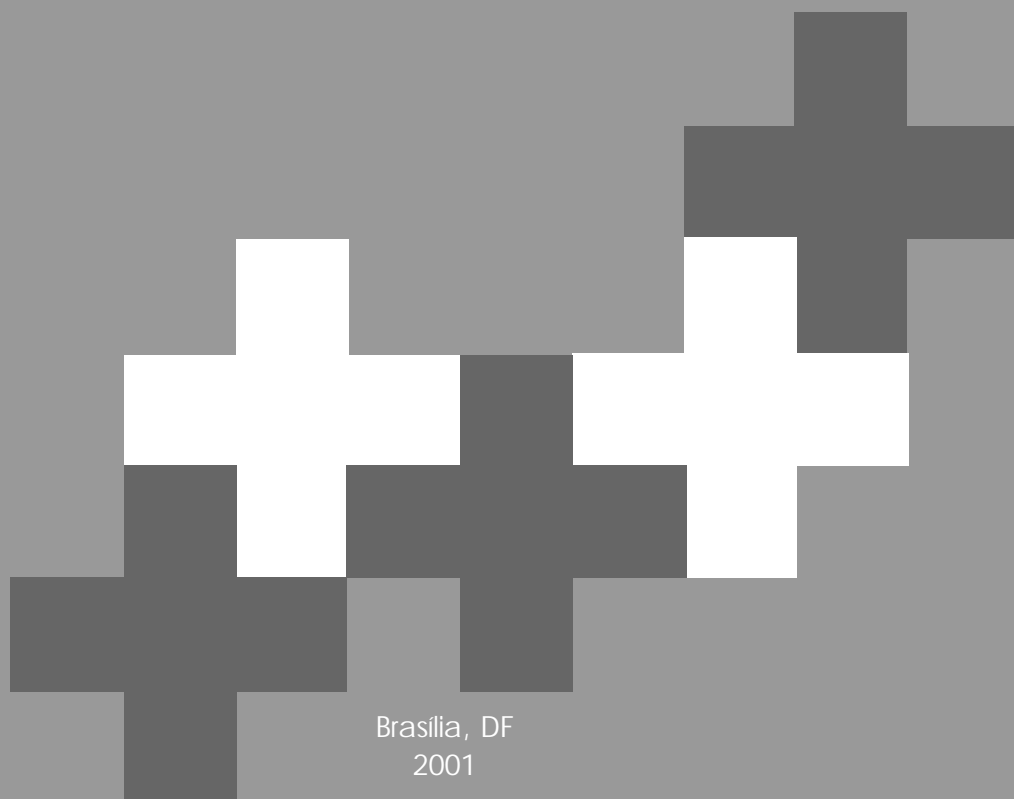




SIMPÓSIO
REGULAMENTAÇÃO
DOS PLANOS
DE SAÚDE



Brasília, DF
2001



Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde

Textos de Referência

**Auditório Petrônio Portella
Senado Federal
Brasília, DF**

28 e 29 de agosto de 2001



© 2001. Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

1ª Edição – Agosto 2001 – 1.000 exemplares

Produção, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Coordenação-Geral
Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício anexo, ala B, 1º andar, sala 136
CEP: 70.058-900, Brasília, DF
Tel.: (61) 315 2150 / 315 2151 / 226 8803 / 225 6672
Fax: (61) 321 2414 / 315 2472
E-mail: cns@saude.gov.br
Home page: conselho.saude.gov.br

Capa e Projeto gráfico
Reinaldo Palmeira

Acompanhamento editorial
Assessoria de Comunicação Social do Conselho Nacional de Saúde

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

FICHA CATALOGRÁFICA



Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde (2001 : Brasília)
Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde, 28 e 29 de agosto de 2001: textos de referência / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
60 p. (Série D. Reuniões e Conferências; n. 14)
1. Legislação em saúde. 2. Saúde pública – congressos. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM WA 525



SUMÁRIO

Um Compromisso com a Regulamentação dos Planos de Saúde	5
Programa do Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde	7
Interfaces Público-Privadas do Mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil	11
A Política Regulatória e o Setor Saúde: Nota Sobre o Caso Brasileiro	22
Saúde Como Direito de Cidadania e Direito do Consumidor	36
Garantias Assistenciais para Clientes de Seguros de Saúde: Qualidade e Segurança	42
Regulamentação dos Planos e Seguros Saúde. Notas Preliminares - 21/08/2001	53



||
=

||
=

=
||

=
||

UM COMPROMISSO COM A REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

O Simpósio sobre a Regulamentação dos Planos de Saúde, iniciativa conjunta do Congresso Nacional e do Conselho Nacional de Saúde, pretende avançar proposições de aprimoramento da legislação e das práticas de regulação da assistência médica suplementar e reafirmar os compromissos em torno da necessidade da normatização de coberturas e monitoramento das operadoras. Objetiva-se, portanto, reunir representantes dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, das operadoras de planos de saúde, dos prestadores de serviços, das entidades de defesa dos consumidores e usuários, dos conselhos de saúde e pesquisadores de notório saber sobre o tema para refletir sobre o impacto e perspectivas do atual arcabouço regulatório, três anos após a aprovação da Lei 9656/ 98,

Considera-se que os avanços obtidos até agora com a regulamentação conformam um inovador patrimônio conceitual e de práticas para o setor saúde a ser enriquecido permanentemente. Da mesma forma, os obstáculos que se antepõem a uma implementação mais intensa dos preceitos legais decorrentes dos legítimos conflitos de interesses entre operadoras, consumidores, prestadores e gestores de serviços privados e públicos, devem afluir aos fóruns de debate, articulação e negociação que impulsionem o processo de regulamentação para patamares mais elevados.

O ponto de partida para o aperfeiçoamento do processo de regulamentação dos planos de saúde é a adequação da assistência médica supletiva aos referenciais do Sistema Único de Saúde. Como as diretrizes de universalidade, equidade, integralidade e controle social serão preservadas e reinterpretadas, tendo em vista as especificidades jurídico-legais e assistenciais dos planos privados de saúde, bem como do direito de atuação das operadoras? Como assegurar o direito à saúde para os cidadãos brasileiros cobertos e não cobertos por planos privados de saúde? Como estabelecer normas e parâmetros, que considerando as superposições financeiras e assistenciais entre o SUS e as operadoras de planos de saúde, estejam voltadas à equidade e garantias de acesso e qualidade aos serviços de saúde?

Um segundo conjunto de questões, não menos importante, diz respeito ao aprimoramento das regras de funcionamento das operadoras de planos de saúde. Como desenvolver um suporte técnico para apoiar as operadoras, que necessitem, a constituírem as reservas requeridas pela legislação? Como aperfeiçoar as regras para a regulação de preços dos prêmios, levando em conta toda a cadeia de agentes privados e públicos envolvida com os planos de saúde? Como viabilizar a portabilidade dos planos e conseqüentemente ampliar a mobilidade e as possibilidades de escolha dos consumidores? Como estimular a adoção de práticas assistenciais eficientes e eficazes e a realização de parcerias das operadoras de planos de saúde com os gestores municipais e estaduais para a realização de ações voltadas à melhoria das condições de saúde?

E a terceira ordem de problemas diz respeito à necessidade de consolidação do modelo institucional da regulamentação da assistência suplementar. Qual deve ser o grau de autonomia e subordinação da ANS ao Ministério da Saúde? Como a ANS se relaciona com o Poder Legislativo? Como articular a ANS com os Conselhos e Conferências de Saúde? Como as entidades de representação de usuários, operadoras, prestadores de serviços e de instituições de ensino e pesquisa se relacionam com a ANS?

O desafio do Simpósio sobre a Regulamentação dos Planos de Saúde não é apenas responder essas questões e sim buscar equacioná-las, ou seja, procurar consensos e relacionar divergências para firmar uma agenda de trabalho. Assim, estaremos, simultaneamente, apreciando os esforços das instâncias governamentais e da sociedade civil, que erigiram os alicerces da regulamentação da assistência suplementar e integrados ao compromisso com a construção cotidiana de um futuro de bem estar e saúde para o Brasil.

PROGRAMA DO SIMPÓSIO REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

PROMOÇÃO:

- Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS)
- Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara (CSSF/Câmara)
- Comissão de Assuntos Sociais do Senado (CAS/Senado)

DIA 28 DE AGOSTO (TERÇA-FEIRA)

9h – MESA DE ABERTURA

- Ministério da Saúde
- Conselho Nacional de Saúde
- Senado Federal
- Câmara dos Deputados

10h às 10h10min – INTERVALO

10h10min às 11h25min – MESA 01

INTERFACE E ARTICULAÇÃO ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO (***)

- **José Carvalho de Noronha**, *conselheiro do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS)*
- **Gilson Cantarino O'Dwyer**, *representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)*
- **Carlos Alberto Gebrim Preto**, *diretor Institucional do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)*
- **Arlindo de Almeida**, *presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE)*
- **Januário Montone**, *diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)*

11h25min às 11h55min – DEBATE

11h55 às 14h – ALMOÇO

14h às 15h – MESA 02

COBERTURAS E MODELOS ASSISTENCIAIS (*)**

- **Lynn Silver**, representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC)
- **Eleuses Vieira de Paiva**, presidente da Associação Médica Brasileira (AMB)
- **José A. Diniz de Oliveira**, presidente do Comitê Integrado de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS)
- **João Luis Barroca de Andrea**, diretor de Normas e Habilitação de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

15h às 15h30 – DEBATE

15h30min às 15h40min – INTERVALO

15:40 às 16:40 – MESA 03

FISCALIZAÇÃO, DEFESA DO CONSUMIDOR E DIREITO À SAÚDE (*)**

- **Adalberto de Souza Pasqualotto**, representante do Instituto Brasileiro do Consumidor (BRASILCON)
- **Edson Oliveira**, presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM)
- **Roberto Cury**, representante da Associação Brasileira da Auto-Gestão em Saúde Patrocinada pelas Empresas (ABRASPE)
- **Maria Stella Gregori**, diretora de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

16h40min às 17h10min – DEBATE

DIA 29 DE AGOSTO (QUARTA-FEIRA)

**9h às 10h - MESA 04
ESTRUTURA DAS OPERADORAS (***)**

- **Lúcia Salgado**, ex-procuradora do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE)
- **Antonio Rodrigues de Barros Júnior**, diretor de Operadoras de Planos de Saúde da Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB)
- **Celso Corrêa de Barros**, presidente da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED do Brasil)
- **Solange Beatriz Palheiros Mendes**, *diretora de Normas e Habilitação de Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)*

10h às 10h30min – DEBATE

10h30min às 10h40min – INTERVALO

**10h40min às 11h40min - MESA 05
REGULAÇÃO DE PREÇOS (***)**

- **Lúcia Helena Magalhães**, *assistente de Direção da Fundação PROCON/SP*
- **Carlos Eduardo Ferreira**, *presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH)*
- **Roberto Westenberger**, Representante da Federação Nacional de Seguradoras (FENASEG)
- **João Luis Barroca de Andrea**, *diretor de Normas e Habilitação de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)*

11h40min às 12h10min – DEBATE

12h10min às 14h – ALMOÇO

**14h às 15h15min - MESA 06
PROPOSTAS DE APRIMORAMENTO DA REGULAMENTAÇÃO
DOS PLANOS DE SAÚDE (***)**

- **Mário Scheffer**, *representante do Conselho Nacional de Saúde*
- **Humberto Jacques de Medeiros**, *representante do Ministério Público Federal*
- **João Luis Barroca de Andrea**, *diretor de Normas e Habilitação de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)*
- **Solange Beatriz Palheiros Mendes**, *diretora de Normas e Habilitação de Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)*
- **Deputado Rafael Guerra**, *representante da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara Federal (CSSF)*
- **Senador Sebastião Rocha**, *representante da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal (CAS)*

15h15min às 15h45min – DEBATE

15h45min – ENCERRAMENTO

(*) Em todas as mesas, cada expositor terá 15 minutos para apresentação**

INTERFACES PÚBLICO-PRIVADAS DO MERCADO DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NO BRASIL

Ligia Bahia*
Paulo Eduardo Elias**

INTRODUÇÃO

Este trabalho percorre, resumidamente, algumas características das relações entre público e privado presentes no mercado de planos e seguros de saúde que integra o sistema de saúde brasileiro. Seu objetivo principal é contrastar as extensas interfaces público-privadas, estruturantes dos esquemas assistenciais empresariais alternativos aos sistemas governamentais, com os poucos dispositivos legais voltados a regulamentá-las.

A Lei 9656 e o restante das normas legais que lhe sucederam (Medidas Provisórias e resoluções administrativas), pretendendo remunerar uma parte do atendimento de pacientes cobertos por planos e seguros saúde em hospitais vinculados ao SUS, estabelecem regras para a implementação do denominado “ressarcimento ao SUS”. Tal medida expressa, por um lado, o reconhecimento dos serviços hospitalares do SUS para o atendimento de clientes de planos e seguros de saúde. Por outro lado, a idéia de que a utilização do SUS, por parte das clientelas das assistência médica suplementar, ocorre apenas nos casos que requerem o acesso a determinados procedimentos de alta complexidade, reduz o alcance da regulação do fluxo de pacientes entre instituições públicas e privadas a uma mera revisão dos valores de remuneração de alguns procedimentos a serem faturados pelo SUS.

Outras importantes inter-relações entre o sistema público e privado de saúde, referidas não somente a prestação de serviços mas

* Professora da Faculdade de Medicina e do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ

** Professor da Faculdade do Estado de São Paulo e Pesquisador do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea

também ao financiamento e gestão, ainda pouco visíveis, não se tornaram objeto de regulamentação. Tais alicerces básicos para o funcionamento do mercado de planos e seguros saúde vêm se estruturando desde o início do século. Assim, longe de estarmos diante de um fenômeno recente, nos deparamos com um formato atualizado do padrão híbrido das políticas de saúde.

Os esquemas assistenciais mutuais (coletivo-privados) de natureza semelhante aos atuais convênios-empresa, responsáveis por 75% a 80% do total de clientes de planos e seguros saúde, surgiram no início do século, no âmbito das indústrias/associações de empregados. Desde os anos 40, a despeito da montagem da Previdência Social, incluindo entre seus benefícios a assistência médica, para determinadas categorias profissionais e das posteriores políticas de extensão de cobertura, as alternativas assistenciais particulares vêm sendo acionadas, quase sempre, pelos mesmos segmentos sócio-ocupacionais/empresas empregadoras vinculados também ao sistema governamental de proteção social.

A dupla vinculação ao sistema de proteção social oficial e ao organizado pelas empresas empregadoras/empregados foi posta em questão no final da década de 60, quando a Previdência Social repassou recursos para as empresas médicas (medicinas de grupo e cooperativas médicas) então incipientes. Os trabalhadores-beneficiários dos convênios-empresa, diretamente articulados pela Previdência Social, passaram a ser atendidos exclusivamente por serviços das empresas médicas. Mas, esse dispositivo mostrou-se inviável rapidamente em função das queixas dos trabalhadores da restrição de cobertura dos serviços das empresas médicas.

Assim, a organização e expansão dos esquemas assistenciais privados paralelos aos governamentais tornou-se a viga mestra de um mercado de planos e seguros de saúde marcado, estruturalmente, pelas relações entre o público-privado. Funcionários do Banco do Brasil, das estatais e das multinacionais de grande porte e de alguns órgãos da administração direta, acessam serviços públicos e privados de saúde, através de planos privados de saúde subsidiados socialmente, desde os anos 50. Mais tarde, no início dos anos 80, a comercialização dos planos individuais para os segmentos de maior renda, vinculados às empresas empregadoras de menor porte e ao mercado informal de trabalho, implica que o acesso aos médicos, exames e hospitais privados seja intermediado pelos planos de saúde.

A substituição do desembolso direto para a remuneração de médicos, laboratórios e hospitais pelo financiamento das operadoras de planos

de saúde, aliada a ampliação de suas redes credenciadas e à entrada de grandes seguradoras no mercado no final dos anos 80 e a expansão das demandas à assistência médica suplementar sinalizam um processo integrado de empresariamento da assistência médico-hospitalar no país. A expansão das demandas, nos anos 90 - especialmente de funcionários de diversas instituições públicas que organizaram entidades para gerir planos próprios e/ou aderiram aos planos comercializados pelas operadoras e de segmentos com menor renda, que na esteira do Plano Real experimentaram a cobertura de planos com acesso a um único estabelecimento de saúde ou à uma rede reduzida e localizada de provedores de serviços - quando somada ao contingente já integrado aos sistemas assistenciais suplementar, representa, segundo informações da PNAD e da ANS aproximadamente 30 milhões de pessoas¹.

O atendimento desses 32 milhões de clientes (menos de 20% da população) mobiliza aproximadamente: 4.000 hospitais e 90.000 médicos, mais da metade dos existentes. Portanto, o mercado de planos e seguros, apresenta, no que se refere à rede de serviços, dimensões que ultrapassam muito a compatibilidade com a magnitude de seus clientes. As despesas assistenciais desses clientes e as de comercialização e administração das operadoras indiretamente estimada pelo faturamento das operadoras de planos e seguros saúde atingem entre 16 e 22 bilhões de reais (dados divulgados pela Abramge em 1999 e 2001 respectivamente), o que significa 60% a 80% do total dos gastos públicos com saúde (considerando-se os dados de 1996).

Portanto, a representação do mercado de planos e seguros saúde através de uma única dimensão, a de seus clientes, e sobretudo as idéias, segundo as quais esses clientes são atendidos por provedores de serviços diferentes daqueles organizados em torno do SUS e que os prêmios pagos pelos planos e seguros saúde provêm apenas das despesas das famílias, não admitem uma análise mais realista e adequada às necessidades da regulação governamental. Um exame mais detalhado das três dimensões, provisão de serviços, financiamento e gestão, do mercado de planos e seguros de saúde, que se segue pretende contribuir para o entendimento sobre os desafios a serem enfrentados para o aprimoramento das normas legais.

¹ Exclui as pessoas que estão vinculadas aos "planos de funcionários públicos" e são militares e seus dependentes ou funcionários públicos estaduais e seus dependentes. Esses planos, embora particulares, são diretamente administrados diretamente por instituições públicas e não são contabilizados pelas estatísticas das entidades de representação das operadoras nem se incluem entre os regulamentados pela Lei 9656.

INTERFACES PÚBLICO-PRIVADAS NA PROVISÃO DE SERVIÇOS

Duas ordens de motivos explicam o aparente excesso da oferta de provedores de serviços face ao relativo pequeno contingente de clientes de planos e seguros saúde. Podem ser apontados, em primeiro lugar, a prodigalidade das políticas de credenciamento das operadoras, justificadas por sua vez pela necessidade de constituição de redes nacionais para atender aos empregados de sub-sedes de empresas empregadoras com abrangência nacional e por um padrão de competição por qualidade assistencial expresso pela quantidade de serviços nominalmente ofertados por cada operadora.

O segundo conjunto de razões associadas a vastidão da rede de credenciamentos por referência ao número de clientes é mais complexo e decorre de uma sub-segmentação interna do mercado de planos e seguros de saúde. Na prática existem três tipos de planos ou seguros de saúde que atendem distintos segmentos sócio-ocupacionais e/ou renda aos quais correspondem, em geral, nas grandes cidades, sub-redes assistenciais.

Aos planos básicos, voltados à cobertura de empregados de nível operacional e clientes individuais de menor renda, estão associadas redes de serviços constituídas por enfermarias de hospitais considerados de “terceira linha” e um número reduzido de médicos e laboratórios credenciados ou centros médicos ambulatoriais próprios da operadora. Os planos intermediários, responsáveis pela cobertura dos funcionários de nível gerencial e clientes individuais de maior renda, se caracterizam pela oferta de uma ampla rede de médicos credenciados e quartos particulares de hospitais classificados como “segunda linha”. Clientes provenientes do nível executivo das empresas e aqueles, com alta renda, que adquirem planos individuais acessam médicos muito prestigiados que em geral não são credenciados pelas operadoras de planos e seguros saúde. A livre escolha de médicos, na prática só disponível para este sub-segmento, viabiliza-se através de altos valores de reembolso previstos contratualmente. Estes médicos, embora não sejam diretamente vinculados às operadoras no que tange ao atendimento ambulatorial, internam seus clientes em hospitais privados de primeira linha que serão remunerados pelas empresas de assistência médica suplementar.

O número de clientes segundo cada tipo de plano, é difícil de ser estimado a partir das bases de dados atualmente disponíveis. De

toda maneira é plausível supor que o contingente de beneficiários de planos básicos seja maior do que aquele vinculado aos planos intermediários e muito mais expressivos do que o de clientes de planos executivos. Todavia, a amplitude da oferta de serviços para cada sub-segmento sócio-ocupacional não encontra correspondência na quantidade de clientes, já que os clientes de planos básicos acessam, em geral, menos provedores de serviços do que aqueles vinculados aos planos intermediários.

Uma desproporção tão flagrante entre oferta e demanda é compensada pela utilização mais ou menos intensa da mesma base física de provedores para o atendimento ao SUS. Ou seja uma parcela significativa dos mesmos médicos e hospitais conformam simultaneamente as redes do SUS e das operadoras de planos e seguros saúde, embora o mesmo não ocorra com as clínicas e unidades de diagnóstico e terapia privadas.

Além disso, um único hospital, médico e unidades de diagnóstico e terapia são simultaneamente credenciados por diversas operadoras. Tal padrão multiconvenial superposto à sub-segmentação, traz ao provedor de serviços clientela de origens distintas quanto as operadoras que remuneram os serviços, mas semelhantes no que se refere a sub-segmentação por tipo de plano. Nos grandes centros urbanos, médicos que atendem pacientes dos planos básicos e internam pacientes em hospitais de terceira linha, não são os mesmos procurados pelos clientes dos planos executivos.

Organizadas sob critérios externos às necessidades clínicas e cirúrgicas e orientadas pela lógica de uma suposta correlação entre contribuição e benefícios, essas sub-redes assistenciais, mantidas por valores de remuneração muito diferenciados, impõem barreiras internas de acesso quase intransponíveis para o trânsito dos sub-segmentos de clientes de planos e seguros privados de saúde. A falta de vaga em um hospital de terceira linha não implica a admissão automática do paciente em quarto particular de um outro considerado de melhor padrão.

Os problemas relacionados com a oferta excessiva, mas de certa forma virtual dos serviços de saúde das empresas de assistência médica suplementar se agravam com as negações de cobertura, sejam as contratuais ou aquelas derivadas da ausência/restrrição da oferta das operadoras de planos e seguros de saúde. Dessa maneira, os fluxos de pacientes cobertos por planos ou seguros saúde para estabelecimentos do SUS, derivam, por um lado, das reconhecidas lacu-

nas de cobertura das operadoras para os procedimentos de alta complexidade e emergência. Por outro lado, outras inúmeras pontes para a passagem de beneficiários de planos de saúde para os serviços públicos estão solidamente construídas. Clientes de planos de saúde com problemas mentais, que necessitem permanência prolongada em Unidades de Terapia Intensiva, reabilitação, os que necessitam atendimento de médicos especialistas não credenciados e aqueles que não conseguem atendimento em função das barreiras da organização da oferta privada tornam-se demandantes do SUS.

Nos quadros abaixo estão dispostos os valores de remuneração de hospitais e médicos por tipo de plano e uma estimativa de variação da remuneração de um procedimento selecionado segundo tipo de plano.

Valores de Remuneração dos Provedores de Serviços Segundo Tipo de Plano			
Tipo de Plano	Valores de Remuneração		
	Consulta Médica	Diária Hospitalar	Honorários Médicos durante a Internação
Básico	1x a tabela	160,00	1x a tabela
Intermediário	3 a 7X a tabela	300,00	4 a 7X a tabela
Executivo	10 x a tabela	600,00	20x a tabela

Fontes: CRC Consultoria, 1999 e Operadoras Selecionadas

Estimativa dos Valores Totais da Remuneração de Um Parto Cesáreo (3 dias de Permanência) segundo Tipo de Plano e SUS			
	Plano Básico	Plano Executivo	SUS
Cesariana	1080,00	3.000,00	337,00

Fontes: Tabela SIHe AMB92

INTERFACES PÚBLICO-PRIVADAS NO FINANCIAMENTO DO PAGAMENTO DOS PRÊMIOS E REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS

Admitindo-se que os cerca de 22 bilhões de reais, declarados como faturados pelas quatro modalidades empresariais do mercado de planos e seguros de saúde correspondem a cobertura de aproximadamente 32 milhões de clientes, estima-se um valor mensal médio dos prêmios em torno de R\$ 60,00. Mas os valores dos prêmios dos

planos comercializados por uma mesma operadora, podem variar em média de R\$ 40,00 a R\$1.500,00 considerando-se a forma de contratação empresarial e individual e o tipo de plano básico, intermediário ou executivo.

Tal heterogeneidade de preços e produtos parece não se sustentar na correlação entre o pagamento direto de prêmios mais elevados e o acesso a planos de tipo executivo. Aproximadamente 20% das pessoas situadas na faixa de renda de mais de 10 salários mínimos não desembolsam nada para o pagamento de seus planos, pois participam de empresas empregadoras que os remuneram integralmente. A intermediação das empresas empregadoras, isto é, da coletivização do financiamento, torna-as na prática as principais compradoras de planos privados de saúde e conseqüentemente o principal vetor de definição de preços no setor.

Como quase sempre as empresas empregadoras optam por desvincular os valores de contribuição das despesas com a utilização de serviços, os prêmios dos planos empresariais são calculados através de denominado rateio comunitário, que estabelece um valor único *per capita*, independente da idade e *status* sócio-ocupacional e de saúde, para o financiamento da massa de funcionários da empresa. Em média o valor dos prêmios dos planos empresariais é aproximadamente 60% menor do que os planos individuais. Já os valores dos prêmios de planos individuais, que no Brasil abrangem uma proporção muito maior de clientes do que nos EUA, seguem a lógica atuarial, isto é, acompanham a previsão de despesas de cada grupo etário, sendo muito mais elevados para os clientes idosos do que para as crianças.

Segundo informações estimadas a partir dos resultados da Pesquisa de Orçamento Familiar coletadas em 1996, os gastos diretos das famílias², residentes nas regiões metropolitanas, com planos e seguros saúde totalizou cerca de 4 bilhões de reais, ou seja, 20% do total do valor do faturamento das operadoras em 1998. Portanto as empresas empregadoras seriam as responsáveis pelo aporte anual de aproximadamente 18 bilhões de reais às operadoras.

² A Pesquisa de Orçamento Familiar do IBGE abrange somente as regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Brasília e Goiânia, onde se concentram a quase totalidade dos clientes de planos e seguros privados de saúde.

A renúncia fiscal e sobretudo o repasse dos gastos das empresas empregadoras aos produtos que subsidiam demanda aos planos privados de saúde não são facilmente estimáveis. A atual legislação permite o abatimento integral das despesas com planos e seguros saúde do para efeito do cálculo do imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas. Adicionalmente, os gastos com serviços de assistência médica, odontológica, farmacêutica e social das pessoas jurídicas são tratados, pela Lei 9.249/95 como despesas operacionais. A par das deduções tributárias o governo federal financia diretamente o pagamento dos prêmios dos planos privados de seus funcionários públicos que lograram obter acesso a uma das modalidades empresariais da assistência médica suplementar. Dessa maneira, embora não se disponha de informações mais precisas sobre a magnitude dos gastos públicos diretos e indiretos para o financiamento dos planos privados de saúde, pode-se afirmar uma estreita dependência do segmento da assistência médica suplementar das políticas públicas.

Assim o caráter eminentemente social do mercado de planos e seguros saúde é contraditório com as profundas iniquidades internas ao próprio segmento. Um funcionário de nível executivo de uma grande empresa pode estar vinculado a um plano que permite o acesso aos serviços mais prestigiados do país e não desembolsar nenhum centavo pelo pagamento do prêmio ou abater estes gastos do imposto de renda, enquanto que o valor da mensalidade do plano individual para uma pessoa idosa, que necessite continuar seu tratamento é extremamente elevado.

Além do financiamento aos prêmios, o atendimento de beneficiários de planos privados em serviços públicos (estatais e conveniados com o SUS) também concorre, senão como um fator de subsídio direto à oferta, pelo menos, para a redução do valor dos prêmios e portanto manutenção da vinculação de clientes individuais/empresas empregadoras às operadoras. De acordo com a ANS o ressarcimento ao SUS, apesar de completamente implantado e regulamentado ainda apresenta baixa efetividade.

Esse conjunto de informações, sobre a importância do suporte do setor público ao privado, ressalta dois desafios a serem enfrentados pelas políticas de regulação. A redução das iniquidades internas ao mercado de planos e seguros saúde a partir de políticas tributárias menos regressivas e das iniquidades entre os cobertos pelos planos privados de saúde e o restante da população.

Os quadros expõem as gritantes diferenças entre os valores dos prêmios segundo tipo de plano e forma de contratação e de gastos estimados com assistência médica suplementar e gastos públicos com saúde.

Empresarial		Individual – acima de 70 anos	
Enfermaria	Quarto Particular	Básico (Enfermaria)	Executivo/ Máximo (Quarto Particular +Reembolso)
R\$ 30, 00 a R\$ 40,00	R\$ 40, 00 a a R\$ 60,00	560,62	3.802,68

Fontes: Cadernos de Saúde Suplementar –ANS, 2000 e E-Planos de Saúde, 2001

Natureza do Gasto	Total	Per Capita
Gastos Públicos em 1996	27.884.000.000,00	177,5
Gastos das Operadoras de Planos e Seguros de Saúde em 2000	22.000.000.000,00	687,5

Fontes: Ipea/Disoc In Piola, S., 2001, Abramge 2001 e Ibge/ Pnad 1998

INTERFACES NA GESTÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS E EMPRESAS DE PLANOS E SEGUROS SAÚDE

Na dimensão da gestão de serviços públicos e participação nas operadoras de planos e seguros saúde as relações público-privadas são ainda mais complexas. Por um lado a múltipla inserção dos profissionais de saúde, em particular dos médicos em instituições públicas e privadas é uma regra e persistem, freqüentemente, vigentes nos casos de participação acionária ou nas operadoras privadas. De acordo com os dados da Pesquisa Perfil do Médicos no Brasil do Conselho Federal de Medicina e Fundação Oswaldo Cruz, em 1995 cerca de 20% do total de médicos eram proprietários ou sócios de alguma empresa médica. Esse contingente seria muito mais expressivo se fossem incluídos na categoria sócios os 90.000 médicos que as Unimed's registram como integrantes de suas 364 cooperativas.

As tensões entre público e privado rebatem em todas as entidades de representação dos profissionais de saúde que representam

importantes espaços de articulação dos interesses nem sempre convergentes dos profissionais conveniados com as operadoras, de empresários médicos e também dos profissionais assalariados do setor público. Atualmente, o tema assistência médica suplementar, em especial os aspectos que incidem sobre a permanência do credenciamento e remuneração de determinados procedimentos médico-hospitalares, tornou-se prioritário e ocupa um grande espaço na agenda destas entidades.

Algumas centrais de convênio médico, criadas a partir das entidades médicas, tem pautado sua atuação pela defesa de um credenciamento universal e obtido respaldo da categoria não apenas para regular os valores de remuneração de consultas e outros procedimentos mas também para efetuar todo o processamento da apresentação e defesa das faturas às operadoras. Outras duas iniciativas de auto-regulação foram adotadas este ano pelo Conselho Federal de Medicina através de duas resoluções que vedam às operadoras: o desc credenciamento de médicos e o poder de veto de seus médicos auditores à conduta estabelecida pelos médicos assistentes (Resolução nºs 1.616 e 1.614).

Por seu turno, gestores de serviços públicos de hospitais de ensino, passam a investir na reforma da hotelaria de alas particulares para a internação de clientes de planos de saúde com o propósito de aumentar a arrecadação e a fixação dos profissionais de saúde, encetando um movimento em direção contrária ao das décadas anteriores baseado no financiamento público a prestadores privados.

No âmbito das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, os problemas das diferenças de remuneração dos valores dos serviços hospitalares e profissionais financiados pelas operadoras em relação aos praticados pelo SUS são especialmente relevantes, em função da maior capacitação tecnológica dos serviços privados, para a realização de determinados procedimentos. Ainda que a troca do volume de atendimentos por um menor preço confira um poder de barganha não desprezível aos gestores municipais e estaduais, outros elementos interferem na regulação dos valores de remuneração dos procedimentos, inclusive o jogo de forças entre os provedores locais.

O fato da regulamentação dos planos e seguros de saúde passar ao largo das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde bem como de outras instâncias do próprio Ministério da Saúde e da sociedade civil, cristaliza um jogo de forças desfavorável ao encontro de soluções para o Sistema de Saúde Brasileiro. Os legítimos descontentamentos dos prestadores, financiadores, gestores e da população que

necessita de serviços de saúde acessíveis e de qualidade não podem ser reduzidos a um debate sobre pequenas empresas e pequenos negócios. Trata-se de reconhecer os avanços obtidos com o processo de regulamentação e ampliar e aprofundar o debate, construindo conjuntamente as condições para garantir o acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde.

A POLÍTICA REGULATÓRIA E O SETOR SAÚDE: NOTA SOBRE O CASO BRASILEIRO

Nilson do Rosário Costa (ENSP/FIOCRUZ)
José Mendes Ribeiro (ENSP/FIOCRUZ)

I - TIPOS DE POLÍTICA PÚBLICA E O MODELO REGULATÓRIO POR AGÊNCIA INDEPENDENTE

As relações Estado e mercado tem sido recentemente estudadas sob a lente das funções regulatórias necessárias à correção das falhas de mercado. Essas análises assumem explicitamente que a função regulatória pode produzir resultados expressivos como uma política específica que não é afetada pelas demais iniciativas governamentais na oferta, direta ou indireta, de bens e serviços. Isso pode constituir-se em um grave erro de condução da função regulatória.

Wilson (1995) desenvolveu uma importante tipologia das políticas públicas, nomeando-as como regulatória, auto-regulatória, distributiva e redistributiva, segundo o cálculo dos custos e benefícios derivados da ação do governo¹.

A política regulatória, no modelo de Wilson, é aquela que permite maior convergência entre os interesses afetados pela ação pública porque pode oferecer soluções onde todos ganham. Ela possibilita aos atores de uma arena decisória a opção do consenso em torno de uma decisão que possa produzir externalidades positivas, bens públicos e equilíbrio (transitório) nas regras de competição.

A política auto-regulatória é aquela no qual é atribuído *status* público a grupos de interesses e que concentra benefícios para determinados grupos. O poder público delega a terceiros a função de regulação dos próprios parceiros ou pares. Essa política oferece aos membros do grupo que regulam a si mesmos a opção de maximizar os benefícios pelas decisões lenientes e auto referidas. Os conselhos profissionais são exemplos de delegação de poder regulatório pelo po-

¹ Wilson J. Q. *Political Organizations*, New Jersey, Princeton University Press, 1995.

der público. O resultado da política pública tende para um claro déficit de benefícios para cidadãos e comunidade nas situações de conflito de interesse.

A política distributiva é aquela que pulveriza benefícios. Em geral, aparece associada às políticas de patronagem ou clientelismo, quando as elites decisórias utilizam recursos públicos para obter lealdade política. O distributivismo é sempre percebido como um jogo onde só há vencedores, embora a lógica pulverizada na destinação de recursos públicos impeça a implementação de regras universais para o acesso e utilização dos benefícios da política.

A política pública redistributiva é aquela onde é mais clara a percepção de ganhadores e perdedores por pressupor a decisão de penalizar uns e beneficiar outros. É a política específica de transferência de renda e propriedade entre grupos sociais por meio de instrumentos fiscais (fundos públicos) e pelo desenvolvimento de políticas de bem-estar social instituídas. A divergência de orientação sobre o papel do Estado na economia é, no fundo, um conflito sobre o grau de intervenção (aceitável) do governo na estrutura de propriedade e renda por meio de ações redistributivas.

As políticas públicas podem ser implementadas combinando diferentes objetivos. Qualquer intervenção pública na economia tem consequências distributivas: os diferentes grupos afetados pela política – firmas, indústrias, empregados, consumidores – são incentivados a procurar a regulação que os beneficia e a resistir a qualquer outra que os prejudique. Uma regulação pode induzir ao estabelecimento de laços clientelistas entre reguladores e grupos regulados.

Dois problemas institucionais relevantes para a função regulatória frente ao risco da captura por interesses particularistas são: a) como instrumentar o Estado para que intervenha de modo positivo; e b) como induzi-lo a agir bem, gerando credibilidade para as funções de regulação e previsibilidade nas decisões das elites públicas².

Uma das soluções buscadas para superar esses riscos foi o desenvolvimento de um novo paradigma organizacional para função regulatória: a delegação de expressivo poder decisório a instituições independentes para o controle das empresas de provisão de serviços de utilidade pública e outras atividades de relevância pública.

² Przeworski, Adam "Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agent x principal" in **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**, São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 1999, pp.39-73.

A “reforma regulatória” e seus mecanismos institucionais são originárias das mudanças na indústria de serviços de utilidade pública nas economias industriais: de um monopólio de propriedade pública em empresas com novos proprietários, novas estruturas industriais, novos competidores e novos métodos de controlar o seu comportamento.

Essas reformas regulatórias derivaram, em suas características essenciais, da forma como a política pública procurou corrigir as “falhas de mercado”. O desenho de um regime regulatório para uma atividade industrial tem decorrido geralmente da percepção dos riscos, reais ou potenciais, que o excessivo poder de mercado pode trazer ao interesse público.

As falhas de mercado mais comuns apontadas pela teoria são o poder de monopólio (que gera distorção na alocação de recursos pela elevação de preços); as externalidades negativas (que resulta da imposição de perdas econômicas ou de outra natureza sem as compensações correspondentes); a falha de informação (que resulta da assimetria de informação entre firmas e consumidores; profissionais e clientes etc.) e a provisão inadequada de bens públicos³.

O desenvolvimento de eficiência e credibilidade pela *delegação* de poder gerou importantes mudanças na administração pública pela criação das *agências reguladoras* com expressiva margem de delegação de independência aos mecanismos da administração pública direta e aos mecanismos usuais de controle pelas elites políticas eleitas.

Dois problemas decorrem dessa delegação:

- A extensão nas lideranças políticas (eleitas) concordam em reduzir o seu próprio poder sobre a gestão governamental;
- Quais as implicações para a legitimidade democrática e para a responsabilização (*accountability*) dessa delegação de poderes às agências reguladoras.

Se a delegação resolve o problema de credibilidade para as decisões e relações contratuais, cria simultaneamente um outro. É base da teoria política que o poder público deva ser outorgado exclusivamente a pessoas que possam ser julgadas e responsabilizadas pelo eleitorado. As agências independentes poderiam violar esse prin-

³ Majone, G. **Regulating Europe**, London, Routledge, 1996

cípio e daí serem vistas com suspeitas pelos que defendem a responsabilização direta pelo parlamento. Os executivos dessas agências são dirigentes públicos nomeados – e não eleitos – apesar de deterem grande poder decisório. Como o exercício desse poder deve ser controlado?

Majone (1996) sugere que o problema da delegação de poder possa ser dividido em duas partes: (i) pelo tipo de assunto que deva ser delegado à *expertise* independente; (ii) e pela criação de meios indiretos pelos quais a responsabilização possa ser exercida sobre as agências.

Em relação ao primeiro ponto, defende que a delegação de poderes é legítima nos temas relacionados à eficiência podendo gerar bens públicos. Ela é ilegítima quando a política gera resultados redistributivos – ganhos de um grupo às custas de outro, não podendo ser delegada a um grupo de expertos.

Em relação ao segundo ponto, os instrumentos de responsabilização, uma agência independente deve ser monitorada e mantida por uma combinação de instrumentos de controle dados:

- pela definição clara e específica de objetivos institucionais;
- pela responsabilização dos resultados;
- pela impessoalidade no cumprimento das regras;
- pelo grau de profissionalismo;
- pela transparência;
- pela forma de participação pública.

II - REGULAÇÃO E REDISTRIBUIÇÃO

Mesmo resolvida a questão da eficiência institucional da regulação, permanece o desafio da combinação entre os objetivos da política redistributiva e os objetivos do modelo regulatório. Essa questão é crucial quando a função regulatória é para a provisão de bens cuja oferta direta pelo mercado é controversa, como é o caso da saúde.

Se analisadas na perspectiva da incidência dos custos e benefícios gerados pela decisão pública, as políticas regulatórias apresentam uma clara diferença em relação às demais tipologias da intervenção do governo sobre as atividades de empresas e cidadãos (políti-

cas distributiva, auto-regulatória e distributiva).

Como vimos, a redistribuição, por exemplo, é uma política pública de jogo de soma zero, produzindo vencedores e perdedores da decisão pública. Implica a transferência direta de rendas ou benefícios de um segmento social a outro. As políticas regulatórias são políticas de soma positiva, ou seja, podem ser operadas pelos agentes públicos na perspectiva de que todos os setores afetados pela intervenção do governo sejam ganhadores pelo bem público gerado.

A agenda da eficiência (regulatória) aceita, portanto, soluções de soma positiva, quando todos os grupos afetados pela política têm que ganhar, permitindo soluções ótimas ou unânimes. Ou ainda, como sugere Majone, “*second-best alternatives*” na impossibilidade de ampla maioria de ganhadores⁴.

A percepção que a regulação é uma arena de política que gera benefícios ou que permite o consenso entre agentes públicos, empresas e consumidores explica a variedade de demanda para sua rápida e sustentável expansão⁵.

No campo da regulação econômica e social, as falhas de mercado têm motivado o crescimento das atividades regulatórias, estimulando a intervenção crescente dos governos em nome de consumidores, na proteção de contratos e da provisão de bens públicos. Com isso, a política pública assume que mercado por si só não gera a alocação otimizada, em termos paretianos⁶, de recursos em qualquer circunstância.

A teoria econômica aponta que a noção de falha de mercado é aplicável quando o teorema fundamental de eficiência gerada pela existência do mercado não produz resultados eficientes.

Isso se aplica às situações onde a produção defronta-se com firmas com poder de monopólio que, caso não sejam reguladas, inibirão a produção para favorecer o aumento de preços. Em condições perfeitas de mercado, as firmas expandiriam a produção para atingir o ponto no qual o preço de um dado produto seria igual ao custo margi-

⁴ Majone, op. cit., p.294

⁵ Costa, N. R; Ribeiro, J. M. et alii “O Desenho Institucional da Reforma Regulatória e as Falhas de Mercado” **Revista de Administração Pública** (2) Março/Abril 2001, pp. 193-228.

⁶ A expressão refere-se ao economista e sociólogo italiano, Vilfredo Pareto (1843-1928) que formulou pela primeira vez a noção de eficiência econômica.

nal – o custo de produzir uma unidade adicional de seu produto. Colocando os preços em nível outro que não o competitivo, os monopólios distorcem a alocação de recursos. As empresas em situação de monopólio não têm incentivos suficientes para minimizar os custos de produção em decorrência da ausência de competidores que baixem os preços em busca para obterem maior fatia do mercado. A política pública regulatória tem incidido fortemente sobre os setores de monopólio natural de provisão de utilidade pública, estimulando práticas competitivas e a quebra de monopólios naturais ou organizacionais.

III – AS DEMANDAS REGULATÓRIAS NO SETOR SAÚDE

A pergunta crucial é saber se o aprendizado organizacional do setor de utilidade pública pode ser tomado como referência para o mercado de seguro e planos de saúde, principalmente em razão dos mecanismos específicos de formação da demanda de saúde.

O desenvolvimento da política pública setorial é fortemente condicionado por mecanismos muito específicos⁷:

- transição demográfica (envelhecimento da população) que sobrecarrega sistemas e organizações de saúde com demanda por serviços de alto custo e longa duração
- transição epidemiológica, com a predominância do perfil de morbidade associado às doenças crônicas e emergentes;
- inovação tecnológica (novos equipamentos, medicamentos) que, em alguns casos, “não reduz custos” e é cumulativa;
- ampliação da capacidade terapêutica da atenção à saúde, gerando necessidades crescentes;
- mudança na percepção de necessidade do usuário/cidadão/consumidor, com a crescente demanda por atenção customizada e por alta tecnologia;
- autonomia decisória médica com implicações sobre a estrutu-

⁷ Abel-Smith et alii **Choices in Health Policy**, Luxembourg, Dartmouth, 1995.

- ra de despesas dos sistemas de saúde, empresas e famílias.
- centralidade do tratamento intra-hospitalar e ênfase em estratégias curativas.

Frente a esse processo de formação de demanda, as saídas das empresas e agentes que atuam no setor podem ser duas ordens:⁸

Primeiro: a utilização de lógica securitária pela aplicação dos mesmos parâmetros do mercado de seguro tradicional à atividade econômica no setor saúde⁹.

Nas condições de regulação fraca, as empresas desenvolvem essa estratégia em relação aos clientes em razão das despesas médicas serem distribuídas de modo desigual. Como sublinham os estudos sobre o tema, alguns grupos de pessoas (os mais idosos, por exemplo) geram impacto de custo maior do que outros. Para maximizar seus ganhos em mercado não regulado, as empresas privilegiam os clientes com baixo risco de utilização de serviços em detrimento dos indivíduos de alto risco. Essa estratégia é nomeada pelos estudos de *"cream skimming"*. Nos mercados não regulados, as empresas tendem a buscar o indivíduo saudável e evitar aquele com risco de adoecimento.

Na impossibilidade de exercer totalmente essa opção (de seleção de pacientes) em razão do processo de seleção adversa, as empresas tendem a impor altos prêmios pela expectativa dos custos. As estratégias de *"risk-avoidance"* (seleção de risco) produzem elevados custos de transação para os contratos individuais (ou coletivos de pequenas empresas), pela recusa de cobertura ao alto risco ou pela cobertura com alto valor de prêmio.

Para que todos possam ter acesso a preços razoáveis ao seguro saúde, a função de regulação tem sido legitimada pela busca de contrapesos gerais e específicos à conduta puramente de mercado

⁸ Não considerando as iniciativas de reserva de mercado por estratégias de bloqueio da concorrência por cooperativas e *networks* de profissionais e especialistas. Ver Haas-Wilson, D e Gaynor, M. "Increasing Consolidation in Health Care Markets: what are the antitrust policy implications?" **Health Service Research** 33:5 (December 1998, Part II, pp. 1403-1419.

⁹ Enthoven, Alain C. e Singer, S. J. "Market-Based Reform: what regulate and whom" **Health Affairs**, Spring, 1995, pp.105-124

no setor. Entre as iniciativas estão: o incentivo a mobilidade do consumidor, ampliando a elasticidade da demanda, a redução de preços dos prêmios e os incentivos fiscais. As atividades de regulação pontual compreendem a garantia de cobertura, restrição nas cláusulas de exclusão e a garantia de portabilidade de direitos contratuais, entre outras.

Segundo: a estratégia de redução de despesas e de custos pela larga utilização pelos planos de saúde dos instrumentos da atenção gerenciada (*managed care*), que afetam tanto a autonomia médica como a capacidade de escolha dos pacientes.

Os mecanismos organizacionais do *managed care* (atenção médica gerenciada) que podem afetar os direitos do cidadão são o controle dos usuários pelos médicos generalistas (médicos da atenção primária; médico de família); o *gate-keeping*: controle efetivo de todos os encaminhamentos à rede de especialistas e de clínicas especializadas complementares; o controle de terapias seriadas e de longa duração; o controle de internações clínicas e cirúrgicas; a remuneração baseada em contratos por captação, pacotes ou paciente-dia e o controle rígido de despesas decorrentes da decisão individual do profissional médico.

Não há dúvida de que a criação da ANS em dezembro de 1999 ampliou substancialmente a mediação da esfera pública no campo sanitário ao instituir a função regulatória da ANS e ao submeter às disposições da Lei n.º 9.656/98 “as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade” (Lei n.º 9.656/98, Artigo 1º)

A regulação de planos e seguros de saúde preenche os requisitos de uma atividade governamental regulatória para corrigir os riscos específicos da atividade do mercado na saúde representados por condições contratuais e mecanismos organizacionais que afetam consumidores e pacientes e que geram alta repercussão na opinião pública.

No cenário brasileiro, os principais problemas desse mercado são claramente identificáveis, considerando as demandas e as queixas dos consumidores sobre a natureza dos contratos e as imposições unilaterais das empresas:

- falhas na cobertura e exclusão de procedimento;
- cobrança ou cobertura irregular para portadores de doença preexistente;
- exigências indevidas para a admissão do paciente;
- erro nas condições de validade e de rescisão do contrato;
- prazos de carência irregulares;
- indefinição nas regras de relacionamento entre operadora e consumidor;
- descumprimento nas normas de atendimento de urgência e emergência;
- insuficiência na abrangência geográfica do seguro;
- falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas;
- negação de portabilidade dos contratos, entre outros itens.

IV – CIDADÃOS, EMPRESAS E INTERESSES ORGANIZADOS: É POSSÍVEL A SOLUÇÃO EM QUE TODOS GANHAM ?

O desenvolvimento da política governamental no mercado de seguro de saúde apresenta as características esperadas para as funções regulatórias. O processo de regulamentação formal tem gerado normas, padrões e sanções aos operadores de planos de saúde e seguros, que podem ser responsabilizados pela qualidade dos contratos, pela seleção do risco e pela adequação da administração financeira.

O balanço das perdas e ganhos desse processo regulatório retornou de modo agudo à agenda pública no mês de agosto de 2001 com a emissão pelo governo federal da Medida Provisória nº. 2.177-43, sua posterior retirada e com o compromisso de envio de Projeto de Lei para debate no Legislativo de seus aspectos mais controversos.

Esta mudança de orientação Agência Nacional de Saúde Suplementar refletiu a reação de organismos de defesa dos consumidores e associações profissionais à nova Medida Provisória (MP), que alterava alguns itens da Lei n.º 9.656/98. Estes acontecimentos revelam o cenário de razoável indefinição acerca da configuração do mercado de operadoras de planos de saúde desejado pelo modelo regulatório. Representam também os conflitos entre os diferentes grupos envolvidos no jogo regulatório e as

dificuldades em se obter resultados de soma positiva. Após quarenta e três Medidas Provisórias elaboradas desde a vigência da Lei 9.656 de 1998, a tramitação do Projeto de Lei pode representar a oportunidade de constituição de um pacto setorial patrocinado pelo Legislativo.

Como já sublinhado anteriormente, a Lei n.º 9.656/98 apresenta um foco bem definido nos consumidores. A recente MP preservava a proteção anterior e agregava novos benefícios, mas introduzia flexibilidade às operadoras de planos de saúde para definir novos produtos e preços e adequar produtos à capacidade regional. Essa flexibilidade foi tomada por entidades de defesa dos consumidores como favorável à seleção de risco e limitadora de acesso dos consumidores.

O jogo regulatório e seus efeitos sobre setores e interesses diretamente afetados pela nova legislação podem ser compreendidos, como exercício analítico, pela comparação entre a Lei no. 9.656 de 3 de junho de 1998, que originou a nova regulação para a saúde suplementar, e a forma final do modelo regulatório para o setor sintetizada na Medida Provisória no. 2.177-43 de 27 de julho de 2001. As principais mudanças observadas evidenciam as escolhas adotadas na interação com os setores organizados do mercado e a situação de alta incerteza sobre o tipo de mercado desejado para o setor saúde no Brasil.

Os principais fatores a serem destacados quando são comparadas as disposições iniciais e as últimas propostas governamentais podem ser descritos como componentes da agenda política setorial nos seguintes pontos:

1. Com relação à caracterização dos agentes e produtos, ao longo das diversas Medidas Provisórias, observa-se a unificação do conceito de plano de assistência à saúde e de operadora de plano privado de assistência à saúde, superando as separações entre planos e seguros. Isto representa o protagonismo alcançado pela ANS frente à SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) na regulação setorial.
2. Com relação aos organismos colegiados, a legislação original conferia *status* normativo ao antigo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), com composição primordialmente ministerial e participações do Banco Central, da SUSEP e do IRB – Brasil Resseguros S.A.. A Câmara de Saúde Suplementar, com forte presença de associações civis, foi criada

- como seu órgão consultivo. A nova configuração, também desenvolvida ao longo desses três anos, atribui função normativa ao CONSU, com representação exclusivamente ministerial, o que representa o enfraquecimento da área fazendária. Este organismo é integrante da estrutura do Ministério da Saúde e responsável pela regulação da própria ANS por meio de um contrato de gestão. Com relação à Câmara de Saúde Suplementar, ela passa a integrar a estrutura gerencial da ANS como organismo de consulta obrigatória.
3. Com relação aos produtos, a legislação inicial previa o plano de referência como oferta básica e sujeito a exceções de cobertura. Previa também um tipo de segmentação na forma de planos com cobertura exclusiva para atendimento ambulatorial ou internação hospitalar, ou internação hospitalar com obstetrícia ou atendimento odontológico, sendo que todas essas modalidades poderiam vir combinadas ou exclusivas. A nova Medida Provisória admite novos produtos (subsegmentações) dos anteriores que combinem oferta e preços (sob regras não definidas) em sistema hierarquizado e gerenciado, além de admitir a restrição de oferta segundo a capacidade regional. Essas disposições revelam a estratégia da ANS em diversificar a oferta, ampliar a competitividade do mercado, incluir novos consumidores. No entanto, pode representar maior assimetria das operadoras frente aos consumidores e mimetização da atenção gerenciada norte-americana.
 4. Com relação às garantias econômico-financeiras, a legislação inicial atribuía à SUSEP o poder de autorizar o funcionamento das operadoras e a promover diversas escalas de intervenção. Essas funções foram posteriormente transferidas para a ANS e ampliaram a capacidade do Ministério da Saúde em definir o tipo de mercado desejado para o setor.

A política regulatória define instâncias públicas onde se processam os interesses e soluções para o setor. No plano organizacional, a Câmara de Saúde Suplementar representa o ambiente no qual os interessados nos resultados da política formulam e pactuam soluções. Um equilíbrio adequado pode ser obtido quando as condições permitem aos representantes governamentais atuarem como árbitros em poucas

situações de impasse.

Os eventos relacionados à configuração desejada para os mercados de planos de saúde após a MP 2.177-43 recolocaram, no entanto, o Legislativo no centro decisório e podem deslocar para suas instâncias internas a intervenção dos grupos interessados e afetados pela política.

Um conjunto de entidades de defesa dos consumidores e de profissionais de saúde atuou de forma coordenada e unificou a crítica ao deslocamento efetuado pela ANS no sentido da flexibilização. As entidades que criticaram a MP envolvem: Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Fórum de Entidades Nacionais de Defesa dos Portadores de Patologias e Deficiências, Fórum Nacional de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor e Fundação Procon de São Paulo. Em síntese contestam que a nova MP:

- cria obstáculos à livre escolha pelos beneficiários de médicos, laboratórios ou hospitais credenciados ao plano contratado;
- projeta a implantação da atenção gerenciada;
- induz ao consumidor a adaptar o seu contrato até dezembro de 2003 em condições bastante assimétricas frente as operadoras mediante um regime especial de adaptação;
- possibilita a não cobertura a itens contratados em condições de baixa disponibilidade geográfica;
- possibilita a oferta de planos segmentados legalizando exclusões e restrições;
- retira a exigência de registro das operadoras nos conselhos profissionais de saúde.

V – CONCLUSÕES PARA UM DEBATE NECESSÁRIO

Um desafio normativo para a ANS refere-se a clara avaliação de efeitos gerados pela função regulatória. Nos setores industriais de monopólio natural, as agências regulatórias foram criadas no marco da reforma do Estado e orientadas para a formação e diversificação de mercados. A ANS, ao contrário, surge em função das falhas de mercado

observadas nas relações entre as operadoras de planos e seguros de saúde e os consumidores.

Os aspectos mais conflituosos do mercado de planos e seguros de saúde no cenário atual são:

- segmentação dos planos, permitindo a oferta de produtos com coberturas de abrangência e preços diferenciados;
- regionalização dos planos, permitindo coberturas adaptadas à disponibilidade de recursos segundo as diferentes regiões do país;
- adaptação dos planos, permitindo a migração dos beneficiários com contratos anteriores à 31 de dezembro de 1998 aos novos produtos.

A função da ANS é a correção de desequilíbrios no mercado de seguros saúde, mas também impõe-se à sua função regulatória a definição do padrão de competitividade desejado para o setor. Esse horizonte estratégico da ANS é congruente com a orientação ativamente pró-competição que tem sido a base da ação das demais agências da indústria de serviços de utilidade pública.

A eficiência do processo regulatório não é, contudo, apenas decorrente da capacidade das "falhas de mercado". A filiação à política pública regulatória pressupõe:

- a combinação de estratégias coercitivas e cooperativas para gerar condutas apropriadas nas empresas que atuam no setor econômico, sejam elas orientadas ou não para as regras puras do mercado;
- a aceitação de que o mercado competitivo pode trazer equilíbrio nas decisões econômicas e favorecer o direito de consumidores;
- a obtenção de condutas responsáveis das empresas produz benefício público;
- estímulo à cooperação entre as estruturas institucionais do SUS (Sistema Único de Saúde) e os segmentos da saúde supletiva para gerar soluções compartilhadas para a questão do alto custo e da atenção de longa duração e da cobertura para segmentos vulneráveis, definindo uma importante área

de tangência entre a iniciativa regulatória e a agenda redistributiva¹⁰.

¹⁰ Com isso afirmamos que um aspecto pouco considerado neste debate que diz respeito a relação do modelo regulatório com a política pública no âmbito do Sistema Único de Saúde. O tamanho da oferta e cobertura dos serviços públicos deve afetar o mercado e as estratégias das empresas. Até o momento, no entanto, as relações entre os dois sistemas tem sido tratada apenas com relação aos mecanismos de ressarcimento pelas operadoras ao SUS pelo uso dos serviços públicos pelos seus beneficiários. Um modelo mais complexo que especialize cada sistema ou algumas de suas atividades tem sido rejeitado pelos risco de promoção de segmentação ou de reconhecimento de segmentação do sistema público de caráter universal.

SAÚDE COMO DIREITO DE CIDADANIA E DIREITO DO CONSUMIDOR

Amélia Cohn*

A primeira grande questão que talvez deva ser resgatada ao se tratar desse tema consiste no fato de a literatura clássica sobre cidadania, ao referir-se a direitos e deveres do cidadão, tenha por referência central – embora nem sempre explícita – o Estado. De fato, nas sociedades modernas quando das conquistas dos direitos cidadãos, é sempre atribuído ao Estado a função por excelência de regulação das relações sociais (e portanto dos conflitos) através de contratos sociais historicamente negociados.

Essa estreita interdependência estabelecida entre cidadania e Estado, como dois elementos essenciais mas ao mesmo tempo polares constitutivos da própria cidadania, traz consigo exatamente a marca das sociedades modernas – liberais e pós-liberais – onde o Estado nacional se configura como o agente central por excelência da ordem nacional. Noutros termos, os direitos que configuram a cidadania reportam-se diretamente ao Estado, como regulador e ao mesmo tempo provedor das condições que garantam o exercício desses direitos pelos seus súditos.

No que diz respeito aos direitos sociais, esse traço torna-se muito mais explícito, na medida em que demandam do Estado a tradução de suas ações em políticas sociais que têm como função precípua ao mesmo tempo que exercer o controle social promover um certo grau de igualdade social entre os indivíduos-cidadãos. Em resumo, ao mesmo tempo promover a ordem, através da satisfação de determinadas necessidades sociais básicas, e ao fazê-lo de certa forma contrabalançar as desigualdades geradas pelo mercado.

Nesse sentido, fiel à construção da cidadania como um fenômeno essencialmente burguês, isto é, da ordem burguesa, de certa forma esta contrapõe-se ao mercado, e está diretamente referida ao

* Socióloga, docente do Depto de Medicina Preventiva da FMUSP e pesquisadora do CEDEC.

Estado. Em conseqüência, enquanto esferas de pertinência na realidade social, cidadania relaciona-se a Estado, e o consumo ao mercado. Daí ser tão disseminada a concepção de que os direitos de cidadania, especificamente na área social, são descolados da condição do cidadão enquanto consumidor, uma vez que esta diz respeito ao mercado, enquanto aquela diz respeito ao Estado.

Nos países centrais, hoje melhor dito do hemisfério norte, a tradução histórica mais acabada desse fenômeno reside nos modelos paradigmáticos de *Welfare State*, que exatamente universalizam os direitos sociais independentemente da condição dos indivíduos no mercado, e daí advindo exatamente seu caráter redistributivo: tendo como pilar de seu financiamento o orçamento fiscal, e traduzindo-se em políticas sociais universais e padronizadas, independentemente da capacidade de consumo dos indivíduos, de fato as políticas sociais tornam-se nesses casos um mecanismo eficiente e redistribuição da riqueza nacional.

Mas é no qualificativo *nacional* que na atualidade, na conjuntura global/neoliberal, que a questão da cidadania torna-se problemática. Em primeiro lugar, porque os Estados nessa nova realidade perdem sua soberania nacional no que diz respeito à definição de seus destinos econômicos, ao mesmo tempo que continuam como referência central na provisão da cidadania aos seus súditos. Em segundo lugar, porque, ainda tendo por referência os países do hemisfério norte, o novo modelo estabelecido de acumulação econômica ao definir outros parâmetros para a competitividade internacional/ global determina um movimento exatamente oposto ao anterior: passa agora a vincular os direitos sociais diretamente ao mercado. E isso em dois sentidos: trazendo para a esfera privada dos indivíduos a responsabilidade financeira pela satisfação de suas necessidades sociais básicas, os indivíduos assumindo portanto o papel de ser seu próprio provedor, papel este anteriormente do Estado, e para o mercado propriamente dito a produção dos serviços sociais. Trata-se da famosa dupla privatização do Estado e flexibilização dos mecanismos de regulação social.

Antes de se tratar da realidade brasileira, cabem ainda duas observações. A primeira delas diz respeito ao fato de nos países centrais as políticas sociais, saúde aí incluída, terem promovido uma maior igualdade social em sociedades desiguais, porém com graus de desigualdade social infinitamente menores do que aqueles verificados nos

países do hemisfério sul. Em segundo lugar, e sem dúvida o mais importante, o fato de naqueles países a constituição dos Estados de Bem Estar Social, através dos quais se constituiu e se consolidou o direito cidadão, efetivamente não veio dissociada de um processo de consolidação da própria condição do “ser cidadão”, o que permite que os cidadãos lá enfrentem, na condição de consumidor, as imposições do mercado de forma bastante mais autônoma e emancipada.

E aqui reside a palavra chave: emancipação. Como Boaventura de S. Santos chama a atenção, o paradigma da modernidade, fundado no século XIX, converge e acaba se reduzindo ao desenvolvimento capitalista, e as sociedades modernas passam a viver da contradição entre os princípios da emancipação, que apontam para a igualdade e a integração social, e o da regulação, que gerem os processos de desigualdade e de exclusão social produzidos pelo próprio desenvolvimento do capitalismo, tendo como eixo fundamental a produção de uma coesão social subordinada pelo trabalho. E como aponta o autor, na atualidade, essa tensão deixa de ser criativa, deixando a emancipação de ser o outro da regulação e se tornando o duplo da própria regulação. E é nesse sentido que na atualidade evidencia-se uma crise dos padrões de regulação social capitalista, que gera tanto a desigualdade e a exclusão social via mercado como também via os padrões de gestão controlada desse sistema de desigualdade e de exclusão sociais.

E a essência desse processo acaba por residir na indiferenciação classicamente construída e estabelecida entre direito de cidadania e direito do consumidor, uma vez que o que se verifica é uma privatização, no sentido forte do termo, do Estado: ele agora passa cada vez mais atuar segundo a racionalidade própria do setor privado, tanto no que diz respeito às suas funções de regulação quanto no que diz respeito às suas funções de provisão das necessidades sociais básicas de seus cidadãos.

ALGUMAS ESPECIFICIDADES DO BRASIL

Em primeiro lugar, ao contrário dos países do hemisfério norte, o Brasil nunca teve um Estado de Bem Estar Social, mas sim, como aponta Francisco de Oliveira, um Estado de Mal Estar Social. Isso porque as

políticas sociais que caracterizaram e vêm caracterizando até os dias de hoje nosso sistema de (des)proteção social sempre reproduziram as desigualdades sociais geradas pelo mercado, ao invés de compensá-las.

E isso por três razões bastantes simples: de um lado, porque vinculou a universalização seletiva dos direitos sociais – e da saúde aí incluída – ao mercado, ao contrário dos países do hemisfério norte, fato por todos sabido. De outro lado, porque isso foi feito através do modelo contributivo de financiamento do sistema de proteção social, cabendo aos recursos orçamentários uma participação absolutamente minoritária. Em terceiro lugar, porque a lógica de constituição e reprodução desse sistema de proteção social sempre foi e continua sendo a lógica de se constituir ao mesmo tempo que num modelo de regulação social, num modelo de captação da poupança dos indivíduos (através da contribuição) para investimentos em setores básicos da economia, e contemporaneamente para financiamento do modelo de estabilização econômica.

Além disso, ao contrário das realidades sociais daqueles países, a realidade brasileira é marcada por profundas e persistentes desigualdades sociais, haja vista o patamar em que se encontra o nosso coeficiente de Gini – 0,60 para o ano de 1999, sendo que aproximadamente 1/3 da população vive em situação de indigência e pobreza. Acresce-se a isso um processo acelerado nos anos mais recentes de flexibilização das relações de trabalho traduzido na informalidade do mercado de trabalho e deterioração dos postos de trabalho.

O resumo da ópera está em que aquela característica da modernidade quanto à regulação e à emancipação apontada por Boaventura de S. Santos e que hoje passam a ser um duplo, ou uma dupla, ao invés de contraditórias, no Brasil na realidade nunca prevaleceu enquanto contradição, dadas nossas especificidades históricas. Em conseqüência, não só a referência direta e reciprocamente atribuída entre cidadania e Estado como um fenômeno não atinente ao mercado jamais se realizou, até porque a cidadania efetivamente foi referida ao mercado, como tampouco a sua outra face se concretizou: o direito do consumidor como algo afeito ao mercado, e portanto presumindo sempre a capacidade de escolha dos indivíduos.

Ora, esse mesmo processo histórico que explica a constituição de nosso sistema de (des)proteção social, na realidade o direito de cidadania – e aqui a saúde como um direito de cidadania – de fato acaba por caçar a possibilidade de os indivíduos portadores de direi-

tos exercerem qualquer tipo de escolha, uma vez que na prática e na representação dos agentes e atores envolvidos os serviços e ações estatais são filantropia. Falando mais claramente, isso redundará na concepção, e orientação prática das políticas sociais e de saúde, em particular, de que serviços públicos – estatais ou não – são dirigidos para os pobres, para aqueles que não têm a capacidade de proverem a satisfação de suas necessidades básicas no âmbito da esfera privada, vale dizer, do mercado.

Por outro lado, há que se ressaltar que no caso da saúde, como em outros tantos, o próprio mercado não se constituiu enquanto tal, no sentido atribuído pelos economistas clássicos, uma vez que esse mercado privado da saúde constituiu-se e consolidou-se às sombras do Estado, tanto enquanto financiador direto e/ou indireto da iniciativa privada quanto em termos de garantir-lhe uma demanda cativa para sua oferta através das próprias políticas estatais previdenciária e/ou de saúde. Por último, cabe um registro: exatamente porque aqui os direitos sociais foram parcimoniosamente instituídos vinculados sempre ao trabalho, a questão social que hoje se coloca desdobra-se em como se enfrentar o crescente processo de exclusão social num contexto em que a inclusão social não se processa mais através do trabalho, fator escasso em nossa sociedade, seguindo os ditames da opção política por um modelo de ajuste estrutural de nossa economia; e de outro lado, como promover o mercado garantindo ao consumidor o direito de escolha.

Nesses anos mais recentes um dos instrumentos que vem sendo utilizado é o das Agências Reguladoras, trazendo para o Estado a prerrogativa de regular o mercado, ou melhor dizendo, os prestadores de serviços privados. Mas dada a tradição histórica do perfil de constituição do setor privado da saúde, resta a questão de até que ponto a reprodução acelerada de agências não vem fragmentando a própria ação estatal, ou melhor pública, na saúde e sobretudo até que ponto o Estado vai revelar capacidade de regulação do setor.

Do ponto de vista social e político, ainda fica a interrogação de como se promover a emancipação dos indivíduos de forma a que a saúde se transforme, quer como um direito de cidadania, quer como um direito do consumidor (já que ambos não estão desvinculados entre si) na tradução da autonomia dos indivíduos para que responsabilmente tomem e assumam suas decisões independentemente da sua situação no mercado.

Mas até o momento, na área da saúde nada permite vislumbrar em termos de uma política que efetivamente desvincule o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde da lógica do mercado, quer pelo lado dos recursos que possuem, quer pelo lado da lógica que vem sendo implementada ao funcionamento dos serviços públicos estatais. Até porque, seguindo o padrão das demais políticas setoriais, o que vem se verificando no setor é uma crescente “tecnificação” da política, isto é, a utilização de instrumentos técnicos como o fator determinante na definição das políticas (obviamente aí predominando as razões econômicas) em substituição da política propriamente dita. No entanto, enfrentar a questão da saúde como direito do cidadão e do consumidor exigiria exatamente o caminho inverso: trazer a sociedade para dentro do Estado, ao invés de distanciá-la por meio da mistificação da técnica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Santos, B. S. – “**Uma concepção multicultural de direitos humanos**”, Lua Nova, São Paulo, CEDEC, n. 39, 1997, pp. 105-124.
- Cohn, A - “**As políticas sociais no governo FHC**”, Tempo Social, S. Paulo, 11(2), out. 99, pp. 183-199.
- Telles, V. S. – **Direitos Sociais Afinal do que se trata?**, Belo Horizonte, Ed. UFMG, 1999.

GARANTIAS ASSISTENCIAIS PARA CLIENTES DE SEGUROS DE SAÚDE: QUALIDADE E SEGURANÇA.

Hesio Cordeiro³

INTRODUÇÃO

A ação regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tem contribuído para a revisão e a consolidação de padrões de benefícios médico-assistenciais para os segmentos da população coberta por operadoras de planos de seguros de saúde. É crescente, também, a vinculação de médicos através de diferentes formas de práticas ambulatorial e hospitalar, atendendo a tais clientes. Segundo MACHADO (1), cerca de 73,5% dos médicos com atividades autônomas em consultórios estão conveniados com empresas médicas e operadoras de seguros saúde. Constatam-se diferenças regionais entre os mercados atendidos por convênios, planos e seguros de saúde que decorrem, segundo NICZ (2), de diferentes estratégias de competição entre cooperativas médicas, medicina de grupo e seguradoras, resultando em maior concentração das primeiras nas regiões do interior do país, particularmente nas regiões sul e sudeste, especialmente nas cidades de médio e pequeno porte.

Nas grandes cidades e áreas metropolitanas predominam as medicinas de grupo e seguradoras, devido, em parte, ao excedente de oferta de força de trabalho de médicos e dos padrões de consumo médico crescentemente diferenciados por especialidades, maior nível de renda das famílias e vinculação formal ao mercado de trabalho.

É verdade também, que nas regiões metropolitanas reside a maior soma de problemas relacionados ao acesso, à continuidade e à qualidade dos cuidados de saúde, especialmente para os grupos

³ Doutor em Medicina Preventiva pela USP; Ex-Presidente do INAMPS, (1985-1988); Coordenador de Saúde da Fundação CESGRANRIO; Professos Visitante do IMS/UERJ.

populacionais que residem em favelas ou na periferia das áreas metropolitanas e que se veiculam ao trabalho informal e às situações de sub-emprego e desemprego.

A heterogeneidade dos padrões de qualidade do sistema de saúde, a fragmentação e a precária continuidade dos cuidados comprometem a efetividade e a eficiência do sistema como um todo, atingindo as redes de cuidado básicos, especializados e hospitalares que atendem a segmentos da clientela de planos de seguro de saúde.

A maioria dos serviços ambulatoriais do país realiza convênios com empresas de assistência suplementar e com o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com BAHIA (3), os planos de seguro de saúde são a principal opção para convênios ambulatoriais (47%), sendo o SUS a segunda opção com (38%). A diferenças regionais em relação à distribuição, acesso e vínculo com os convênios, sendo o seguro-saúde predominante nas regiões sudeste e centro-oeste. Em relação aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, cerca de 50% mantêm convênio com plano de seguro de saúde e, entre hospitais, esta cifra é de 45%. Embora, 80% dos hospitais mantenham convênio com o SUS, cerca de 39% atendem tanto ao SUS quanto aos planos de seguro de saúde. Desta forma, é prioridade para a ANS a ação regulatória e indutora de garantias médico-assistenciais e para a população que mais e mais vincula-se a esta forma de cobertura de saúde, especialmente em relação ao aprimoramento da qualidade, resolubilidade, continuidade e respeito aos direitos dos indivíduos e famílias cobertos pelas diversas formas de saúde suplementar.

Ao mesmo tempo, as iniciativas de qualidade no Brasil, na área de saúde tem se desenvolvido desde a década de 90. Em 1994, o Banco Mundial publicou um relatório em que faz a revisão das iniciativas em avaliação em garantia da qualidade no Brasil nas duas últimas décadas, destacando como atividades vinculadas à qualidade iniciativas referentes a auditorias médicas, controle de qualidade de corpo médico, revisão da utilização de serviços, sistemas de eventos sentinela e controle farmacêutico.

Ainda em 1994, o Ministério da Saúde criou um programa formal de qualidade em saúde denominado Programa de Melhoria da Qualidade, visando disseminar a cultura da qualidade entre os profissionais de saúde. Daí resultou a incorporação do componente saúde no Programa Brasileiro para Qualidade e Produtividade (PBQP), coordenado pela Casa Civil da Presidência da República. Como propostas centrais, propõe-se para saúde:

1. Estimular o uso de indicadores de resultados para avaliações em saúde;
2. Criar um programa nacional de acreditação;
3. Estimular o uso de ferramentas de melhoria da qualidade;
4. Ampliar a adoção de protocolos clínicos;
5. Estimular o controle social.

A utilização de ferramentas adequadas para as garantias assistenciais dos serviços de saúde e do aprimoramento de sua qualidade é uma tendência observada cada vez mais nas instituições de saúde, embora, tenha beneficiado apenas uma parcela restrita aos hospitais de maior competitividade. Em um ambiente que aponta para o crescimento dos planos de seguro de saúde torna-se um imperativo estabelecer garantias e padrões que promovam a melhoria da qualidade e contribuam para informar os potenciais optantes de planos de seguros sobre os padrões de qualidade de cada um deles. Os médicos e profissionais de saúde estão cada vez mais conscientes da importância dessas avaliações para proteger o interesse de seus pacientes e de sua própria prática.

A complexidade e a diversidade dos sistemas de saúde no país, requerem um continuado esforço de conhecimento das múltiplas realidades e do desenvolvimento de estratégias adequadas a estas diversas realidades para a melhoria da qualidade dos cuidados integrais de saúde. É neste contexto, que se inscreve o presente termo de referência, visando atender as redes de serviço de saúde próprias ou conveniadas com planos de seguro de saúde e com seus diversos componentes.

A REGULAÇÃO PARA A QUALIDADE NO ÂMBITO DA ANS

O desenvolvimento de mecanismos regulatórios e indutores do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde beneficiarão uma população coberta estimada em cerca de 25 a 30% da população do país. Embora as informações sejam precárias e às vezes conflitantes, são referentes a quatro modalidades empresariais de planos de seguros de saúde.

Os segmentos populacionais se ordenam segundo formas de organização na força de trabalho em: inativos, desempregados, empregados e autônomos (3), devendo corresponder às seguintes proporções:

	Cobertos	Não cobertos	Total-População
Autônomos	25,7%	74,3%	11,83
Empregados	32,04%	67,90%	26,22
Desempregados	15,01%	84,99%	5,74
Inativos	29,80%	70,20%	56,08

A indução do aprimoramento da qualidade deve, potencialmente, beneficiar todas as regiões do país. Deve ser implantado de forma voluntária por adesão das operadoras, estimando-se uma adesão mais acelerada na região sudeste em decorrência da concentração das maiores empresas. Estima-se que os fatores culturais relativos à relevância da "cultura" da qualidade poderão influenciar positivamente a incorporação de operadoras na região sul do país. Os procedimentos envolvem a utilização de instrumentos baseados na metodologia de avaliação de padrões de desempenho e de excelência desejáveis e exequíveis, associados às estratégias de aprimoramento da qualidade. Para tanto, a metodologia proposta deve considerar os seguintes objetivos:

1. Elaborar funções e padrões de excelência desejáveis para aferição de desempenho de redes de serviços de saúde vinculadas ou administradas por operadores de planos e seguros de saúde;
2. Elaborar procedimentos e normas de avaliação de redes de serviços e de suas unidades componentes para a tomada de decisão relativa à acreditação de instituições e serviços de saúde;
3. Desenvolver um sistema de pontuação para aferição dos padrões e suas regras de agregação que permitam tornar o processo de avaliação o mais objetivo possível e com adequada validade e replicabilidade;
4. Desenvolver indicadores de processos de resultados que contribuam para a mensuração das avaliações realizadas;
5. Realizar testes para validação da metodologia proposta e implementar os ajustes necessários;
6. Desenvolver um sistema de disseminação de informações de dados autorizados para conhecimento e decisão de usuários de planos e seguros de saúde, pela internet e por outros meios

eletrônicos, que apoiem as opções de escolhas para filiação ou desligamento desses planos e seguros saúde.

ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Os movimentos para aprimoramento de qualidade dos serviços de saúde se colocam como prioridade do âmbito das atividades regulatórias da ANS, levando em conta que a melhoria do desempenho interessa tanto as empresas operadoras quanto aos profissionais de saúde e à população beneficiária do serviço. Certamente, o aprimoramento da qualidade atende a uma expectativa crescente da comunidade e dos usuários que devem ter acesso a informações confiáveis para os ajudar nas decisões e escolhas de planos e seguros de saúde, de serviços de saúde e de médicos autorizados pelas operadoras para lhes prestar atendimento. O desenvolvimento dos planos e seguros de saúde tem dado prioridade às questões do financiamento e da contenção de custos, nem sempre adequando tais políticas a critérios de acessibilidade e de qualidade dos serviços prestados, gerando, freqüentemente, situações de conflito, reclamações e insatisfação dos usuários que pressionam suas empresas empregadoras, operadoras de seguros, órgãos de defesa do consumidor e, mais recentemente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O projeto parte do pressuposto que as condições legais e normativas para o licenciamento (autorização para funcionar) de operadoras de seguros de saúde já estão definidas e constituem os requisitos mínimos para o funcionamento. Estas leis e regulamentos constituem a base normativa sobre a qual se constroem as funções e padrões, que são enunciados de desempenho de excelência desejável e viável nas condições atuais. A aferição de padrões passa a fazer parte de uma estratégia de aprimoramento da qualidade. Neste sentido, diferencia-se, com clareza, o **licenciamento** – requisitos mínimos para o funcionamento – da **acreditação** – expectativas máximas possíveis de atendimento a padrões de excelência, estabelecidos de forma consensual, de acordo com “o estado da arte” e as evidências científicas. Assim, a avaliação interna (auto-avaliação) e a avaliação externa de padrões de desempenho, permitem estabelecer diretrizes para:

1. Manutenção e aprimoramento da qualidade de serviços de saúde;
2. Garantia de segurança da população coberta;
3. Gerenciamento do risco do atendimento prestado ao paciente, à sua família e das condições de trabalho dos profissionais de saúde;
4. Regulação das empresas operadoras para estimular políticas de melhoria da qualidade;
5. Incentivo à abordagem efetiva dos problemas prioritários de saúde da população coberta pelas operadoras e por suas unidades componentes;
6. Estimulo ao uso mais eficiente dos recursos alocados na área da saúde;
7. Estabelecimento de critérios para definição de centros de excelência baseados em parâmetros (*benchmarks*) e “melhores práticas” como referência de qualidade;
8. Formação de redes de serviços que assegurem a acessibilidade e continuidade dos cuidados, evitando a fragmentação e o desperdício de recurso.

A metodologia a ser desenvolvida deve basear-se no enunciado de padrões de desempenho e em sua aferição. O *padrão* é o enunciado de uma expectativa explícita, definido por consenso entre os especialistas e profissionais da área de saúde, descrevendo o nível de desempenho desejável de uma instituição.

Trata-se, portanto, de desenvolver padrões de estrutura, de processos e de resultados, com ênfase nos dois últimos, desenvolvidos com base em evidências científicas. A elaboração de um padrão deve considerar seus propósitos de forma objetiva, bem como estabelecer a expectativa de como vai ser alcançado e como o desempenho será medido.

Os padrões devem ser estabelecidos por uma variedade de fontes de evidência, cruzando várias formas de obtenção de dados (como por exemplo, documentos, entrevistas, observações, visitas), confrontando vários “olhares” em relação aos processos e estruturas da instituição componente e das redes de serviços que articulam as diversas unidades. A avaliação de uma rede deve basear-se portanto, na aferição de padrões de desempenho da rede como tal (fluxo de pacientes e de informações, por exemplo) e na avaliação dos padrões de cada uma de suas unidades componentes. Não foram desenvolvidas,

em nosso meios, metodologias para aferição de redes ou sistemas locais, ambulatoriais, órgão de apoio diagnóstico ou terapêutico (exceto a metodologia proposta pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica) ou de cuidados domiciliares ou de hospitais especializados (psiquiatria e longa permanência, por exemplo).

A metodologia a ser desenvolvida deverá, portanto, contemplar a elaboração de padrões de desempenho e procedimentos de acreditação para:

- Rede de serviço;
- Ambulatórios;
- Cuidados domiciliares;
- Unidades de apoio diagnóstico ou terapêutico.

As unidades hospitalares componentes de uma rede poderão ser aferidas utilizando metodologia de avaliação e acreditação baseadas na experiência nacional e internacional.

OS PADRÕES DE DESEMPENHO DESEJÁVEL

Partindo do pressuposto que as metodologias de avaliação baseadas em padrões para a acreditação não são dependentes da densidade da tecnologia incorporada, do tamanho da organização e de seu grau de complexidade, mas sim, da adequação e conformidade com a missão da organização e as suas funções e padrões máximos desejáveis de qualidade e desempenho, este levantamento preliminar não deve influenciar a seleção dos padrões, mas sim, servir para estabelecer estratégias e prazos para atingir aos níveis adequados de qualidade. Isto terá efeito prático para estabelecer os padrões cruciais que comporão as regras de decisão da acreditação, a implantação dos critérios de pontuação e das regras de agregação definidas a partir da expectativa máxima de desempenho.

A estrutura das funções e padrões de rede e dos componentes mencionados anteriormente deverão contemplar os objetivos, enunciados de cada padrão, propósitos, exemplos de evidencia, pontuação e regras de agregação relativos a (4, 5):

- **Direitos, responsabilidades e ética** para promover a decisão informada do membro filiado, ajudá-los a compreender e exercer seus direitos e avaliar os fatores operacionais para proteger os usuários que recebem cuidados de saúde e fortalecer o referencial ético da organização. Deve abranger os direitos da população coberta, os princípios de confidencialidade, as formas de solução de conflitos, os encaminhamentos relativos a queixas e reclamações e a participação do indivíduo e da família nos cuidados de saúde;
- **Continuidade do cuidado da saúde**, devendo incluir os procedimentos de referência e contra-referência, o acesso a serviços próprios e contratados, o acesso a serviços e outras regiões ou a serviços não cobertos; o acesso de acordo com a avaliação das necessidades do indivíduo coberto; as obrigações contratuais da rede; a comunicação da informação entre os componentes da rede e os diversos profissionais;
- **Educação e comunicação** para promover estilos de vida e comportamentos saudáveis; facilitar a participação do indivíduo e da família nos cuidados de saúde; ajudar na recuperação e retorno às funções habituais; exercer os seus direitos e responsabilidades; ajudar nas escolhas e decisões informadas do indivíduo e de sua família; participar da continuidade dos cuidados;
- **Promoção da saúde e prevenção da doença**, visando manter a saúde prevenir lesões e doenças, evitar ou retardar a morbidade e a incapacidade associadas a doenças crônicas e degenerativas;
- **Liderança**, que se refere a enunciados relativos a planejar e modelar serviços, envolvendo planos estratégicos e operacionais, alocação de recursos e infra-estrutura financeira para sustentar a prestação de serviço, aprimorando a qualidade. Refere-se também, à direção dos serviços incluindo a organização e os recursos humanos necessários de acordo com o escopo dos serviços oferecidos; o integrar e coordenar serviços, visando o cuidado dos indivíduos e o apoio entre as unidades componentes; melhoria de desempenho, em que a liderança estabelece expectativas, planos ou diretrizes, para os processos de melhoria da qualidade;
- **Gerenciamento de recursos humanos** para identificar e estabelecer o planejamento, definindo qualificações, competências, composição e número adequado de pessoal qualificado

para cumprir a missão da rede; estabelecer critérios para autorizar médicos e profissionais a prestar serviços credenciados ou a serem admitidos por várias formas contratuais aos serviços próprios; estabelecer formas periódicas de avaliação de competências e habilidades do pessoal próprio contratado ou credenciado, fazendo parte de um programa de educação permanente e de aprimoramento da qualidade dos serviços prestados;

- **Gerenciamento da informação**, para obter, administrar e usar informações que apoiem o aprimoramento do desempenho do pessoal, os processos de governabilidade e de apoio às decisões. Estes processos devem prever as informações necessárias internas ou externas à rede; modelar a estrutura do sistema de gerenciamento de informações; definir as formas de obtenção de dados; assegurar a confidencialidade dos dados relativos aos membros filiados; estabelecer esclarecimentos para análise e transformação dos dados em informações; integrar dados; transmitir, relatar e prover a retroalimentação de dados e informações; interpretar e utilizar as informações;
- **Aprimoramento da qualidade**, visando atingir melhores resultados nos cuidados às pessoas cobertas pela rede, aprimorando processos clínicos, de governança e de apoio, envolvendo planejamento, modelagem, medidas, avaliação e estratégias de melhoria de desempenho.

O item relativo ao aprimoramento da qualidade, vale-se de indicadores de desempenho, com seus propósitos, formas de medição e obtenção de dados, justificativas das evidências científicas para sua adoção.

Os indicadores deverão atender aos seguintes propósitos:

- Dispor de suficiente continuidade de coleta para permitir estabelecer séries históricas e dispor de avaliações baseadas em evidências científicas;
- Permitir detectar ou alertar problemas e condições que podem conduzir a riscos para as pessoas;
- Permitir verificar a continuidade de ações;
- Identificar áreas de excelência na rede e nas unidades componentes;

- Comparar o desempenho entre componentes ou redes com características semelhantes usando idênticas mensurações.

Um conjunto de pelo menos dez indicadores, deveria ser previsto para ser mensurado, abordando algumas variáveis, tais como:

- População coberta por grupo etário, gênero e condição sócioeconômica;
- Cobertura vacinal para as vacinas previstas no programa ampliado de imunizações;
- Exames preventivos de câncer de mama e colo uterino;
- Exames periódicos de glicemia para diagnóstico de diabetes, exames de rotina para controle de pacientes diabéticos, inclusive fundo de olho;
- Promoção de estilos de vida saudáveis, com ênfase na interrupção do hábito de fumar;
- Detecção e controle da hipertensão arterial; continuidade do cumprimento do uso de anti-hipertensivos;
- Controle da obesidade;
- Cobertura de controle pré-natal;
- Frequência de partos cesáreos e partos vaginais;
- Aconselhamento e orientação de práticas anticoncepcionais (métodos naturais, mecânicos e hormonais);
- Prevenção e controle do baixo peso ao nascer;
- Controle de internações repetidas por doenças crônicas;
- Cumprimento para prescrição para tratamento da tuberculose;
- Controle de pacientes com resistência às drogas de rotina no tratamento da tuberculose;
- Controle de pacientes HIV positivos;
- Controle de pacientes ambulatoriais, em hospital-dia, ou hospitalizados de forma recorrente por doenças mentais;
- Utilização de cuidados ambulatoriais;
- Grau de satisfação da população coberta;
- Queixas e reclamações mais frequentes;
- Adesão e saída do plano ou seguro saúde;
- Adesão e saída de médicos e prestadores de cuidados vinculados a unidades componentes de operadoras.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A ação regulatória da ANS vem propiciando o incentivo à maior segurança e qualidade no atendimento à saúde proporcionado através das operadoras de seguros de saúde. Entretanto, é necessário ampliar os mecanismos de avaliação externa, independente e voluntária baseada nos princípios da acreditação para consolidar o processo de aperfeiçoamento que dá seus primeiros passos.

A acreditação, respeitando a confidencialidade e privacidade das informações, permitirá oferecer a clientela usuária desses serviços condições de escolha informada a respeito das empresas de seguro de saúde e de seus produtos. É um instrumento de ampliação do controle democrático dos consumidores enquanto cidadãos.

Estas estratégias permitiriam criar mecanismos de competição gerenciada capazes de corrigir as imperfeições do mercado, e que é essencial em se tratando da promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e das incapacidades a que tem direito os segmentos das populações cobertas pelas diversas formas de saúde suplementar.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- MACHADO, M.H. **Perfil dos Médicos no Brasil: análise preliminar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD, 1996.
- NICZ, L.F. Managed Care. Médicos. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Volume I, nº 2 p.96-105, 1998.
- BAHIA, LIGIA. **Mudanças e Padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FUNENSEG. 2000, 228p.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS. Managed Care Plans. Integrated Delivery Networks. Provided Sponsored Organizations. Comprehensive Accreditation Manual for Health Care Networks. 1998-2000. Oakbrook Terrace, Ill:JCAHO, 1998, 490p.
- REVISTA ENSAIO. Avaliação e Políticas Públicas em Educação. Rio de Janeiro: Fundação Cesgranrio. Vol 8. Numero especial voltado para a acreditação em saúde, junho 2000, p.5-128.

REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS E SEGUROS SAÚDE *(NOTAS PRELIMINARES - 21/08/2001)**

Grupo de Trabalho da Comissão de Saúde Suplementar
do Conselho Nacional de Saúde

O artigo 196 da Constituição Federal dispõe a saúde como direito de todos e dever do Estado. No mesmo sentido o artigo 197 da Carta da República dispõe as ações e serviços de saúde revestidas de relevância pública, cabendo ao poder público nos termos da Lei dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Também a mesma Constituição Federal prescreve no artigo 189 & 1 que as instituições privadas podem participar de forma complementar do SUS, mas segundo diretrizes deste. Os artigos 1º, 15 e 22, da Lei 8.080 de 1990 estabelecem acerca da competência e atribuição e elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados à saúde tendo em vista sua relevância pública, bem como as condições para funcionamento daqueles serviços e seus princípios éticos. Finalmente o Decreto Federal 9.948 de 1.990 em seu artigo 1º determina que compete ao Conselho Nacional de Saúde atuar na formulação de estratégias e no controle da política nacional de saúde.

Considerando o fundamento legal atrás mencionado o Grupo de Trabalho da Comissão de Saúde Suplementar do Conselho Nacional de Saúde, encaminha notas preliminares sobre o processo de regulamentação dos planos e seguros privados de saúde ao egrégio colegiado.

Seguem-se notas sobre os antecedentes da regulamentação bem como comentários sobre as lacunas da Lei 9.656 e demais normas bem como uma breve apreciação das questões prioritárias que emergem a partir do Projeto de Lei do executivo a ser enviado ao Congresso. Enfatizamos que tais sugestões, foram elaboradas apressadamente e serão aprimoradas posteriormente haja visto a comple-

* Versão preliminar sujeita a revisão

xidade dos problemas aqui tratados e a exigência de maior rigor e profundidade para tratá-las.

A AGENDA DA REGULAMENTAÇÃO DE 1998

A regulamentação dos planos e seguros saúde emerge em um contexto marcado por uma vertente eminentemente econômica e outra de cunho assistencial. De um lado, as profundas reformas no mercado de seguros anunciam a necessidade de normatizar a denominada assistência médica suplementar. As proposições para a desregulamentação do sistema nacional de seguros cujos eixos principais: a quebra do monopólio do resseguro pelo Instituto de Resseguros do Brasil (IRB) e a abertura para o capital e empresas estrangeiras do setor, se apoiam em previsões sobre o crescimento do mercado de planos e seguros saúde combinado ao dos planos de previdência complementar e reprivatização dos seguros de acidente do trabalho.

Por outro lado, as crescentes denúncias de negação de atendimento aos clientes cobertos por planos privados de saúde e a elevação exorbitante dos preços dos prêmios ecoam nas entidades de defesa do consumidor e em organizações não-governamentais e passam a ser objeto de inúmeras intervenções dos órgãos do judiciário. Adicionalmente, as entidades médicas passam a se posicionar contra: o controle da utilização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; as políticas de credenciamentos e os valores de remuneração praticados pelas operadoras de planos e seguros saúde.

A agenda da regulamentação do final da década de 90, conformada pelos interesses expressos por essas duas vertentes, trouxe ao debate quatro temas. Dois desses temas tem origem no Ministério da Fazenda e se referem a abertura do sub-segmento à atuação do capital e empresas estrangeiras e a padronização das regras para a constituição de reservas e demonstração de solvência para a permanência das empresas no mercado. O terceiro, que diz respeito às ampliações de cobertura, é trazido à pauta pelas entidades médicas e dos órgãos de defesa do consumidor. Um quarto ponto da agenda da regulamentação, o das relações público-privadas envolvidas com a utilização de procedimentos de alto custo/complexidade, inspira-se inicialmente nas idéias de universalização de uma cesta básica e criação de fundos para o financiamento dos atendimentos mais complexos. Mas adquire outro teor por iniciativa de gestores do SUS, que propõem um ressarcimento

pelos atendimentos aos clientes de planos e seguros saúde realizados nas dependências de estabelecimentos públicos ou conveniados com o SUS.

Sob as pressões dos diversificados interesses das diversas modalidades empresariais que atuam no mercado, consumidores, entidades médicas e de técnicos do Ministério da Fazenda e do Ministério da Saúde, um quinto tema emerge na arena do debate – a disputa interministerial pela institucionalização da regulamentação. Esses cinco temas, integram o núcleo do processo de regulamentação e sobre eles incidem as normas operacionais e controvérsias da Lei 9.656, das mais de 40 reedições da MP 2.177 e das Resoluções da ANS.

Contudo, após três anos da promulgação da Lei 9.656, o aprofundamento do debate, necessário ao aprimoramento das normas legais e sua operacionalização, exige uma reflexão para a elaboração de uma agenda mais ampliada. Afinal de contas, a avaliação dos avanços e os obstáculos do processo regulatório sugerem que alguns dos temas que ainda não entraram na pauta da regulamentação são essenciais não apenas por representarem novos desafios a serem enfrentados, mas sobretudo para a consolidação das regras já definidas.

TEMAS/ CONTEÚDOS NÃO REGULAMENTADOS

Entre os temas a serem incorporados ao processo de regulamentação dos planos e seguros saúde situam-se em primeiro lugar aqueles que relacionam-se as concepções sobre saúde e direito à saúde e sobre a realidade do mercado de planos e seguros saúde no Brasil, tanto no que diz respeito a sua estruturação interna, quanto às suas relações com o SUS e seu papel no sistema de saúde brasileiro. A atual legislação baseia-se na aceção da existência de dois sistemas distintos que apresentam uma única interface – a alta complexidade. Mas na prática, as interferências entre os recursos financeiros e assistenciais entre o público e privado na área da saúde, em nosso país, são muito mais complexas e extensas e requerem, respeitando-se o direito da atuação das empresas privadas, definições claras sobre a subordinação dos interesses privados aos públicos. Isso significa sublinhar que

as ações de saúde não se reduzem a assistência médico-hospitalar. Todas as atividades relacionadas com a vigilância, prevenção e promoção da saúde bem como os procedimentos clínico-cirúrgicos de emergências e aqueles realizados pelo SUS não cobertos, contratualmente, pelas operadoras de planos e seguros de saúde beneficiam direta ou indiretamente os clientes dos planos e seguros de saúde.

Uma aproximação mais realista da estruturação do segmento da assistência médica suplementar também é fundamental para afinar os instrumentos regulatórios. É preciso estender a abrangência da legislação aos planos coletivos, forma de contratação de mais de 70% dos beneficiários, e reduzir as diferenças entre os padrões de atendimento para os subsegmentos internos ao mercado organizados em torno dos planos de tipo básico, tipo intermediário e tipo executivo. A conformação de sub-redes para o atendimento de cada subsegmento se concretiza através da comercialização de produtos muito diferenciados quanto ao preço dos prêmios, oferta de serviços disponível, acessibilidade dos médicos e qualidade dos hospitais. Essa fragmentação e a vinculação do valor dos prêmios à utilização de determinados serviços impede que os critérios clínicos prevaleçam sobre os sócioocupacionais na condução do tratamento. A redução das diferenças entre o atendimento aos clientes dos diferentes tipos de plano e a garantia do acesso, qualidade e adequabilidade do provedor de serviço requerem dispositivos normativos voltados à ampliação das coberturas e também às garantias do acesso e adequação do prestador de serviço às condições clínicas do paciente.

Um outro conjunto de temas diz respeito as relações entre provedores de serviços e operadoras. O vazio normativo sobre este tema tem sido preenchido pelas reações das entidades médicas contra os descredenciamentos efetuados pelas operadoras e por iniciativas do Congresso Nacional, como a do Projeto de Lei do Senador Lúcio Alcântara, recentemente aprovado pelo Senado que, modifica o artigo 43 da Lei 8.080 para autorizar os hospitais públicos de ensino a estabelecerem convênios com as operadoras de planos e seguros saúde.

A Lei 9656 trata de apenas uma das dimensões do problema dos deveres e obrigações que devem reger as relações entre operadoras e provedores de serviços: veda a prática da denominada "unimilitância". Outros importantes aspectos referentes a responsa-

bilidade pela garantia, continuidade e qualidade do atendimento envolvendo a participação dos provedores de serviços e de empresas como as de *home care*, contratadas pelas operadoras para o atendimento de seus clientes que implicam deveres e direitos, ou seja estabilidade contratual para todos os elementos que compõem a cadeia de empresariamento, diretamente envolvida com a prestação de serviços, ainda não se tornaram objeto da regulamentação governamental.

O tema do financiamento dos prêmios e dos serviços de saúde que, até no momento não entrou na pauta do debate, exceto no que diz respeito ao ressarcimento ao SUS, é extremamente polêmico por que questiona princípios básicos das relações entre consumidores e vendedores. A base do financiamento das operadoras de planos e seguros saúde, que tem nos planos coletivos empresariais a principal fonte de receitas, é viabilizada por subsídios fiscais e pelo repasse do pagamento dos prêmios aos produtos já que, em geral, os empregados contribuem com menos de 1/3 do valor total do prêmio. Já, a parcela patronal, do financiamento dos planos ou seguros de saúde privados para os funcionários públicos da administração direta tem como fonte de recursos o orçamento público.

Os subsídios à demanda por planos individuais, os descontos sem limites pelo pagamento dos prêmios e despesas médicas incidem sobre a parcela que "paga" imposto de renda, que representa um contingente menor do que o número estimado de clientes de planos individuais. Portanto, pode se afirmar, senão um financiamento público direto para os planos e seguros privados que uma parte significativa das despesas com o pagamento dos prêmios são compartilhadas com a sociedade e por isso representam gastos sociais.

Outra importante fonte de subsídios diretos aos planos e seguros saúde é o atendimento de clientes de planos e seguros em serviços do SUS. A operacionalização do ressarcimento ao SUS, só para internações hospitalares, vem sendo retardada pelos mandados legais obtidos pelas operadoras junto à justiça.

Além dos temas apontados anteriormente é preciso sublinhar a necessidade de avançar o debate e a elaboração de proposições sobre o modelo institucional para a regulamentação dos planos e seguros saúde. Para tanto se faz necessária a integração da ANS com o Ministério da Saúde e todas as demais instâncias subnacionais de gestão e controle social da Saúde. As informações sobre os beneficiários de planos, a oferta e qualidade da assistência das operadoras, os

valores de remuneração praticados devem ser sistematicamente compartilhadas e integrar o repertório de indicadores disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

O ATUAL PROJETO DE LEI DA ANS

O Conselho Nacional de Saúde vem crescentemente se ocupando com o aprimoramento da regulação da assistência médica suplementar, tendo inclusive criado uma Comissão Permanente de Saúde Suplementar e articulado em conjunto com o Congresso Nacional e com a ANS o “Simpósio sobre Regulamentação dos Planos de Saúde”. A este tempo, surpreendentemente, a ANS propõe uma Medida Provisória unilateral que contém inúmeros retrocessos em relação a legislação aprovada anteriormente. A reação imediata do CNS, de parlamentares e de outras entidades da sociedade civil foi fundamental para dar visibilidade a essa tentativa de “empurrar guela abaixo” propostas de aprofundar ainda mais a fragmentação assistencial do segmento suplementar. A grande repercussão na mídia do teor das proposta da ANS contribuiu para a retirada da MP e sua transformação em Projeto de Lei a ser enviado ao Congresso Nacional, onde poderá ser amplamente debatido e modificado.

Entre os vários problemas da proposta da ANS destacam-se as proposições de redução/adequação das coberturas à oferta atual disponível segundo regiões geográficas. Em nome da facilidade de acesso, o que se propõe é a preservação da baixa capacitação tecnológica existente na maior parte das cidades brasileiras. Na realidade, a regulamentação do acesso aos serviços de maior complexidade/alto custo fere os mais elementares direitos à saúde.

A lógica que informa a tentativa de normatizar a restrição de acesso visa, fundamentalmente, atender interesses econômicos estratégicos que pressupõem uma expansão do mercado de planos privados de saúde baseada na autorização para que provedores de serviços filantrópicos e operadoras de pequeno e médio porte comercializem planos sem necessidade de investir na capacitação da oferta. Dada a heterogeneidade da capacidade instalada do sistema de saúde brasileiro, principalmente no que se refere aos procedimentos de alta e média complexidade, muitas regiões são desprovidas parcial ou totalmente destes serviços, dificultando a oferta de procedimentos necessários à cobertu-

ra de assistência à saúde.

Essa “regionalização” é inaceitável tanto porque isenta as operadoras de quaisquer responsabilidades assistenciais por pacientes que necessitem de procedimentos que não estarão disponíveis quanto por pressupor a manutenção do atual padrão de utilização do SUS, não enquanto serviços a quem todos tem direito, mas como parte dos lucros das operadoras.

QUESTÕES PARA A ELABORAÇÃO DE UMA AGENDA AMPLIADA DE DEBATES E PROPOSIÇÕES

Complementaridades/ Superposições/ Conflitos entre a Legislação sobre a Regulamentação dos Planos e Seguros Saúde, Constituição de 1988, Lei Orgânica da Saúde e o Código de Defesa do Consumidor

Coberturas – garantia do acesso, monitoramento da qualidade da assistência, portabilidade das carências e do tempo de permanência nos planos para fins de aposentadoria e em casos de desemprego

Relações entre Operadoras e Provedores de Serviços – responsabilidades sobre a garantia e qualidade do atendimento; políticas e parâmetros para remuneração; remunerações diferenciadas, baseadas no tipo de acomodação do paciente durante a internação para o mesmo procedimento; políticas de credenciamento, regras para o descredenciamento, “dupla porta de entrada”,

Institucionalização da Regulamentação: relações da ANS com o Ministério da Saúde e instâncias gestoras subnacionais, descentralização, controle social, relações da ANS com o Congresso Nacional

Financiamentos dos Prêmios e Ressarcimento ao SUS: subsídios fiscais à demanda; diferença entre estrutura tributária das operadoras (subsídios à oferta), acompanhamento do ressarcimento ao SUS

Reajuste de Preços dos Prêmios e Remuneração dos Serviços: estrutura de despesas das operadoras; critérios para definição de reajustes dos prêmios e valores de remuneração

RECOMENDAÇÕES AO PLENÁRIO DO CNS

- 1) Compromisso com a revisão da Lei 9.656 pelo Congresso Nacional.
- 2) Atuação na tramitação do PL no Congresso Nacional com participação propositiva nos trabalhos das comissões, audiências públicas, grupos de trabalho e outras atividades da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.
- 3) Elaboração, a cargo da Comissão de Saúde Suplementar, da publicação "Propostas de Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde" a partir das apresentações, debates e proposições do Simpósio "Regulamentação dos Planos de Saúde" realizado em parceria do CNS com o Congresso Nacional.
- 4) Realização de estudos prioritários a partir de grupos de trabalho de especialistas.
 - I) Estudo econômico-financeiro para subsidiar o debate sobre preços dos prêmios e dos valores de remuneração da assistência médica suplementar.
 - II) Estudo comparativo e de complementaridade entre as legislações sobre a saúde, a regulamentação dos planos e seguros e Código de Defesa do Consumidor.
 - III) Estudo sobre as relações entre operadoras e prestadores de serviços: Impacto do Ressarcimento e Dupla Porta de Entrada.