicadores serão agregados em cada uma das etapas do projeto. Com os resultados de 2003 e 2004 já processados, observa-se que uma grande parte das empresas não obteve pontuação nestes indicadores, o que se explica pelo não envio das informações, pela inconsistência das mesmas, ou pela performance nos diversos indicadores (menor número delas).

Os indicadores avaliados nestas duas etapas foram:

- Linha de cuidado do parto - proporção de parto cesárea, prematuridade, natimortalidade, transtorno materno e complicações do puerpério.
- Odontologia – periondontia, dentística, endodontia e procedimentos preventivos.

O processamento dos dados de 2003 mostra um grande número de operadoras com Índice de Desempenho Assistencial (IDAS) igual a zero (57,3), sendo que 97% delas por inconsistência das informações. Apenas 15,8% apresentavam a avaliação máxima.

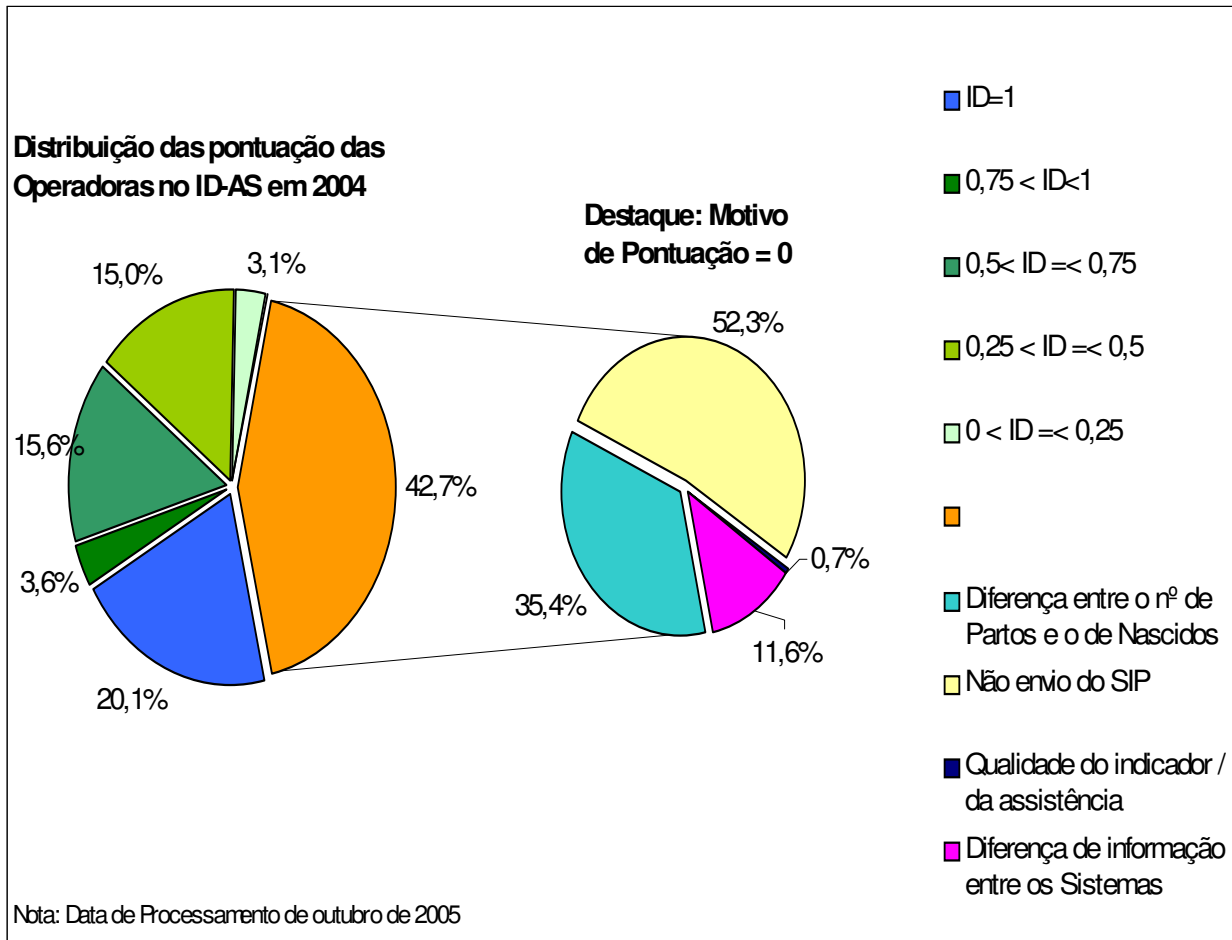


Fonte: GGTAP/DIPRO

Figura 18 - Distribuição das operadoras com resultado do Índice de Desempenho Assistencial no processamento referente aos dados de 2003

O processamento dos dados de 2004 já revela um número, apesar de ainda alto (42,7%), significativamente menor de empresas com IDAS igual a zero. Há que se destacar que, neste período, se mudaram algumas críticas no processamento, que podem ter influenciado em alguma medida esta diferença. As motivações para a avaliação mínima foram as mesmas: inconsistências das informações. O número de empresas com IDAS máximo chegou a 20,1%.

Pode-se afirmar que houve uma melhoria da qualidade das informações assistenciais entre os dois períodos analisados.



Fonte: GGTAP/DIPRO

Figura 19 - Distribuição das operadoras com resultado do Índice de Desempenho Assistencial no processamento referente aos dados de 2004

A Tabela 18 apresenta a performance das operadoras de um processamento para o outro. Os dados mostram uma grande variação de performance de um ano para o outro, mas com uma variação significativa de empresas que aumentaram o seu score nas duas mensurações, apesar de uma quantidade importante que tiveram piora de seus indicadores.

Tabela 18 - Projeto de Qualificação da ANS, variação da pontuação obtida pelas operadoras no Índice de Desempenho Assistencial, entre 2003 e 2004

Varição na pontuação de 2003 para 2004	Total de operadoras
aumentou de 0	201
aumentou de: $0 < id \leq 0,5$	254
aumentou de: $0,5 < id \leq 0,75$	20
aumentou de: $0,75 < id < 1$	1
TOTAL de operadoras que aumentaram o IDAS	476
diminuiu de 1	240
diminuiu de: $0,75 < id < 1$	6
Diminuiu de: $0,5 < id \leq 0,75$	74
diminuiu de: $0 < id \leq 0,5$	50
TOTAL de operadoras que diminuíram o IDAS	370

Fonte: GGTAP/DIPRO

A inclusão e o peso dado aos aspectos assistenciais são fatores que estão impactando na gestão das operadoras, inclusive em diferenciais de mercado, com o marketing de grandes empresas ressaltando os aspectos da gestão da saúde (Amil, Intermédica, Unimed Rio, Unimed BH, dentre outras). Ao mesmo tempo, permitem que as operadoras reconheçam o seu próprio perfil epidemiológico, podendo assim, planejar o seu processo de atenção à saúde, resultando num melhor atendimento aos seus beneficiários e uma maior previsibilidade dos seus custos assistenciais. A continuidade destes movimentos, induzindo novas estratégias que estimulem e propiciem a mudança e qualificação do modelo assistencial, pode ser benéfica ao setor.

Tabela 6 - Comparação da distribuição dos beneficiários de planos de saúde em 2000 e 2005 por faixas etárias decenais, segundo o teste de proporção

Faixas etárias	Beneficiários -2000		Intervalo de confiança	Beneficiários – 2005		Intervalo de confiança	P
	N	%		N	%		
0 a 9 anos	7165239	0,1923	.1920114 a .1925886	6080481	0,1457	.1454196 a .1459804	.0000
10 a 19 anos	5705902	0,1531	.1528045 a .1533955	6071921	0,1455	.1452195 a .1457805	.0000
20 a 29 anos	6669014	0,1790	.1787091 a .1792909	8352229	0,2001	.1998287 a .2003713	.0000
30 a 39 anos	6640359	0,1782	.1779089 a .1784911	7415888	0,1777	.1774249 a .1779751	.0072
40 a 49 anos	5022676	0,1348	.1345013 a .1350987	6071511	0,1455	.1452195 a .1457805	.0000
50 a 59 anos	2951858	0,0792	.0788919 a .0795081	3875618	0,0929	.092611 a .093189	.0000
60 a 69 anos	1828044	0,0491	.0487868 a .0494132	2084492	0,0499	.0496044 a .0501956	.0003
70 a 79 anos	967808	0,0260	.025683 a .026317	1244424	0,0298	.0295013 a .0300987	.0000
80 ou mais anos	312575	0,0084	.0080801 a .0087199	538663	0,0129	.0125987 a .0132013	.0000
TOTAL	37263475	1,0000		41735227	1,0000		

Fonte: SIB/GGINF/DIDES/ANS

Obs: Teste de proporção, cálculo do Intervalo de confiança e teste de P (STATA, 2003)

Tabela 7 - Comparação da distribuição dos beneficiários de planos de saúde em 2005 por faixas etárias decenais, por sexo, segundo o teste de proporção

Faixas etárias	Beneficiários 2005 – Masc.		Intervalo de confiança	Beneficiários 2005 – Fem.		Intervalo de confiança	P
	N	%		N	%		
0 a 9 anos	3098082	0,1583	.1578935 a .1587065	2982399	0,1345	.1341128 a .1348872	.0000
10 a 19 anos	3005150	0,1536	.1531923 a .1540077	3066771	0,1383	.1379136 a .1386864	.0000
20 a 29 anos	3905704	0,1996	.1992036 a .1999964	4446525	0,2006	.2002278 a .2009722	.0003
30 a 39 anos	3423363	0,1750	.1745975 a .1754025	3992525	0,1801	.1797231 a .1804769	.0000
40 a 49 anos	2833413	0,1448	.1443903 a .1452097	3238098	0,1461	.1457153 a .1464847	.0000
50 a 59 anos	1743551	0,0891	.0886771 a .0895229	2132067	0,0962	.0958042 a .0965958	.0000
60 a 69 anos	887441	0,0454	.0449669 a .0458331	1197051	0,0540	.0535951 a .0544049	.0000
70 a 79 anos	483218	0,0247	.0242624 a .0251376	761206	0,0343	.0338911 a .0347089	.0000
80 ou mais anos	185391	0,0095	.0090584 a .0099416	353272	0,0159	.0154875 a .0163125	.0000
TOTAL	19565313	1,0000		22169914	1,0000		

Fonte: SIB/GGINF/DIDES/ANS

Obs: Teste de proporção, cálculo do Intervalo de confiança e teste de P (STATA, 2003)

Tabela 8 - Comparação da distribuição da população geral e da população de beneficiários de planos de saúde por faixas etárias, em 2005, segundo o teste de proporção

Faixas etárias	População geral – 2005		Intervalo de confiança	Beneficiários 2005		Intervalo de confiança	P
	N	%		N	%		
0 a 9 anos	34647537	0,1908	.1906692 a .1909308	6080481	0,1457	.1454196 a .1459804	.0000
10 a 19 anos	34156783	0,1881	.1879689 a .1882311	6071921	0,1455	.1452195 a .1457805	.0000
20 a 29 anos	32877603	0,1811	.1809684 a .1812316	8352229	0,2001	.1998287 a .2003713	.0000
30 a 39 anos	27413211	0,1510	.150866 a .151134	7415888	0,1777	.1774249 a .1779751	.0000
40 a 49 anos	22436326	0,1236	.1234638 a .1237362	6071511	0,1455	.1452195 a .1457805	.0000
50 a 59 anos	14274244	0,0786	.0784604 a .0787396	3875618	0,0929	.092611 a .093189	.0000
60 a 69 anos	8935397	0,0492	.0490582 a .0493418	2084492	0,0499	.0496044 a .0501956	.0000
70 a 79 anos	4905524	0,0270	.0268566 a .0271434	1244424	0,0298	.0295013 a .0300987	.0000
80 ou mais anos	1939405	0,0107	.0105552 a .0108448	538663	0,0129	.0125987 a .0132013	.0000
TOTAL	181586030	1,0000		41735227	1,0000		

Fonte: SIB/GGINF/DIDES/ANS

Obs: Teste de proporção, cálculo do Intervalo de confiança e teste de P (STATA, 2003)

Tabela 13 - AIHs identificadas, deferidas, cobradas e pagas por ABI (número e valores)

Emissões de avisos de cobrança	Identificadas		Deferidas		Cobradas		Pagas	
	Número	Valores	Número	Valores	Número	Valores	Número	Valores
Fev/01 - Abr/01	26.897	36.060.516,96	10.863	15.363.155,90	14.054	18.355.451,82	3.237	3.538.681,29
Mai/01 - Jul/01	25.243	37.483.192,02	11.492	17.303.430,62	12.186	17.783.245,55	2.804	3.968.497,27
Ago/01 - Out/01	30.283	45.269.926,83	15.270	23.383.313,88	12.192	18.048.121,19	2.868	4.034.420,74
Nov/01 - Dez/01	19.325	27.608.187,48	10.092	14.831.078,21	7.735	10.854.844,91	1.683	2.235.601,47
Jan/02 - Mar/02	31.015	44.916.769,63	15.395	22.633.670,14	10.840	15.389.203,74	2.756	3.518.883,99
Abr/02 - Jun/02	30.266	44.321.431,16	14.909	22.711.168,02	7.548	10.663.250,02	2.493	3.183.362,32
Jul/02 - Set/02	32.967	49.917.313,66	14.346	21.534.564,22	14.647	22.819.087,62	2.986	4.344.445,66
Out/02 - Dez/02	34.850	54.830.319,43	16.885	26.554.399,80	12.089	19.113.621,77	2.016	2.811.641,84
Jan/03	11.930	19.378.081,91	6.197	10.233.525,39	4.436	6.862.052,46	749	1.092.879,34
Fev/03 - Abr/03	36.921	50.636.318,02	15.354	22.397.118,10	17.917	23.076.192,63	2.477	3.349.396,43
Mai/03 - Jul/03	41.414	61.779.126,39	14.422	22.379.153,39	14.271	20.448.340,00	2.562	3.678.371,16
Jan/04 - Mar/04	40.540	59.511.653,66	11.686	19.001.163,51	10.177	14.116.515,97	1.768	2.429.418,67
Abr/04 - Jun/04	44.169	64.387.234,59	12.703	19.879.044,35	8.919	12.301.148,64	2.109	2.942.419,88
Jul/04 - Set/04	50.504	70.800.688,49	13.258	19.296.031,53	8.624	11.794.640,95	1.855	2.438.329,74
Ago/03 - Out/03	43.627	64.043.807,33	13	12.190,71	0	0,00	0	0,00
Out/04 - Dez/04	44.467	63.327.685,92	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Reemissão	10.522	12.470.443,61	4.186	4.965.796,14	3.926	4.500.402,48	644	691.423,01
Revisão de Cobrança	15.529	22.067.916,63	7	4.420,45	0	0,00	0	0,00
Processamento de ABI pelos Gestores	47.506	68.056.705,52	1.223	1.838.764,87	6	2.295,52	0	0,00
Processamento pela RE 05	94.576	127.017.674,12	9.800	14.185.205,39	78.987	105.149.824,70	19.386	22.161.365,57
Total	712.551	1.023.884.993,36	198.101	298.507.194,62	238.554	331.278.239,97	52.393	66.419.138,38

Fonte: SCI/ANS/MS - 19/10/2005

Notas: Processamento pela RE 05 – até o ano 2000, o processamento era disciplinado pela Resolução Operacional 05 da DIDES/ANS

6 - CONCLUSÃO

Optamos por apresentar na conclusão deste trabalho uma abordagem das principais lacunas identificadas pelo autor no processo de regulação da saúde suplementar, e a discussão das principais mudanças ocorridas no período que possam ser atribuídas de alguma forma ao processo regulatório da saúde suplementar.

Podemos considerar que muito pouco se produziu em termos de avaliação sobre o processo regulatório da saúde suplementar até então. As avaliações, quando presentes, são bastante díspares. CATA PRETA (2004) apresenta textualmente:

Quando analisamos as Resoluções editadas pela ANS, a partir de 2000, fica nítido que a Agência deu continuidade e privilegiou o viés do consumidor, ampliando as coberturas e controlando preços, preferindo-o ao viés econômico-financeiro, que prioriza a solvência e a estabilidade econômica das operadoras (CATA PRETA, 2004).

Acrescenta ainda:

As ações adotadas pelo Governo Federal na regulação e regulamentação do setor em vez de fortalecê-lo, provocaram sua desestruturação, gerando redução da quantidade de usuários do sistema e uma insatisfação geral entre todos os atores (CATA PRETA, 2004).

SCHEFFER e BAHIA (2005) já identificam as principais insuficiências do processo regulatório brasileiro a partir de outra vertente: “...e as normatizações específicas da ANS que beneficiam as operadoras levam a crer que há ainda um longo caminho até a conquista da cobertura integral dos planos de saúde.”

SCHEFFER e BAHIA (2005), apesar de assinalar diferentes visões de limites, reconhecem o avanço do processo regulatório no país e assinalam: “Representou inequívoco avanço a regulamentação dos planos privados de saúde no Brasil, resultado da mobilização da sociedade civil, dos esforços governamentais e do trabalho legislativo.”

6.1 - Principais lacunas

Entendemos por lacunas os vazios regulatórios ou as iniciativas tomadas até então que foram insuficientes para responder aos objetivos do processo de regulação pública. Estas lacunas serão abordadas enquanto aspectos gerais e específicos do processo regulatório. Nos aspectos gerais, destacamos os aspectos concorrenciais e de transparência da operação no setor, a relação público e privado e a auto-suficiência do setor, o modelo de atenção à saúde, a existência de planos anteriores à regulamentação, a insuficiência de alguns Sistemas de Informações, os institutos públicos fora da regulamentação, dentre outros. Estes temas serão abordados a seguir, e em cada tópico discutiremos subtemas relacionados aos mesmos.

6.1.1 - Aspectos concorrenciais e de transparência da operação no setor

Uma das principais características do setor, no período da pré-regulação pelo Estado, era a sua heterogeneidade, seja econômica, seja assistencial. As operadoras apresentavam características totalmente diferentes nas várias questões referentes à performance econômica, como solvência, liquidez, endividamento, dentre outras. Nas características assistenciais, essas diferenças eram ainda maiores. O principal item de diferenciação era a cobertura das diferentes doenças e dos diferentes procedimentos. A limitação de procedimentos e de dias de internação também se apresentavam como aspectos de diferenciação entre as operadoras.

Um grande esforço foi feito para conferir uma maior transparência e para aprimorar os aspectos concorrenciais do setor. No entanto, persistem falhas importantes que dificultam, quando não impedem, a concorrência no setor de saúde suplementar. Algumas delas:

6.1.1.1 - Mobilidade com portabilidade

A possibilidade dos beneficiários de planos individuais e/ou familiares mudarem de uma operadora para outra está fortemente limitada pela necessidade de cumprirem novos períodos de carência. Esta limitação leva a uma falsa fidelização, deixando o beneficiário “refém” da sua empresa. Ao mesmo tempo, isso dificulta o processo da concorrência, pois o beneficiário não dispõe da mobilidade necessária.

O Fórum de Saúde Suplementar, realizado pelo Ministério da Saúde, ANS e Conselho Nacional de Saúde em 2003, e as recomendações da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), também de 2003, identificaram na mobilidade com portabilidade das carências já cumpridas, um importante fator para dar maior autonomia de movimentação aos beneficiários e de aprimoramento do processo concorrencial. Esta medida sempre contou com a oposição das operadoras, que argumentam a impossibilidade de sua operacionalização (CARVALHO E WESTENBERGER, 2003).

Oriundo da CPI, já tramita no Congresso Nacional um Projeto de Lei incorporando esta medida ao escopo da regulação atual, e sua aprovação, com regulamentação específica por parte da Agência reguladora, poderá ser um passo importante no sentido de dar aos beneficiários possibilidades de migração entre as empresas, aprofundando assim a concorrência do setor.

6.1.1.2 - Subprecificação

Todas as empresas, ao formatar um novo plano para oferecer no mercado, devem registrá-lo na ANS. Este plano é composto basicamente por três partes: a minuta do contrato, a rede prestadora de serviços e a precificação. A avaliação do preço é feita através de uma nota técnica elaborada por um profissional da área da Atuária, a chamada nota técnica atuarial. A capacidade da ANS de inibir o lançamento de planos com preço abaixo da possibilidade de operação, tem se mostrado um grande desafio, tarefa esta reclamada por todos os atores que militam no setor. As operadoras reclamam da competição desleal, as entidades médicas e hospitalares reclamam do preço pago aos prestadores, as entidades

de defesa do consumidor da armadilha que esses planos representam para os beneficiários. São produtos que rapidamente se tornam inviáveis, deixando os beneficiários sem a assistência prometida. A subprecificação tem sido reclamada entre os planos coletivos e entre os planos mais simplificados oferecidos à população de menor poder aquisitivo.

A avaliação da nota técnica atuarial com maior precisão por parte da ANS certamente minimizará este problema, apesar de não resolver as polêmicas resultantes, vide aquela criada pelo Departamento de Aviação Civil (DAC) quando da proibição das empresas de realizarem promoções de passagens aéreas com valores abaixo dos custos.

6.1.1.3 - Empresas clandestinas

Outra questão que apresenta queixas freqüentes é a operação de empresas clandestinas, não registradas na ANS. São empresas que operam planos de saúde sem cumprir as normas emanadas, com cobertura abaixo do rol mínimo, com rede prestadora localizada ou exclusiva, sem constituição de reservas financeiras, sem pagamento das taxas e/ou outras obrigações com a ANS. Por não cumprirem estes quesitos, ofertam planos de saúde com preço bastante abaixo do oferecido pelas empresas regularmente inscritas na ANS.

Essas empresas não sofrem fiscalização e só recentemente, há menos de um ano, passaram a sofrer intervenção e liquidação por parte da Agência.

Outro formato de atuação que tem trazido polêmica é o chamado cartão de desconto. Oferecido por diferentes empresas, desde operadoras exclusivas dessa modalidade, funerárias (através do plano família), operadoras de plano de saúde (proibidas de operar este formato por resolução da ANS) e outras, constitui-se em uma lista de prestadores onde o cliente consegue preços pré-fixados, normalmente numa tabela bem abaixo do praticado em consultórios e clínicas particulares. Esta última não é regulada pela ANS e por nenhum outro órgão.

Estas duas operações relatadas acima apresentam um impacto importante no setor, constituindo-se em elementos importantes que dificultam o processo da concorrência no setor. Uma ação mais efetiva junto ao Ministério Público e a proibição da operação dos cartões de desconto são questões essenciais para minorar este efeito sobre a concorrência do setor e para garantir um funcionamento mais transparente para o setor.

6.1.1.4 - As diferentes condições de segurança da operação

A heterogeneidade do setor também se mostra no grau de segurança que as diferentes modalidades de empresas apresentam. Obrigadas a constituir reservas financeiras pela legislação a que eram submetidas previamente à Lei 9656/98, as Seguradoras Especializadas em Saúde apresentam um lastro de reservas financeiras bastante diferenciado do restante do mercado. Dentre as outras modalidades de empresas existem diferenciações internas, com empresas que já constituíram as reservas mínimas preconizadas e empresas que não o fizeram. As Autogestões Patrocinadas, por já contarem com a retaguarda financeira do seu estipulante, é dispensada da constituição de reservas financeiras.

Estas diferenças de imobilização de capital também vão impactar de maneira diferenciada no modo das empresas se colocarem no mercado.

As regras de constituição de reservas prescritas pela ANS, além de serem bastante elásticas, estão longe de colocar um padrão aceitável para a grande maioria das empresas ativas no mercado.

Esse processo, com a devida parcimônia para não inviabilizar uma série de operadoras, deve ser continuado para constituir uma operação com maior grau de confiabilidade e segurança.

6.1.2 - Relação público e privado e a auto-suficiência do setor

Uma das grandes motivações dos militantes da reforma sanitária brasileira (entidades médicas, gestores do SUS, acadêmicos e outros), para defenderem a necessidade de uma regulação pública para o setor de saúde suplementar, foi a relação bastante obscura entre o setor público e o setor privado de saúde no Brasil. Questões como a renúncia fiscal e a utilização da rede assistencial do SUS pelos beneficiários de planos de saúde foram motivos de debate e de denúncias durante todo o período de tramitação da lei no Congresso Nacional.

Este tema sempre esteve em disputa, seja no momento pré ou pós-regulatório. Diversas forças buscaram influenciar esse processo regulatório onde duas visões se antagonizaram: a primeira, que defendia a extensão dos benefícios públicos para o setor por meio da manutenção das renúncias fiscais já existentes e a abertura de linhas de crédito subsidiadas para o setor; e a segunda, que defendia a publicização dessa relação, a instituição do ressarcimento ao SUS, o fim da dupla porta de entrada nos hospitais públicos e a necessidade do setor se tornar auto-sustentável, com a eliminação progressiva dos incentivos fiscais. Nenhuma das duas visões se tornou totalmente vitoriosa e a tensão dessa disputa persiste dentro do atual marco regulatório.

As atividades e ferramentas regulatórias efetivadas pela ANS ainda estão longe de alcançar, apesar de avanços significativos, os objetivos almejados por uma concepção de regulação pública.

6.1.2.1 - Efetividade do ressarcimento ao SUS

O ressarcimento, apesar de ser uma das questões mais requeridas pelos diversos segmentos que defendiam a necessidade de regulação por parte do Estado, é também um dos itens mais controversos do processo. Questionado juridicamente pelas operadoras, questionado no seu formato operacional pelos gestores do SUS e criticado por todos quanto aos seus resultados efetivos.

O futuro do processo de ressarcimento foi fortemente influenciado por algumas restrições previstas na própria lei: a necessidade da individualização da identificação dos beneficiários e dos procedimentos (como o SUS não individualiza uma série de procedimentos ambulatoriais, estes continuam fora do processamento), a necessidade da previsão contratual para que o procedimento fizesse jus ao ressarcimento (o padrão de exclusões dos planos anteriores à lei, tornaram esse processo extremamente complexo) e o fato do ressarcimento ser feito ao prestador e não ao gestor (as empresas questionam este fato, pois uma grande parte dos prestadores do SUS são também prestadores do setor de saúde suplementar, podendo então se utilizar o ressarcimento para prestar serviços para as operadoras sem fazer parte de sua rede credenciada, não obedecendo os seus mecanismos regulatórios).

Concebido inicialmente como um mecanismo de inibição da utilização do SUS pelas operadoras de planos de saúde, a operacionalização do ressarcimento previu uma tabela de valores específica e um processamento individualizado por procedimentos. Esse processo se revelou extremamente complexo e custoso, tanto para a ANS quanto para as operadoras. Partiu-se de duas fontes com muitas fragilidades, do ponto de vista das informações: as AIHs geradas pelo SUS, e o cadastro de beneficiários fornecidos pelas operadoras, para se fazer um cruzamento de bases de dados e, então, identificar os atendimentos passíveis de serem ressarcidos. Isto, combinado com as restrições de cobertura dos planos anteriores a lei, gerou um número bastante significativo de identificações passíveis de serem contestadas pelas operadoras.

Nesse processo de identificações, contestações administrativas, julgamentos, recursos, recursos judiciais e não pagamento é que se chega aos resultados até agora acumulados.

A efetividade do ressarcimento passa pelo conhecimento da totalidade da utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde (identificação da utilização ambulatorial), por uma mudança do seu marco legal, do reconhecimento da imbricação das redes assistenciais do SUS e do setor suplementar, do estabelecimento de um ressarcimento per capita, do monitoramento rigoroso da utilização excessiva da rede do SUS (definição de parâmetros aceitáveis) e a punição das empresas que recorrem a esse expediente.

6.1.2.2 - Mecanismos de avaliação e controle das redes assistenciais

As redes prestadoras de serviços assistenciais do SUS e da saúde suplementar apresentam uma série de serviços comuns (hospitais, rede de diagnose, ambulatórios especializados, e outros). Os mecanismos de controle e avaliação do funcionamento dessas redes são totalmente isolados e com critérios bastante diferenciados. As diversas formas de acesso desses serviços permitem e facilitam um “trânsito” entre os dois setores que influencia, de maneira importante, a equidade de acesso, principalmente dos usuários do SUS.

Os mecanismos de regulação impostos pelas operadoras e a falta de cobertura para procedimentos (plano somente ambulatorial, sem cobertura para o parto por exemplo) são fatores que levam beneficiários de planos de saúde a este trânsito privilegiado dentro dos hospitais privados contratados pelo SUS e pertencentes a redes assistenciais de operadoras.

Outra questão importante é o fato de em algumas modalidades de assistência, particularmente na urgência e emergência (destaca-se o grande trauma e os serviços de atendimento móvel de urgência), as operadoras não possuem redes capazes de fazer frente à demanda dos seus beneficiários. Do ponto de vista da escala e do custo envolvido, seria de se supor que a abertura desse tipo de atendimento por parte das operadoras seja efetivamente inviável, o que não significa que essa não seja uma forma de relação que necessariamente necessita ser explicitada e que provenha o financiamento ao SUS.

6.1.2.3 - Os hospitais públicos

Os hospitais públicos, principalmente os Universitários Federais, e o mais conhecido deles, o Instituto do Coração da Universidade de São Paulo (INCOR), abriram brechas nos anos 80 por meio de Fundações de Apoio, com o discurso da complementação de suas receitas para o atendimento a beneficiários de planos de saúde. A possibilidade desses hospitais oferecerem preços às operadoras diferenciados em relação aos outros hospitais privados, pois contam com uma série de subsídios (questões fiscais, remuneração de uma parcela dos seus recursos humanos, infra-estrutura

mantida com recursos orçamentários, além de outras), favorecem sua posição de captação de clientela. O resultado dessa iniciativa tem sido a gradativa diferenciação de clientela, com o alongamento de prazos de agendamento dos usuários do SUS e uma remuneração diferenciada para os profissionais que atendem pacientes oriundos da saúde suplementar.

6.1.2.4 - A renúncia fiscal

A renúncia fiscal está presente desde o nascedouro do setor privado de assistência à saúde no Brasil. Os incentivos fiscais dados na década de 60 a empresas privadas que oferecessem assistência a saúde de seus trabalhadores e familiares foram fortes impulsionadores dessa modalidade.

Essa renúncia se dá de diversas formas. A principal delas é a possibilidade dos indivíduos poderem abater as despesas com saúde na declaração de imposto de renda. Outra, também importante, é o fato das empresas empregadoras poderem lançar estas despesas com assistência à saúde como despesas ordinárias e com isso, reduzir o montante sujeito a desconto de imposto sobre o lucro líquido. Uma terceira, consiste no fato das entidades filantrópicas poderem operar planos de saúde, sendo este também beneficiado pelas isenções fiscais decorrentes do reconhecimento da filantropia.

Todas as questões discutidas acima demonstram que ainda estamos distante da concepção que o setor de sua saúde suplementar tem que ser auto-sustentável, eliminando assim as formas, ainda que indiretas, do Estado financiar uma parte de uma assistência, que por sua própria definição Constitucional, deveria ser opcional e autofinanciável.

6.1.3 - O modelo de atenção à saúde

Talvez esteja nesta discussão a principal polêmica de todo o processo regulatório. A proibição da segmentação dos planos (exclusão de doenças e limitações quantitativas de procedimentos) e a vedação da seleção de risco, com a instituição do conceito das doenças e lesões preexistentes, foram e continuam sendo fontes de inúmeros debates e reclamações das operadoras.

Também foram nessa área os principais avanços do ponto de vista de uma atenção mais integral para os beneficiários de planos de saúde. No entanto, persistem pontos desse modelo que ainda não responderam ao processo indutório da regulação.

6.1.3.1 - A remuneração por procedimentos e a fragmentação do cuidado

Pesquisas financiadas pela ANS (ANS, 2005) e processos rotineiros de acompanhamento do funcionamento das operadoras mostram que o formato de remuneração dos prestadores de serviços, feito por procedimentos – sejam ambulatoriais ou hospitalares – torna-se um importante fator de fragmentação do processo de atenção à saúde no setor. Baseado na lógica de que, quanto mais procedimento se produz mais se é remunerado, e de que, quanto mais procedimentos se evita menos se paga, sua operação cotidiana é perversa com o beneficiário, que perde o controle do seu próprio cuidado. O mecanismo de remuneração ainda favorece várias outras práticas já comprovadamente prejudiciais, como o parto cesárea, o excesso de exames para a diagnose, a execução de procedimentos desnecessários, a opção por procedimentos mais custosos, entre outros. Por outro lado, a tentativa das empresas em coibir a execução de procedimentos leva a outras práticas também prejudiciais, como a postergação da realização de exames de alta complexidade para a diagnose, a postergação de cirurgias eletivas, o direcionamento para sua própria rede, onde muitas vezes o médico assistente não faz parte de seu corpo clínico, dentre outras.

A mudança do formato de remuneração onde se privilegie o resultado alcançado e não o número de intervenções que foram realizadas continua sendo um grande desafio, mas que se implantado terá um forte impacto positivo na desfragmentação do cuidado e possibilitará um formato de relação onde todos estejam interessados na melhoria das condições de saúde do beneficiário atendido.

6.1.3.2 - O contrato como definidor da cobertura

O fato da cobertura assistencial ser definida por um contrato, particularmente nos planos anteriores a lei, por si só, já impacta o conceito da integralidade da atenção, como se fosse possível trazer todo o processo da atenção à saúde para uma relação de consumo. O desafio de incorporar numa relação contratualizada, individual ou coletivamente, toda a perspectiva de uma atenção integral, continua colocado para a regulação pública.

6.1.3.3 - A incorporação da promoção e prevenção

Apesar da promoção à saúde e prevenção de doenças já fazer parte do discurso e do marketing de diversas operadoras, esta prática ainda não conseguiu se estabelecer como uma das ações principais dentro do modelo de atenção dessas empresas. Um dos principais obstáculos é a sedimentação do modelo de operação anterior, e outro, a falta de “*expertise*” no setor. De toda forma essa é uma prática em expansão dentro do setor suplementar.

6.1.4 - A existência de planos anteriores à regulamentação

A regulamentação dos planos de saúde no Brasil em 1998 encontrou um mercado já bastante consolidado, com mais de 2000 empresas de diferentes modalidades e com formatos de operação totalmente distintos. Apesar de não existirem registros fidedignos à época, estimava-se cerca de 38 milhões de beneficiários. Os contratos eram também bastante diferenciados em todas as questões: formato de reajustes anuais e por faixas etárias, exclusões de doenças, próteses, limitações quantitativas de exames e dias de internação, e várias outras.

Sempre fez parte da intencionalidade regulatória a adaptação dos contratos desses beneficiários para planos que contemplassem os aspectos regulamentados pela lei e pelas normas infralegais emanadas pelo órgão regulador. Esta adaptação constava das

primeiras Medidas Provisórias, mas foi fortemente questionada, tanto pelas operadoras como pelos Órgãos de Defesa do Consumidor, que reivindicavam a manutenção dos contratos antigos baseados na argumentação de que, um “ato jurídico perfeito” celebrado entre dois entes privados, não poderia ser atingido por uma lei posterior. O governo cedeu a esta argumentação e numa das reedições da Medida Provisória retirou esta obrigatoriedade. A adaptação passa então a ser facultativa.

Em 2003, por meio do Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos, a ANS tentou promover uma adaptação coletiva e acelerar o processo de adaptação que vinha ocorrendo de forma gradual, mas lenta. O resultado dessa iniciativa foi, além de inúmeras ações na Justiça, bastante aquém das projeções iniciais. Porém, o processo de discussão que envolveu todo esse processo levou a uma aceleração da migração, sendo que no ano de 2004, mais de quatro milhões de beneficiários passaram a contar com planos posteriores a lei. Como apresentado antes, cerca de 60% dos beneficiários já estão em planos “novos”.

A existência de dois “mundos”, o chamado “mundo velho” e “mundo novo”, vem trazendo inúmeras dificuldades ao processo regulatório e criando um processo de judicialização na operação cotidiana do setor.

O desafio de migrar o maior número possível de beneficiários continua colocado como uma tarefa importante para estender a todos os benefícios da lei, e assim conseguir uma regulação pública mais efetiva.

6.1.5 - Insuficiência de alguns Sistemas de Informações

Talvez onde se tenha observado o maior avanço da Agência reguladora tenha sido na sua capacidade de capturar, armazenar, processar e analisar as informações do setor de saúde suplementar. A ANS formatou e operou diversos Sistemas de Informações durante este período, e possui maior quantidade e qualidade de informações. No entanto, persistem diversos problemas nos seus Sistemas que merecem ser avaliados.

O sistema que dá suporte à Central de Relacionamento da ANS (0800 – Disque ANS) não está estruturado como um sistema gerencial e não consegue fornecer relatórios que suportem a evolução do processo regulatório, a partir do ponto de vista do beneficiário. Por exemplo, ao não diferenciar se a demanda é originária de um beneficiário de um plano anterior ou posterior a lei, perde a oportunidade de um acompanhamento dos reflexos da regulamentação sobre o perfil das queixas registradas.

O sistema que acompanha as informações assistenciais, Sistema de Informação de Produtos (SIP), ainda apresenta várias inconsistências (vide o número de empresas com informações assistenciais inconsistentes no projeto de qualificação). O sistema se confronta com a falta de tradição das operadoras em trabalharem com informações assistenciais. Nos seus três anos de existência, passou por vários processos de aprimoramento e introdução de novas críticas. A introdução de novos indicadores e novas críticas a partir de 2005, certamente vai aprimorar as suas informações e vai torná-lo um instrumento mais confiável para o acompanhamento do perfil assistencial das operadoras dentro do projeto de qualificação.

O Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) foi o que sofreu o maior processo de aprimoramento desde a sua implantação. No entanto, por não existir um número identificador único, não consegue evitar a duplicação dos beneficiários dentro do sistema, caso este possua mais de um plano de saúde. Portanto, se torna mensurável o número de adesões e não o número de beneficiários. A falta de informações dos planos anteriores a lei, também impactam negativamente na qualidade das informações geradas.

O sistema de acompanhamento do ressarcimento reflete os próprios problemas do processamento. Com isso, não tem sido um instrumento para os gestores estaduais e municipais no monitoramento das relações entre o setor público e o setor privado nas suas realidades locais.

O Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), que permite o acompanhamento da performance econômica das operadoras, apesar de solicitar informações auditadas, não incorpora as informações das Autogestões Patrocinadas e sofreu, durante todo este período, a resistência de uma parcela

significativa das Cooperativas Médicas em enviarem os seus dados. A partir de 2005, com a incorporação de um formato alternativo para as Autogestões e com a assinatura de Termos de Ajustamento de Conduta (TAC) por parte das UNIMEDs, o DIOPS caminha para se tornar um sistema mais completo e fidedigno.

6.1.6 - Os institutos públicos fora da regulamentação

Diversos Estados brasileiros (Goiás, Rio Grande do Sul, Paraná, Minas Gerais, Bahia e outros) mantêm assistência suplementar à saúde para os seus funcionários e familiares. Estima-se que hoje, mais de cinco milhões de pessoas estejam vinculados a estes institutos públicos. A forma de financiamento dessa assistência é oriunda de recursos dos orçamentos estaduais e contribuição dos servidores. Esses institutos não são regulados pela ANS e sim pelo Ministério da Previdência Social.

Os planos oferecidos por estes institutos não obedecem ao definido pela Lei 9656/98 e apresentam várias limitações e exclusões, e alguns deles, com a figura do agregado, vêm comercializando planos de saúde fora do funcionalismo público, com financiamento integral do novo filiado. Esses planos são oferecidos a baixo custo e representam um grande problema atuarial para o futuro dessas instituições.

6.2 - As principais mudanças a partir do processo regulatório

Parte das insuficiências identificadas são retratos de processos em andamento que também provocam efeitos positivos na operação do setor da saúde suplementar. Analisaremos agora alguns aspectos que podem ilustrar esse processo, juntamente com outros que podem ser considerados impactos positivos do processo regulatório dentro da perspectiva da regulação pública.

6.2.1 - A reorganização da rede prestadora de serviços

O processo de reorganização da rede assistencial tem obedecido a duas lógicas distintas: de um lado, a racionalização com a busca da redução dos custos assistenciais, e do outro, a busca de uma rede melhor qualificada. Para isto, as operadoras têm reduzido as suas redes, substituído prestadores e renegociado formas de pagamento. O efeito desse processo tem sido um processo de reordenamento com muitos conflitos. Isto, de alguma forma, corrobora a discussão de que uma parte significativa do ajuste promovido pelas operadoras no período pós-regulamentação se deu no controle e enxugamento de sua rede prestadora.

6.2.2 - Regras de entrada e saída de empresas do setor

Esta medida disciplinou a verdadeira “ciranda” existente no momento pré-regulatório e resultou na redução do surgimento de novas empresas. Uma melhor oferta de operadoras, mais sustentável e capaz de atender às exigências legais, resultou em um mercado mais “saudável”.

Paralelamente, o cadastro de operadoras tem melhorado o registro das empresas ativas e daquelas canceladas. O aumento de cancelamento do registro resulta tanto da solicitação das empresas, quanto da operação de liquidação realizada pela Agência no período. Portanto, esta melhoria também revela a melhor atuação da regulação no período.

6.2.3 - O número de beneficiários de planos de saúde

Nos primeiros anos, a redução do crescimento dos planos médico-hospitalares foi atribuída pelas operadoras ao processo regulatório, notadamente à impossibilidade de se subsegmentar o produto, ou seja, oferecer planos que não tivessem a cobertura integral (MALTA, et al, 2005). A regulação pode ter influenciado neste processo. Entretanto, outros fatores contribuíram mais notadamente, como a crise econômica, com a diminuição da capacidade de pagamento das pessoas e das empresas compradoras nos anos 90 e início

dessa década. O crescimento observado após 2004 (4,3%) pode ser explicado pela retomada do crescimento econômico e do emprego, mas também pela adaptação das operadoras às novas regras do mercado.

Pelos dados, poderia se dizer que o setor que melhor se adaptou ao processo regulatório foram as Cooperativas Médicas, enquanto as Seguradoras Especializadas, foram as que tiveram o maior impacto negativo. Isto poderia ser imputado a vários fatores, mas certamente a capacidade de, num momento de ajuste, controlar a sua rede prestadora e ter flexibilidade para adaptação ao novo momento são características vitais para se fazer o enfrentamento da nova situação.

Em síntese, podem ser buscadas diversas hipóteses para explicar este movimento no mercado, já que se trata de migração interna dentre os diferentes segmentos. As cooperativas ampliaram sua participação em detrimento das seguradoras. Uma das explicações deve-se ao aumento da competitividade do mercado, outra à ampliação do marketing empresarial, à disputa pelos planos coletivos, à redução de custos, resultando em planos de menor custo e de mais fácil comercialização, mais competitivos. Podem ter ocorrido diversos fatores na explicação deste movimento, desde a ampliação de mecanismos microregulatórios levando à redução de custos, o investimento na ampliação da rede própria, a redução de rede de serviços, os mecanismos de direcionamento para redes de menor custo, a adaptação ao mercado local, acordos locais com prestadores de menor custo, marketing local dirigido a segmentos e comparadores específicos, resultando na oferta de planos de menor custo. Estes fatores podem explicar esta “acomodação interna”. As Cooperativas por serem singulares e se adaptarem ao mercado local puderam se movimentar mais rapidamente e se adaptar às novas regras, tornando-se mais competitivas.

6.2.4 - A pirâmide etária dos beneficiários

Podemos afirmar que nos últimos cinco anos, após as medidas regulatórias, ocorreram mudanças na distribuição das faixas etárias da população de planos de saúde, reduzindo-se a população de jovens (menores de 19 anos), aumentando-se a população de

inserção recente no mercado de trabalho (20 a 29 anos) e aquela acima de 40 anos. Estes efeitos podem ser explicados pelas medidas regulatórias que definem reajustes máximos entre as faixas etárias. Com isto, os planos ficaram mais caros para os mais jovens, o que refletiu nestes cinco anos na redução proporcional dos jovens na população de planos, e ampliou a participação proporcional das faixas acima de 40 anos. Observa-se ainda outro fenômeno importante, que é o aumento da população de (20 a 29 anos) que pode se explicar pela maior ampliação dos planos coletivos, cobrindo a população mais jovem recentemente chegada ao mercado de trabalho.

6.2.5 - A concentração do setor

Observa-se um aumento de participação das operadoras acima de 10 mil beneficiários e aquelas de maior porte, acima de 200 mil beneficiários, aumentaram sua participação relativa. Pode-se afirmar que o processo de concentração do mercado, aliás, de um mercado que já era fortemente concentrado, vem se dando de forma paulatina e está presente, principalmente, na dificuldade das pequenas empresas (menos de 10.000 beneficiários) se adaptarem ao marco regulatório, particularmente na formatação de planos novos com a cobertura integral.

6.2.6 - A migração para planos posteriores à lei

A progressiva predominância de planos posteriores à lei traz com ela a possibilidade de um funcionamento menos conflituoso nesse mercado, na medida em que as regras estão sendo cumpridas. Permite ainda um acompanhamento muito mais eficiente, por parte do órgão regulador, na medida em que todos esses novos produtos estão registrados e autorizada a sua comercialização. Possibilitam também as operadoras planejarem melhor a sua atividade, seja do ponto de vista assistencial, seja comercial.

6.2.7 - A coletivização do processo de compra de planos de saúde

A forma de contratação coletiva sempre predominou no Brasil. O que se observou no período pós-regulatório foi o incremento dessa tendência. O crescimento dos planos coletivos se deu, basicamente, pela precificação excessiva dos planos individuais novos por parte das empresas com o discurso do “risco regulatório” (não interrupção unilateral do contrato, limitação do reajuste por mudança de faixa etária e controle do reajuste anual) e com o crescimento dos coletivos por adesão, onde o risco individual fica diluído numa “massa” maior de indivíduos.

6.2.8 - A capacidade de acompanhamento do setor por parte da ANS

O principal instrumento de regulação construído no processo regulatório foi a possibilidade de se acompanhar o setor através dos diversos Sistemas de Informações constituídos no período. Estas informações de caráter assistencial, econômico e da estrutura e operação do setor possibilitaram ao órgão regulador, aos pesquisadores, à mídia, e aos atores regulados um conjunto de possibilidades de acompanhamento.

O processo de intervenção no setor (direções técnicas e fiscais, planos de recuperação e liquidações) tem se mostrado um fator importante para uma maior segurança dos beneficiários de planos de saúde frente ao processo de insolvência de uma parte significativa das operadoras do setor. Importante destacar que foram encontradas alternativas de transferência de todos os beneficiários de operadoras liquidadas.

6.2.9 - A segurança do setor

Uma das questões que se colocou na gênese da necessidade de se regular o setor de saúde suplementar brasileiro foi a ausência de mecanismos prudenciais (capital mínimo, reservas técnicas, provisões de risco) nas operadoras naquele momento. A falta de capital mínimo, de reservas constituídas, de contratualização com a rede prestadora de serviços, em conjunto com a possibilidade de rompimento unilateral dos contratos, constituía um panorama de bastante insegurança para todos os atores do mercado.

As regras estabelecidas para cada um dos itens referidos se constituíram em passos importantes para reduzir esse grau de incertezas na operação do setor.

Os resultados econômicos apresentados no Capítulo 4 demonstram que as empresas estão se tornando mais capitalizadas. Como efeito benéfico, configura-se empresas mais sólidas, o que aumenta o grau de segurança dos beneficiários e dos prestadores de serviço, mostrando que a regulação econômica do setor tem resultado em efeitos benéficos ao setor.

Por fim, na nossa percepção, se o processo regulatório não conseguiu alcançar e provocar mudanças em todos os aspectos referidos como problemas no período pré-regulatório, trouxe avanços importantes em todas as dimensões que compõem o setor de saúde suplementar brasileiro. Esta perspectiva de se regular os diversos aspectos, extremamente polêmica no início do processo, se revelou apropriada ao longo do período. Isto não significa que grandes questões ainda não necessitem serem enfrentadas.

Nas agendas colocadas temos a regulação da relação público/privado como sendo um desafio político e técnico para todos os que defendem um sistema de saúde universal e integral, que busque a equidade. A disputa em questão é entre a visão de um sistema suplementar auto-sustentável, com a característica de, nele só permanecer, empresas e beneficiários, coletivos ou individuais, com capacidade econômica de se sustentar; e a posição de se permanecer e incrementar os subsídios públicos seja de forma direta, ou indireta, para essa operação privada.

A mudança do modelo assistencial praticado pelo setor suplementar é outro desafio para o próximo período. Para isso é necessário superar a visão da intermediação exclusivamente econômica, da assistência se dar por uma seqüência de procedimentos com uma clara fragmentação da linha do cuidado, da remuneração dos prestadores estar centrada no número de atos e materiais utilizados. São questões que impactam o setor no médio prazo e reafirmam a proposta de um sistema que garanta a integralidade do cuidado. Visões como a de que a saúde suplementar se trata de um ato de consumo podendo, portanto, ser regulada por meio de contratos e a de que um é necessário a flexibilização da segmentação, abrindo a possibilidade de se comercializar planos aquém do rol mínimo de procedimentos, vão de encontro a uma proposta de construção de um sistema integral e auto-sustentável.

Um terceiro grande desafio no processo de regulação do setor é o de se garantir os aspectos concorrenciais. Eliminando os artifícios do “aprisionamento” dos beneficiários individuais, garantindo a mobilidade, retirando do setor as empresas sem condições econômicas e assistenciais de operação e dando transparência a processos avaliativos do setor.

A regulação pública do setor de saúde suplementar, componente do sistema de saúde brasileiro, precisa continuar a ter como objetivo torná-lo cada vez mais auto-suficiente e integrado, e conseguir que ele responda à perspectiva de dar uma atenção à saúde integral aos seus beneficiários, com operadoras sólidas e que permita aos gestores da saúde no Brasil incorporá-lo no seu processo de planejamento.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, G. G. **A Saúde no Brasil: entre o Estado e o Mercado**. Campinas, 2003. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

ACURCIO, A. F. **Análise da relação entre o acesso a dois serviços públicos de saúde, e os resultados na saúde dos indivíduos infectados pelo HIV em Belo Horizonte de 1984 - 1994**. Belo Horizonte, 1995. (Dissertação - Mestrado de Saúde Pública – Epidemiologia - Universidade Federal de Minas Gerais).

ALMEIDA, C.; LUCCHESI. Investigando o Sistema de Saúde no Brasil. In: HEIMANN, L.S. et al. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar**. Brasília: IPEA, 1998.

ANDRADE. E.G. **(Des)Equilíbrio da Previdência Social Brasileira 1945–1997 (Componentes econômico, demográfico e institucional)**. Belo Horizonte, 1999. (Tese – Doutorado - Universidade Federal de Minas Gerais).

ANDREAZZI, M. F. S. Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In MONTONE, J & WERNECK, A. (Org.). **Documentos Técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro. Vol. 3 Tomo1. p.121 - 146. 2004.

ANS. Legislação da Saúde Suplementar. www.ans.gov.br acessado em novembro de 2005.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2):329-339. 2001.

BAHIA, L. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 1999. (Tese – Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública).

BOYER, R. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo. Editora Nobel. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde. nº 373 de 27-02-2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2002. Diário Oficial Da União, (DOU). Brasília, 2002

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Nº 3.046, de 20 de julho de 1982. In: Ministério da Previdência e Assistência Social. Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. Brasília: Gráfica do INAMPS, 1983. p. 36-42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde. nº 1286 de 26 de outubro de 1993. Diário Oficial Da União, (DOU). Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno da SAS. Orientações para Contratação de Serviços de Saúde**. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003. 54 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do BRASIL.. Capítulo da Saúde, Brasília, 1988.

BRASIL. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1995.

BRASIL. Diário da Justiça. Decisão Liminar do Supremo Tribunal Federal sobre a ADI nº 1931. Brasília, DF 03 de setembro de 2003.

BRASIL. Instrução normativa nº 01, de 06 de abril de 2001. Define diretrizes, princípios, conceitos e aprova normas técnicas para a atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Lei 10185 de 12 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Lei 8080. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei nº 9.656. Regulamenta a Saúde Suplementar no Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2 de junho de 1998.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1999.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção Extra, 2000.

BRASIL. Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000. Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à Saúde - Portaria nº 423 de 09 de Julho de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB - SUS 93. Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - a ousadia de fazer cumprir a lei. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 234 de 07 de fevereiro de 1992, Edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92). Brasília, 1992.

BRASIL. Resolução INAMPS 273 de 17 de Julho de 1991, Reedição da Norma Operacional Básica/SUS Nº 01/91. Brasília, 1991.

BRESSER PEREIRA, L.C. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Cadernos MARE da Reforma do Estado. MARE. Brasília, 1997.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma**. São Paulo, HUCITEC, 1992.

CARVALHO, D.M. Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde (FNS), CENEPI. Brasília, ano IV, n. 4, out./dez. 1997.

CARVALHO, L. P. N.; WESTENBERGER, R. **Parecer técnico – Mobilidade de usuários entre operadoras de planos de saúde**. Distribuído pela FENASEG no Fórum de Saúde Suplementar. Mimeo. Brasília, 2003.

CASTRO, J.D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Revista Sociologia** nº 7, Porto Alegre, jan/jun, 2002.

CATA PRETA, H.L.N. **Gerenciamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde**. FUNENSEG. Fundación MAPFRE. Rio de Janeiro e Madrid. 2004

CECÍLIO, L.C. et al. Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras investigadas: uma introdução ao tema In. **Dois Faces da Moeda - Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar**. ANS. Rio de Janeiro, Ed. Ministério da Saúde. 2005.

CECÍLIO, L.C.O. Relatório final do projeto de pesquisa “Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil”. Agência Nacional de Saúde Suplementar. DIPRO/GGTAP. Fevereiro de 2004.

CHAUÍ, M. Introdução. In LAFARGUE, P. **O Direito à Preguiça**. São Paulo, Ed. HUCITEC, UNESP, 1999.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In LAURELL, A.C. (org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Ed. Cortez, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). JORNAL MEDICINA, setembro de 2004.

CONTANDRIOPOULOS, AP., CHAMPAGNE, F., DENIS, J.L., PINEAULT, R. A Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde. Dos Modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

DELGADO, I.J.G. **Empresariado e Política Social no Brasil: o desafio redistributivo**. Belo Horizonte, FAFICH/UFMG, 1999. (Tese de Doutorado).

DENIS, J.L., CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde. Dos Modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

D'INTIGNAMO, B. M.; ULMANN, P. *Économie de la Santé*. Paris: Presses Universitaires de France, 2001 Apud MAGALHÃES JR, H.M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2006.

DONABEDIAN, A. **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica**. México: Instituto Nacional de Salud Publica, 74p. 1990.

DONALDSON, C. & GERARD, K. **Economics of health care financing: the visible hand**. London: McMillan Press, 1993.

ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism**, New Jersey, Princeton University Press, 1990.

FIGUEIREDO, L.F. O Processo de Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde. In: ANS. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Oficina DIPRO/GGTAP. **Imaginando e Operando a Gestão da Assistência no Âmbito da Saúde Suplementar: Textos de Apoio**. Rio de Janeiro: ANS, janeiro de 2002.

HABICHT JP, VICTORA CG, VAUGHAN JP. **A framework for linking evaluation needs to design choices**. 1998

JORNAL DO BRASIL. Balanço Mensal. Economia e Negócios. Houve uma overdose de regulamentação. Entrevista com Arlindo de Almeida. A 24, 27 de junho de 2004.

JORNAL O GLOBO. Caderno de Economia. Mais 5 milhões com plano de saúde. Pág. 16, 31 de outubro de 2005.

LAURELL, A.C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In LAURELL, AC. (org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Ed. Cortez, 1995.

LEVCOVITZ, E, L. & MACHADO. Política de Saúde dos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva**. 6(2) 269- 291, 2001.

MAGALHÃES JR, H.M. Regulação Assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. **Revista Pensar BH**, fev-abr, 2002.

MAGALHÃES JR, H.M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2006.

MALTA, D.C.; JORGE, A.O. O mercado de saúde suplementar e análise dos dados das operadoras selecionadas. In **Duas Faces da Moeda - Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar**. ANS. Rio de Janeiro, Ed. Ministério da Saúde. 2005.

MALTA, D.C., JORGE, A.O.; FRANCO, T.; COSTA, M.A. O Modelo assistencial praticado nas operadoras investigadas. In **Duas Faces da Moeda - Microrregulação e Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar**. ANS. Rio de Janeiro, Ed. Ministério da Saúde. 2005.

MALTA, D.C. **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, 1993- 1996**. Campinas, 2001. (Tese – Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP).

MALTA, D.C. Modelos Assistenciais na Saúde Suplementar: o desafio na construção de práticas cuidadoras. IN Montone, J & WERNWCK, C. (Org.). **Documentos Técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro. p. 7 – 51. 2004.

MALTA, DC, CECÍLIO, L.C.O., MERHY, E.E.; JORGE, A.O.; FRANCO, T. COSTA, M. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p. 433- 444, abril - junho de 2004.

MALTA, D.C. & MERHY, E.E. Avaliação do Projeto Vida e Acolhimento no Sistema único de Saúde de Belo Horizonte. **Revista de Enfermagem de Minas Gerais**. 8(2): 259-267, abr/jun, 2004.

MATUS, C. *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas: Fundación Altadir. 1987.

MCGUIRE, A.; HENDERSON, J.B. & MOONEY, G. **The economics of health: an introductory text**. London: Routledge and Kegan Paul, 1992.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, In MENDES, E.V.(org.) **Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Ed. Hucitec, São Paulo,1994.

MERHY, E.E. **A Saúde Pública como Política**. São Paulo, HUCITEC, 1992.

MERHY, E.E. et al. **Trabalho em Saúde. Experienciando o SUS**. São Paulo, HUCITEC, 2004.

MESQUITA, M.A.F. A regulamentação da assistência da saúde suplementar: legislação e contexto institucional. In: **Regulação e Saúde**. Estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2002.

MUSGROVE, P. Uma base conceitual para os papéis público e privado em saúde. In Andreazzi, M.F.S. & Tura, L.F.R. (org.) **Financiamento e Gestão do Setor Saúde**. Ed. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro,1999.

NORONHA, J.C. Notas acerca dos conceitos de bens públicos e privados de saúde. In Andreazzi, M.F.S. & Tura, L.F.R. (org.) **Financiamento e Gestão do Setor Saúde**. Ed. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, 1999.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista Saúde Pública**, 34(5):547-59, 2000.

OMS/OPS. **Evaluacion de Servicios de la Salud Materno-Infantil**. Washington D.C., 1989.

PAIM, J.S. Bases Conceituais da reforma sanitária brasileira. In FLEURY, S. (org.) **Saúde e Democracia, a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

PEREIRA, C. O marco regulatório no Setor de Saúde Suplementar: contextualização e perspectivas. In MONTONE, J & WERNWCK, C. (Org.). **Documentos Técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro. Vol. 3 Tomo1. p.93 - 120. 2004.

QUADROS, N. “A gestão compartilhada”. In: **Notícias Hospitalares**. Número 39, ano 4, out/nov 2002. (<http://www.prosaude.org.br/noticias/out/2002>).

RIBEIRO, J.M; COSTA, N.R.; SILVA, P.L.B. “Política de Saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas”. Botucatu: **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.4, n.6, 2000.

ROMANO, R. O Público e o Privado. In: HEINANN, et. al. **O Público e o Privado na Saúde**. Ed. HUCITEC. São Paulo. 23 – 42. 2005

SADER, E.S. O Público, o Privado e o Estatal. 2005 In: HEINANN, et. al. **O Público e o Privado na Saúde**. Ed. HUCITEC. São Paulo. 43 – 55. 2005.

SANTOS BOAVENTURA, S. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. In: **A crise dos paradigmas em ciências sociais e os desafios para o século XXI**. Ed. Contraponto-Corecon, Rio de Janeiro, 1999.

SANTOS, F.P. O novo papel do município na gestão da saúde – o desenvolvimento do controle e avaliação. In: Campos, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. Ed. Xamã. São Paulo. 31 – 49. 1998.

SANTOS, L.A. **Agencificação, Publicização, Contratualização e Controle Social – Possibilidades no âmbito da reforma do aparelho do Estado**. Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar – DIAP. Brasília, 2000.

SCHEFFER, M.& BAHIA, L. 2005. Planos e Seguros Privados no Brasil: lacunas, perspectivas da regulamentação. In: HEINANN, et al. **O Público e o Privado na Saúde**. Ed. HUCITEC. São Paulo. 127-168. 2005

SCHRAIBER, L.B. Prefácio. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em Saúde. Dos Modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

SILVA E SILVA, M.L. Agência Nacional de Saúde Suplementar – Competências e aspectos correlatos. www.assessoriaadvocacia.hpg.ig.com.br acessado em novembro de 2004.

SILVA, JR A.G. **Modelos tecnoassistenciais em Saúde, o debate no campo da Saúde Coletiva**. Ed. Hucitec, São Paulo, 1998.

SOARES, L.T. O Público e o Privado na análise da questão social brasileira. In (HEINANN, et. al. **O Público e o Privado na Saúde**. Ed. HUCITEC. São Paulo. 57 – 82. 2005.

STATA. Statistics/Data Analysis Stata Corp. 8.2 Copyright 1984-2003. College Station, Texas USA. <http://www.stata.com>, 2003.

SULBRANDT, J. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. In: KLIKSBURG, B. (org.) **Pobreza: uma questão inadiável**. Brasília: ENAP, 1994.

TEIXEIRA, A. **Mercado e Imperfeições de Mercado: o Caso da Assistência Suplementar**. *Caderno de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro, ANS, 2º Ciclo de Oficinas, pp.4-28. 2001.

TEIXEIRA, S. M. F. e OLIVEIRA, J. A. **(Im)previdência Social - 60 anos de história da Previdência Social no Brasil**, Petrópolis, Vozes, 1986.

WERNECK VIANNA, M.L.T., **Articulação de Interesses, Estratégias de Bem-Estar e Políticas Públicas: A americanização (Perversa) da Seguridade Social no Brasil**. Rio de Janeiro, IUPERJ, 1995, (Tese de Doutorado).