

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Negativas de cobertura pelas operadoras de planos de saúde: análise das denúncias de beneficiários encaminhadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)”

por

Jeane Regina de Oliveira Machado

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alicia Domínguez Ugá

Rio de Janeiro, abril de 2011



Esta dissertação, intitulada

“Negativas de cobertura pelas operadoras de planos de saúde: análise das denúncias de beneficiários encaminhadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)”

apresentada por

Jeane Regina de Oliveira Machado

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Alúcio Gomes da Silva Junior

Prof.^a Dr.^a Margareth Crisóstomo Portela

Prof.^a Dr.^a Maria Alicia Domínguez Ugá – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 14 de abril de 2011.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M149 Machado, Jeane Regina de Oliveira
Negativas de cobertura pelas operadoras de planos de saúde:
análise das denúncias de beneficiários encaminhadas à Agência
Nacional de Saúde Suplementar (ANS). / Jeane Regina de
Oliveira Machado. -- 2011.
112 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Ugá, Maria Alicia Domínguez
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Sistemas de Saúde. 2. Saúde Suplementar. 3. Cobertura de
Serviços de Saúde. 4. Brasil. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.104250981

DEDICATÓRIA

A Deus

“...Porque para Deus nada é impossível.”

Lucas 1:37

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas inesgotáveis bênçãos concedidas ao longo de minha vida.

À minha orientadora Maria Alicia Domínguez Ugá, pela dedicação indispensável para a elaboração desse trabalho.

Ao meu marido Leonardo, pela compreensão, pelo companheirismo e incentivo constantes.

Aos meus pais, pelo amor e a renúncia de seus próprios sonhos em prol de nossas realizações. Ao meu irmão e amigo Gabriel, por estar sempre ao meu lado, pronto a ajudar.

À minha amiga Rachel Salvatori, por me ajudar nos primeiros e fundamentais passos para meu ingresso no mestrado.

Aos amigos de trabalho da GEAS/ANS e à amiga Adriana Cavalcanti, pelo aprendizado diário, pela amizade e pelas contribuições na elaboração da dissertação.

Aos amigos Celina e Wilson Júnior, por serem extremamente prestativos em vários momentos da realização do mestrado.

Aos colegas de trabalho da ANS, Kylme e Jorge, que me forneceram os dados para a realização dessa pesquisa.

A todos os professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca pelos ensinamentos e oportunidades oferecidas durante o curso de mestrado.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse trabalho.

RESUMO

O presente estudo originou-se de meu interesse em investigar aspectos sobre o acesso dos beneficiários às coberturas assistenciais no setor suplementar de saúde brasileiro. O objetivo dessa pesquisa é analisar as negativas de cobertura praticada pelas operadoras, do ponto de vista do item negado (procedimentos, medicamentos, próteses, órteses e materiais especiais), das características do paciente, do tipo de plano adquirido pelo consumidor, do tipo de contratação e da modalidade da operadora, bem como sob a perspectiva da adequação ou não dessas negativas de cobertura às cláusulas dos contratos assinados entre beneficiários e operadoras de planos de saúde.

Trata-se de uma pesquisa documental exploratória, de caráter quantitativo, que utilizou informações existentes e disponíveis na Agência Nacional de Saúde Suplementar. O universo pesquisado correspondeu às denúncias de negativa de cobertura encaminhadas ao Núcleo/RJ, no ano de 2008, pelos beneficiários de operadoras de planos de assistência à saúde sediadas no estado do Rio de Janeiro. Os dados secundários utilizados foram obtidos através do Sistema Integrado de Fiscalização (SIF), sistema eletrônico utilizado para armazenar todos os tipos de denúncias oriundas do Disque ANS, bem como as denúncias dos beneficiários realizadas diretamente aos Núcleos/ANS e aquelas encaminhadas por meio do site da ANS.

Como resultado, observou-se que vários foram os motivos alegados pelas operadoras para justificar suas negativas de cobertura assistencial, quais sejam, ausência de rede prestadora (17%), o fato de o procedimento não constar do rol (16%), divergência entre auditor da operadora e médico assistente (9%), procedimento sem cobertura contratual (7%), dentre outros. Os procedimentos com finalidade diagnóstica lideraram a lista dos mais negados, seguidos pelos procedimentos cirúrgicos e clínicos. Essa pesquisa mostra indícios de como seria a prática do mercado de planos de saúde quanto à não autorização de procedimentos e corrobora o achado de outros trabalhos que apontam para a utilização de mecanismos microrregulatórios como forma de cerceamento do acesso dos beneficiários a serviços de saúde.

Palavras-Chave: Sistema de saúde brasileiro; Saúde Suplementar; cobertura assistencial; negativa de cobertura.

ABSTRACT

This study stems from my interest in investigate the aspects of the beneficiaries' access to health care coverage in the supplemental health care sector in Brazil. The objective of this research is to analyze the coverage denials carried by health care insurance plans from the viewpoint of the item that is denied (procedures, medications, prosthetics, orthotics and special materials), characteristics of the patient, type of plan purchased by the customer, type of contract and the type of health care insurance company model, as well as from the perspective of adequacy or otherwise of such coverage denial to the terms of the contract signed both by the beneficiaries and the providers of health care insurance plans.

This is an exploratory data research, based on quantitative aspects, in which was used existing and available information from the National Agency of Supplementary Health. The universe surveyed in this study corresponded to the number of complaints due to coverage denials reported to the Núcleo / RJ, in 2008, from beneficiaries of health care plans located on the State of Rio de Janeiro. The secondary data used in this study, were obtained through the Sistema Integrado de Fiscalização (SIF), the electronic system used to store all kinds of complaints that came to the agency from the ANS Dial, as well as complaints made by the beneficiaries directly to the Núcleo / ANS and those submitted through the ANS site.

As result of this research, it was observed that there were several reasons given by the health care plans to justify denials of coverage, namely, the absence of network provider (17%), the fact that the procedure does not appear on the roster (16%), divergence between the auditor of the health insurance company and the physician (9%), procedure without contractual coverage (7%), among others. The procedures for diagnostic purposes topped the list of the most denied ones, followed by surgical procedures and clinical procedures.

This study shows evidence of how would be the practice of health care plans market in respect to not allowing procedures and confirms the findings of other studies that point out the use of microregulatory mechanisms as a way of curtailing the beneficiaries' access to health care services.

Key-words: Brazilian Health System; Supplemental Health; Health Services Coverage; Coverage denial;

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Legislação selecionada* relacionada com o apoio à oferta e demanda de serviços e planos e seguros privados de saúde no período pós-Constituição de 1988.

Tabela 1. Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e época de contratação do plano (Brasil - junho/2010)

Tabela 2. Percentual de atendimentos do Disque ANS de 16/07/2001 a 31/08/06

Tabela 3. Fiscalizações descentralizadas da ANS no período de 2003 a 2005

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - 2000-2010)

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - junho/2010)

Gráfico 3 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde por época de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - junho/2010)

Gráfico 4 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de assistência médica por segmentação assistencial do plano (Brasil - junho/2010)

Gráfico 5 - Pirâmide etária dos beneficiários de planos privados de assistência médica, por sexo (Brasil - junho/2010)

Gráfico 6 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - 1999-2010)

Gráfico 7 - Distribuição percentual das operadoras ativas, por modalidade (Brasil - setembro/2009)

Gráfico 8 - Beneficiários de planos de saúde por modalidade da operadora (Brasil - 2000-2009)

Gráfico 9 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - junho/2010)

Gráfico 10 – Análise inicial das denúncias

Gráfico 11 – Principais mecanismos microrregulatórios utilizados pelas operadoras

Gráfico 12 – Análise das denúncias segundo motivo de negativa de cobertura

Gráfico 13 – Análise das denúncias de negativa de cobertura segundo categoria do item negado

Gráfico 14 – Análise detalhada das denúncias de negativa de cobertura segundo categoria do item negado

Gráfico 15 – Análise das denúncias de negativa de cobertura segundo a procedência

Gráfico 16 – Distribuição dos beneficiários por faixa etária nas denúncias analisadas

Gráfico 17 – Categoria do item negado versus idade do beneficiário

Gráfico 18 – Modalidade da operadora versus categoria do item negado

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - junho/2010)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADIN	Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
AMS	Assistência Médico-Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
Consu	Conselho de Saúde Suplementar
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CID	Classificação Internacional de Doenças
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CPT	Cobertura Parcial Temporária
Conasp	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DIU	Dispositivo intra-uterino
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DMP	Departamentos de Medicina Preventiva
DLP	Doenças ou lesões preexistentes
FAS	Fundo de Assistência Social
IDEC	Instituto de Defesa do Consumidor
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NIP	Notificação de Investigação Preliminar
OMS	Organização Mundial de Saúde
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development

OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PAC	Procedimentos de Alta Complexidade
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROCON	Procuradoria de Proteção e Defesa do Consumidor
PIB	Produto Interno Bruto
RMI	Revisões médicas independentes
SIF	Sistema Integrado de Fiscalização
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
Susep	Superintendência Nacional de Seguros Privados
TISS	Troca de Informações em Saúde Suplementar
TUSS	Terminologia Unificada em Saúde Suplementar
TCAC	Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta
TSS	Taxa de Saúde Suplementar
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E AS PARTICULARIDADES DO SEGMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR	18
2.1. Antecedentes	18
2.2. Caracterização do sistema de saúde brasileiro.....	25
2.2.1. O arranjo público-privado do sistema de saúde	25
2.2.2. O segmento da saúde suplementar	32
3. A REGULAÇÃO DO SEGMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	46
3.1. A Lei 9656/98	51
3.2. A Lei 9961/00	58
3.3. Cobertura assistencial.....	64
3.4. Evolução, limites e desafios da regulação	65
4. JUSTIFICATIVA - O PROBLEMA DA NEGATIVA DE COBERTURA	73
4.1. Dados gerais.....	73
5. METODOLOGIA	77
5.1. Tipo de pesquisa.....	77
5.2. Fonte de informação	77
5.3. Procedimento para obtenção dos dados.....	77
5.4. Procedimento para análise de dados.....	78
5.5. Análise dos dados.....	79
5.6. Aspectos éticos.....	80
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	81
7. DISCUSSÃO	92
8. CONCLUSÕES.....	103
9. REFERÊNCIAS.....	108

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo originou-se de meu interesse em investigar aspectos sobre o acesso dos beneficiários às coberturas assistenciais no setor suplementar de saúde brasileiro. Isto porque o referido setor hoje conta com aproximadamente cinquenta e sete milhões de beneficiários¹ e possui um papel importante no sistema de saúde brasileiro.

O interesse pelo assunto surgiu em meu cotidiano laboral na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), onde me deparo constantemente com demandas provenientes de inúmeros atores da sociedade, bem como de outros setores da ANS, que questionam sobre a obrigatoriedade ou não de determinadas coberturas assistenciais de procedimentos, medicamentos, próteses, órteses e materiais a serem prestadas pelas operadoras de planos de saúde.

A ANS, criada em 2000, é uma agência reguladora, vinculada ao Ministério da Saúde e sua finalidade consiste na defesa do interesse público no âmbito da assistência suplementar à saúde, incluindo a regulação das relações entre operadora, prestadores de saúde e consumidores¹.

Dessa forma, num primeiro momento da criação da ANS buscou-se identificar e regular os aspectos econômico-financeiros do setor da saúde suplementar. Gradativamente, a qualidade assistencial foi sendo colocada em foco, pois havia, e ainda há, uma gama de aspectos não suficientemente claros sobre esta questão que necessitavam ser elucidados².

No dia-a-dia de meu trabalho surgiam questionamentos como: o que motiva as operadoras de planos de saúde a negarem os procedimentos? Tais operadoras possuem respaldo legal para amparar suas negativas? As negativas estão relacionadas com um entendimento controverso do rol editado pela ANS, que estabelece a cobertura mínima a ser garantida pelas operadoras aos beneficiários? Existem maneiras de impedir que estas práticas deletérias ocorram e assim melhorar o acesso do beneficiário aos procedimentos necessários para manutenção ou restauração de sua saúde?

Diante dessas perguntas, aparentemente sem respostas, decidi pesquisar sobre tal temática, estabelecendo como objeto deste trabalho: **a restrição ao acesso dos clientes de operadoras de planos de saúde às coberturas de procedimentos para o diagnóstico e o tratamento de suas doenças.**

¹ Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos - Setembro /2010.

O mercado de planos privados de assistência à saúde, ainda hoje, constitui-se em objeto a ser estudado. Sua regulamentação é recente, a partir da promulgação da Lei nº 9656/98, e até 2000 as informações sobre o setor inexistiam ou apresentavam-se inconsistentes³.

Segundo Albuquerque et al.(2008)³, a partir da criação da ANS, foi possível conhecer o sistema de saúde suplementar e acumular informações relativas aos beneficiários, às operadoras, às suas respectivas redes prestadoras, abrangência geográfica dos contratos, cobertura, segmentação assistencial e tipos de planos ofertados, pois essas empresas são obrigadas a enviar periodicamente informações à ANS.

A baixa regulação desse mercado até o final da década de 90, associada aos incentivos fiscais e a inexistência de barreiras de entrada e saída de empresas, propiciou o desenvolvimento do mercado de planos privados de assistência, a expansão da clientela e a diversidade de empresas no ramo da atenção à saúde em cidades de grande e médio porte no país⁴.

Tal mercado é composto por seguradoras de saúde, empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e empresas de autogestão, dentre outras. Essas organizações comercializam planos de saúde que propiciam o acesso dos beneficiários a serviços privados de saúde. Isto diminui o desembolso direto das famílias, uma vez que o gasto oriundo da utilização desses serviços pode ser dividido pelo total de segurados⁵.

Frente à diversidade de planos atualmente existentes, a realização de muitos procedimentos é negada por várias operadoras e sua negativa requer a análise da ANS no sentido de identificar se ela procede ou não, considerando-se os termos e o tipo do contrato entre operadora e cliente.

É nesse contexto que se situa este projeto de pesquisa, cujo objetivo é analisar as negativas de cobertura, do ponto de vista do item negado pelas operadoras (procedimentos, medicamentos, próteses, órteses e materiais especiais), das características do paciente, do tipo de plano adquirido pelo consumidor, do tipo de contratação e da modalidade da operadora, bem como sob a perspectiva da adequação ou não dessas negativas de cobertura às cláusulas dos contratos assinados entre beneficiários e operadoras de planos de saúde.

Para tanto, o capítulo II traz um breve histórico dos antecedentes do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a década de 60 até a promulgação da Constituição Federal de 1988 e o surgimento do SUS. Ademais, trata da caracterização do sistema de saúde brasileiro, permeado por sua dualidade, típica do arranjo público-privado existente no Brasil. Para melhor

compreender o universo das negativas de cobertura, foram expostas informações sobre o segmento da saúde suplementar.

No intuito de complementar nosso entendimento, o capítulo III, sobre a regulação, foi construído, visando explicar sobre o marco regulatório desse segmento e as Leis nº 9656/98 e 9961/00. Nos capítulos subsequentes foram apresentadas a justificativa do trabalho e a metodologia utilizada para a análise dos dados. O capítulo VI trata de apresentar os resultados, levando-se em consideração os objetivos da pesquisa, com posterior discussão no capítulo VII. Por fim, o capítulo VIII traz as nossas conclusões sobre o estudo.

2. O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E AS PARTICULARIDADES DO SEGMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

2.1. Antecedentes

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se numa das principais conquistas da sociedade brasileira nas últimas décadas. Apesar dos inúmeros entraves enfrentados até o momento, mostrou-se um avanço em termos de descentralização, ampliação rumo à universalização do acesso, direito à saúde e cidadania.

Na visão de Pierantoni (2008) ⁶, “Considerado o maior programa de inclusão social do mundo, o SUS vem se desenvolvendo ao longo desses 20 anos, independentemente de governos e partidos políticos, expansões e contrações no seu financiamento ou mudanças de modelo na gestão governamental. Tem como base a descentralização e participação social em seu modelo primeiro de gestão, o que tem representado um constante aprendizado institucional na configuração do Estado democrático brasileiro em seu desenho federativo”.

A construção do SUS tornou-se factível na medida em que se optou por fortalecer as políticas públicas e construir as bases de um Estado de Bem-estar Social. Segundo Fleury (2009) ⁷, uma vez que os direitos sociais e o dever do Estado são reconhecidos, busca-se alcançar a cobertura universal e a regulação de práticas privadas de relevância pública.

No período militar, o sistema nacional de saúde foi marcado por forte mercantilização e predomínio do modelo de medicina curativa. Com a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, este último passou a gerir aposentadorias, pensões e assistência médica. Entretanto, apenas os trabalhadores formais possuíam direitos a esses benefícios, enquanto que os trabalhadores rurais e informais eram praticamente excluídos ⁸.

Embora robusto, esse sistema que precedeu o SUS caracterizava-se por ser inequitativo e injusto. A desigualdade era perceptível pela cobertura insuficiente nas áreas rurais e por privilegiar o acesso daqueles vinculados à previdência ou inseridos no mercado de trabalho. A percepção das fragilidades desse sistema constituiria uma base para que iniciativas fossem tomadas e conduzissem às mudanças constitucionais de 1988 ⁹.

A maior expansão da assistência médica, em se tratando de leitos, cobertura e volume de

recursos arrecadados, ocorreu na década de 70 por meio de financiamentos advindos da Previdência Social. Contudo, o pagamento por unidades de serviços (US) às empresas privadas que prestavam assistência médica aos previdenciários transformou-se em fonte de corrupção. Nesse período, o INPS financiou empresas privadas que desejassem construir ou reformar clínicas e hospitais a expensas do dinheiro público ¹⁰.

Nesse sentido, ao mesmo tempo em que se ampliava a atuação do governo no setor saúde, fazia-se a opção por delegar a prestação de serviços e a gestão da assistência à iniciativa privada. Ao se expandir a assistência, por meio das instituições previdenciárias, o Estado ampliou seu papel no campo da saúde, contudo, concomitantemente, aprofundou sua relação com o setor privado ¹¹.

A partir de 75, o modelo de saúde previdenciário começa a mostrar-se ineficiente e seu fracasso pode ser explicado por inúmeros fatores. Primeiramente, a medicina curativa revelou-se incapaz de solucionar problemas de saúde coletiva, como epidemias e endemias. Outra questão era o aumento constante dos custos de uma medicina hospitalocêntrica. A baixa arrecadação do sistema previdenciário ocasionada pela diminuição do crescimento econômico também contribuiu para o insucesso desse sistema, bem como a incapacidade de atender a uma população de excluídos, aqueles cidadãos sem carteira assinada, cada vez maior. Somem-se a isso os desvios de verbas do sistema previdenciário para a realização de obras e para cobrir despesas de outros setores do governo ¹⁰.

Face à essa conjuntura, caracterizada pelo esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e relacionado às alterações dos cenários econômicos e políticos, surge um movimento intenso caracterizado por críticas e contestação do sistema de saúde vigente à época ^{8,12}.

Essa crescente movimentação, contrária ao modelo de saúde em vigor no período, defendia um sistema de saúde público, descentralizado e democrático, cuja participação da sociedade e a universalização dos serviços fossem garantidas. Essas contestações ficaram conhecidas como “movimento sanitário” ¹⁰.

Segundo Menicucci (2007) ¹¹, “esse movimento envolveu a construção teórica de um modelo de compreensão dos determinantes sociais da saúde e um conjunto de ações estratégicas visando à divulgação de idéias, à articulação de pessoas e organizações e à ocupação de espaços institucionais para a experimentação de projetos inovadores como mecanismo de constituição de uma alternativa à política vigente”.

O direito à saúde, enquanto direito social, passou a ser defendido no âmbito da reforma sanitária. Eram alvo de críticas as políticas sociais desenvolvidas durante o governo militar, bem como as intervenções econômicas que geravam alta concentração de renda. O que propunham os opositores desse regime autoritário era a redefinição de políticas sociais que garantissem a “universalização de benefícios mediante um processo redistributivo” e a “democratização da saúde”¹¹.

Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) representaram o *locus* acadêmico da origem do movimento sanitário, juntamente com as escolas de saúde pública. Através de questionamentos da prática médica determinada pelo modelo preventivista, surge a proposta de um novo modelo^{8,13}.

Os DMPs buscavam alinhar a produção do conhecimento à prática política. Simultaneamente, envolviam-se com os movimentos da sociedade civil, articulando-se com segmentos sociais e governamentais, que discutiam a democratização do país, ampliando assim seu campo de ação. Os conceitos da medicina social passaram a ganhar espaço no meio acadêmico nesse período^{10,11}.

Esses departamentos eram contrários ao “movimento preventivista liberal de matriz americana” e a “sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal”. Esse movimento defendia que a doença era resultante de um desequilíbrio entre o homem e o ambiente. Com uma visão meramente biológica e ecológica, desconsiderava as determinações sociais do processo saúde-doença^{8,10}.

A base conceitual do pensamento de reforma do campo da saúde foi sendo construída e uma série de propostas transformadoras, que contestavam o regime autoritário, ganhou espaço. A partir da produção teórica dessas instituições, ao longo das décadas de 70 e 80, surge o novo paradigma da Saúde Coletiva, que aponta para os conceitos de “determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde”. A formulação deste novo modelo sofreu fortes influências marxistas e estruturalistas^{8,13}.

Sob o ponto de vista de Fleury (2009)⁷, “A construção do projeto da reforma sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde”.

O movimento de contestação do sistema de saúde brasileiro fortaleceu-se ainda mais na década de 80. Questões como democratização do sistema, que por sua vez fosse público, de

caráter universalizante, descentralizado e que permitisse a participação da sociedade, surgiam como propostas alternativas ao modelo de atenção à saúde praticado. Concomitantemente, agravava-se a crise da Previdência Social, com repercussões como alíquotas de contribuição aumentadas, benefícios de aposentados diminuídos e área da assistência médica afetada ¹⁰.

Em setembro de 1981, foi criado o Conasp, Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, com o objetivo de organizar e racionalizar a assistência médica. Esse Conselho, pertencente ao Ministério da Previdência e Assistência Social, buscou estabelecer parâmetros para disciplinar e moralizar o atendimento de hospitais públicos e conveniados, o que culminou no “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social” ¹⁰.

Desse plano originaram-se as “Ações Integradas de Saúde” (AIS), que por meio de convênio assinado com grande parte dos estados brasileiros, foram incorporadas progressivamente pelos municípios. Não obstante as dificuldades em sua execução, essa iniciativa acarretou fortalecimento da rede básica ambulatorial e ampliação de recursos humanos, dentre outros avanços ¹⁰.

No período de 1983/86, as AIS foram parcialmente implantadas pelo INAMPS/MPAS, propiciando uma ampliação de coberturas de serviços de saúde aos usuários da população não previdenciária. O programa seria implementado por estados e municípios mediante recursos advindos da Previdência Social ¹⁴.

Em 1985, com o fim do regime militar, líderes do movimento sanitário passaram a ocupar postos estratégicos na política de saúde brasileira. Tal fato culminou com a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a conseqüente discussão sobre os princípios da Reforma Sanitária ¹⁰.

Diferente das conferências que a precederam, caracterizou-se pela presença dos diversos atores sociais envolvidos com o tema saúde, representados por meio dos milhares de delegados, o que a proporcionou um caráter democrático. Além disso, mostrou-se singular por sua dinâmica processual, evoluindo de conferências municipais à estaduais, e posteriormente à esfera nacional ¹².

Neste contexto, essa conferência representou um marco da reforma sanitária brasileira. Evidenciou-se, a partir dela, o quão necessária se fazia uma mudança de paradigma e uma ampliação do conceito de saúde. Sedimentado sob esse ideário, surge o Sistema Único de Saúde ⁸.

O conceito ampliado de saúde incorpora a idéia de que a saúde não deve ser

compreendida apenas como a ausência de doenças. Para além disso, também significa condições dignas de vida, de trabalho, de transporte, renda, lazer, educação, além de acesso a serviços de saúde. Para ser exequível, exige políticas públicas voltadas para a proteção social e a intersetorialidade.

Vários pontos conflitantes foram discutidos na 8ª Conferência, tais como a natureza do sistema, estatal ou não, se seria implantado progressivamente ou de imediato. Nesse sentido, venceu a proposta de fortalecer e expandir o setor público. Outra questão debatida foi a unificação do INAMPS com o Ministério da Saúde. Os conferencistas defendiam que a Previdência Social deveria envolver-se com ações do seguro social, ao passo que a saúde ficaria a cargo de um órgão federal. Assim, aprovou-se um sistema em que saúde e previdência estivessem totalmente separadas¹⁰.

Na visão de Noronha (2005)¹⁵, a Conferência supracitada foi marcada por intensa mobilização social e política, “cujos resultados se fizeram sentir no capítulo da Seguridade Social e da Saúde na Constituição”. Além disso, proporcionou a implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que constituiu um passo importante para a posterior implantação do SUS. O SUDS possibilitou a desconcentração dos serviços de saúde para os estados e ao mesmo tempo sua municipalização. Enquanto isso, tomava forma no Congresso Nacional, o delineamento da saúde na futura Constituição, apoiado pelas forças sociais lá representadas¹².

Nessa perspectiva, o SUDS também apresentava os princípios da universalização, descentralização, equidade, hierarquização, a regionalização e participação da comunidade. Representava, desse modo, uma “estratégia-ponte” que serviria para reorientar as políticas de saúde e reorganizar os serviços até que os trabalhos da Constituinte fossem finalizados e a legislação pertinente ao setor fosse elaborada¹⁰.

Concomitantemente, instalava-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) em 1986, que foi a responsável pela formulação de uma proposta que forneceu subsídios à Constituinte e de um projeto para a nova lei do sistema de saúde. Apesar de criticada por vários atores envolvidos no processo, foi aceita pelo movimento sanitário, por refletir as recomendações apresentadas pela 8ª Conferência. Dessa forma, a proposta foi encaminhada à Assembléia Nacional Constituinte, “legitimada e completa, do ponto de vista do ideário do movimento sanitário”¹⁰.

Resumidamente, a 8ª Conferência desdobrou-se numa série de trabalhos apresentados pela CNRS, cujo relatório final influenciou diretamente o início de dois processos no ano de 1987, quais sejam: a formulação da nova Carta Magna no Congresso Nacional e a implantação do SUDS no Executivo, já citado anteriormente ¹².

Em decorrência das diversas propostas encaminhadas relativas à saúde, a Constituição promulgada em 1988 estabeleceu, através de seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” ¹⁶.

Está aqui representada uma das maiores aquisições de nossa sociedade em se tratando de cidadania e direitos. A partir da oitava Constituição, o direito à saúde passa a ser universal, sem exclusão de nenhum indivíduo circunscrito ao território brasileiro. De acordo com Wilken (2005) ¹⁷, esta é “a primeira experiência brasileira de uma política social universalizante”.

Desta forma, institucionalizou-se o direito universal à saúde, com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), visto como um enorme avanço em termos de política de inclusão social e proteção dos cidadãos. O propósito foi a construção de um sistema integrado, que contemplasse a prevenção, além de promover a saúde, curar e reabilitar seus usuários ¹⁰.

O novo sistema de saúde brasileiro representou uma aquisição relevante, projetado para atender as necessidades da população e com objetivo de resgatar o compromisso do governo com o bem-estar social, principalmente no tocante à saúde coletiva ¹⁰.

O artigo 198 da Constituição Federal tratou de definir o SUS, conforme se segue: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” ¹⁶.

Como forma de regulamentar o conteúdo da Constituição, surgiram as Leis Orgânicas da

Saúde nº 8080 e nº 8142, ambas em 1990. A Lei 8080 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”^{18,19}.

Em decorrência da legislação supracitada, as ações e os serviços públicos de saúde, bem como os serviços privados contratados ou conveniados ao SUS passariam a obedecer aos seguintes princípios: “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”; “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, equidade, descentralização político-administrativa com regionalização e hierarquização da rede prestadora de serviços e descentralização da assistência para a esfera municipal, dentre outros¹⁸.

Originados na Constituição e aprofundados nas Leis orgânicas, os princípios organizativos e doutrinários do SUS refletiram a busca por melhores condições de saúde e qualidade da assistência oferecida à população, frutos de reivindicações alcançadas após um longo processo histórico e social¹⁰.

Em se tratando da composição do SUS, ficou definido, através do artigo 4º da Lei 8080/90 que “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS”¹⁸.

Com o intuito de estruturar o sistema, foram organizadas redes distribuídas nas diversas regiões e em diferentes níveis de complexidade, que passaram a contar com direção única nas três esferas de governo: municipal, estadual ou federal, de acordo com o artigo 9º da Lei 8080/90. Dessa forma, a direção do sistema no âmbito da União ficaria sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Na esfera estadual, municipal e no Distrito Federal, a direção ficaria a cargo da respectiva secretaria de saúde¹⁰.

A Lei 8142 também representou um avanço democrático, uma vez que garantiu a participação da comunidade na gestão do SUS, através dos conselhos de saúde. Esta é uma das formas legítimas de garantir a cidadania, entendido como cidadão aquele que tem o direito de contribuir para a produção e execução das leis. Eis aqui estabelecido o controle social¹².

Contudo, devido a uma série de entraves como financiamento insuficiente, crescimento lento da atenção básica e sem a devida qualidade, dificuldade no tocante à regionalização e

integração entre municípios, o futuro do SUS ainda exige o devido empenho com vistas ao seu fortalecimento. Está inteiramente clara a correlação entre gastos públicos escassos e “contingenciamento do acesso e utilização universal dos serviços de saúde”^{20,21}.

Paralelo ao empenho pela implementação do SUS, encontra-se a criação de políticas que estimulam a contratação de planos e seguros de saúde do mercado privado. Dessa maneira, projetos tão divergentes convivem numa democracia que permite que defensores do SUS e representantes do segmento privado lutem simultaneamente pela “publicização/privatização do sistema de saúde brasileiro”²¹.

Fleury (2009)⁷ assevera que “O divórcio entre uma classe média alienada da realidade nacional e a população marginalizada da globalização reflete-se na saúde na existência de um sistema de seguros privados e um sistema público para os mais pobres, mas ao qual os assegurados recorrem em várias situações”. Dessa forma, o SUS funciona como “um tipo de resseguro para alguns tratamentos”.

Por um lado, atores do mercado privado de saúde defendem a desregulamentação por parte do governo. Ao mesmo tempo, inúmeras mudanças ocorreram ao longo de décadas e ainda hoje, que alteraram o destino do financiamento desse subsistema, apoiado ainda pela legislação que favoreceu sua expansão²¹.

Por fim, o financiamento por meio de impostos, advindo de contribuintes de todas as classes sociais, deveria conduzir à universalização do SUS, visando à inclusão social a partir da cobertura universal e da equidade no acesso. Contudo, a tal universalização pode ser considerada excludente, tendo em vista a saída da população de alta e média renda para as empresas privadas de saúde, bem como a escassez na oferta de serviços no sistema público⁹.

2.2.Caracterização do sistema de saúde brasileiro

2.2.1. O arranjo público-privado do sistema de saúde

Sob a ótica de Ribeiro (2009)⁹, o Sistema Único de Saúde “representa o principal comprador de serviços de saúde no país. Suas instituições afetam decisivamente a distribuição de

serviços por organizações estatais e privadas (lucrativas ou filantrópicas). O SUS compõe um sistema misto com os serviços contratados por operadoras de seguros privados para seus beneficiários e aqueles pagos por desembolso direto”.

A maior parte dos países da OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) apresenta essa composição, contudo o caso brasileiro é peculiar, visto que nossa Constituição prevê um padrão próximo ao europeu ocidental, enquanto que na prática a participação do Estado no financiamento do sistema de saúde assemelha-se ao observado nos Estados Unidos ²².

Na década de 60, foi delineada uma política de assistência à saúde que culminou no surgimento desse modelo dual, público e privado. Como consequência desse direcionamento político, originou-se uma assistência privada paralela à pública, que posteriormente traria constrangimentos a uma reforma mais ampla, conforme proposta da Carta Magna. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde surgiu no Brasil numa fase em que o setor privado já se encontrava amplamente sólido. A expansão deste último se deu via financiamento do próprio Estado nos anos 70. Por meio do Fundo de Assistência Social (FAS), o governo investiu no fortalecimento e na ampliação da rede privada, ao mesmo tempo em que comprava seus serviços ^{11,23}.

A Carta Magna de 1988 contemplou a existência de um setor suplementar de saúde, composto por planos e seguros de saúde. Isso é exposto de forma clara através do artigo 199 da Constituição Federal, que define que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Em seu parágrafo primeiro estabelece que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” ¹⁶.

Já em seu segundo parágrafo delibera que “é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos”. O parágrafo terceiro trata da proibição da “participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei” ¹⁶.

Essa tentativa de regular as relações entre público e privado no sistema de saúde não obteve êxito. Seus efeitos foram tímidos e heterogêneos. Simultânea à discussão sobre os hospitais privados, se deveriam ser estatizados em curto ou médio prazo, a dedução das despesas com prestadores e planos de saúde privados foi garantida mediante alteração na legislação

tributária ²¹.

Segundo Santos et al. (2008) ²⁴, “a construção do sistema nacional de saúde brasileiro a partir de uma base fortemente privatizada – que era a existente em 1988 – resultou em um modelo absolutamente peculiar, no qual há uma imbricação do estatal e do privado nos principais elementos estruturantes do sistema”.

Em 1977, o setor privado recebeu investimentos da ordem de 80% do total de financiamentos destinados à área de saúde, o que evidencia o forte apoio governamental a esse segmento no período. Isto se reflete ainda hoje, quando observamos a predominância dos prestadores hospitalares privados na oferta de serviços de saúde ²⁵.

No quadro abaixo, Bahia (2009) ²¹ apresenta um breve resumo da legislação que, até os dias atuais, favorece a expansão do segmento privado de saúde.

Quadro 1. Legislação selecionada* relacionada com o apoio à oferta e demanda de serviços e planos e seguros privados de saúde no período pós-Constituição de 1988.

Governo	Incentivos à oferta	Incentivos à demanda
Samuel		Decreto Lei 7.713 de 1988 (amplia os limites do abatimento do Imposto de Renda com despesas com saúde)
Collor /Itamar	Lei 8620 de 5 de Janeiro de 1993 (desconto e parcelamento de débitos de hospitais contratados ou conveniados com o Instituto Nacional INAMPS)	
FHC	Decretos 3.504 de 2000, 4.499 de 2002, 4.327 de 2002 e 4.588 de 2002 (alteração da Lei 8.212 de 1991, flexibilização dos parâmetros para a concessão do certificado de filantropia; introduz alternativas: ou 60% das internações para o SUS, ou aplicação de parte da receita bruta em gratuidade ou classificação do hospital como estratégico para o SUS). Decreto 4.481 de 2002 (redução da prestação de serviços dos sistemas de alta complexidade das entidades filantrópicas destinados ao atendimento universal para 20%) Medida Provisória 2.158-35 de 2001 (deduções da base de cálculo das despesas operacionais e	Lei 9.527 de 1997 (altera o artigo 230 da Lei 8.122 de 1990 – Regime Jurídico Único ao introduzir a possibilidade de assistência à saúde do servidor ser realizada mediante contrato) Decreto 3.000 de 1999 (atualiza os artigos 17 e 18 da Lei 4506 de 1964 que tratam da isenção do cálculo do rendimento bruto os serviços médicos, pagos, ressarcidos ou mantidos pelo empregador em benefício de seus empregados) Lei 9.250 de 2005 (as despesas com saúde passam a ser objeto de dedução integral do Imposto de Renda)

reservas técnicas
das contribuições sociais para empresas de
planos de saúde)

Lula

Instrução Normativa da Secretaria da
Receita Federal 480
de 2004 (promulga a separação das contas
dos serviços de
terceiros – entre os quais os médicos e
autoriza a
dedução de impostos e contribuições
sociais para
profissionais de cooperativas e
associações
médicas) Decreto 5.895 de 2006
(introdução de novos
critérios para a concessão do certificado
de filantropia:
oferta de serviços no percentual mínimo
de 60% ou
realização de projetos de apoio ao
desenvolvimento
institucional do SUS nas seguintes áreas
de atuação:
1) estudos de avaliação e incorporação de
tecnologias;
2) capacitação de recursos humanos; 3)
pesquisas de
interesse público em saúde; 4)
desenvolvimento de
técnicas e operação de gestão em serviços
de saúde)
- Lei n. 11.345 de 2006 e Decreto 6.187
de 2007 (criação
de fonte de recursos – Timemania - parte
da arrecadação
é enviada para o Fundo Nacional de Saúde
e destinada a
Santas Casas, entidades hospitalares sem
fins econômicos
e entidades de reabilitação de portadores
de deficiência e
parcelamento de débitos tributários)
- Lei 10.833 de 2004 (preservação do
regime de redução
da alíquota da Contribuição de para
Financiamento da
Seguridade Social (COFINS) de 7,6%
para 3% para
estabelecimentos privados de saúde)

Lei 11.302 de 2006 (altera o artigo 230 da
Lei 8.122 de 1990 – Regime Jurídico
Único ao introduzir a possibilidade de
assistência ao servidor mediante a forma
de auxílio – ressarcimento do valor
parcial dos gastos com planos ou seguros
privados de assistência à saúde)

Levantamento incompleto e não sistemático.

Fontes: SICON (Sistema de Informações do Congresso Nacional);
<http://www.senado.gov.br/sicon> e SIJUT (Sistema de Informações
Jurídico-Tributárias); <http://sijut.fazenda.gov.br/>

Conforme verificaremos a seguir, os incentivos ao mercado privado de saúde e a
preponderância de prestadores privados ocasiona importantes repasses financeiros da esfera
pública para o segmento privado.

Em se tratando da oferta de serviços hospitalares, 62% dos estabelecimentos que oferecem internação e 68% dos leitos do país são privados. O mesmo se observa em relação às unidades prestadoras de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, em que 92% dos prestadores são privados. Da mesma forma, a oferta de equipamentos de alta e média complexidade se mostra muito superior no setor suplementar de saúde se comparada com aquela disponibilizada pelo SUS ²⁴.

Quanto ao financiamento das internações, em 2002, 70% foram custeadas pelo SUS. Foram incluídos, neste total, as internações do SUS para população coberta por plano de saúde, segundo dados da pesquisa do IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)/2003. Apenas 25% das internações foram financiadas pelo setor privado de saúde ³.

Segundo fontes da pesquisa AMS/IBGE, no ano de 2005, havia 69% dos estabelecimentos privados que ofereciam internação e 65% dos leitos privados contratados pelo SUS. Contudo, simultaneamente são contratados pelas empresas de planos de saúde. Em relação à oferta de serviços e utilizando como fonte de informação os dados da mesma pesquisa, Santos et al. (2008) ²⁴ trazem números relevantes que evidenciam o nível de desigualdade entre a oferta dos sistemas público e privado: “a oferta (superestimada) de leitos SUS seria de 1,81 leitos/1.000 habitantes e a oferta (subestimada) para clientes de planos e seguros privados de saúde, 2,90 leitos/1.000. Destaca-se ainda que, mesmo se se considerasse como população coberta pelo SUS exclusivamente a não coberta por planos e seguros privados de saúde, a oferta de leitos SUS (2,24 leitos/1.000 habitantes) seria inferior à estimada para a esfera privada” ²⁴.

Além dos serviços hospitalares, a oferta de equipamentos de alta e média complexidade se mostra maior no segmento de saúde suplementar. Isto pode ser observado, com exceção da hemodiálise, analisando-se a oferta de tecnologias de alto custo, como mamógrafos, litotripsor, ultra-som, medicina nuclear, tomógrafo computadorizado, raio-X para hemodinâmica, radioterapia e ressonância magnética. Nesses casos, a oferta disponível para os beneficiários de planos de saúde se apresenta superior se comparada com o SUS ²⁴.

Esse provável racionamento da oferta hospitalar e de outros serviços no SUS pode ter ocasionado a migração de usuários para o segmento privado de saúde. Nesse sentido, os objetivos de uma reforma sanitária de caráter universal foram prejudicados por essa transferência de clientela ⁹.

No período de elaboração da Constituição Federal de 1988, várias discussões ocorreram

quanto à melhor forma de denominar o setor de saúde suplementar brasileiro. Além de esse segmento ser suplementar ao SUS, oferta serviços paralelos ao sistema público, que se diferenciam somente em termos de hotelaria e maior facilidade de acesso. O que se observa, em nosso caso, é a duplicação da cobertura dos serviços de saúde ²⁴.

Diante do exposto anteriormente, o seguro privado se insere em nosso sistema de saúde como suplementar segundo o marco conceitual desenvolvido pela OECD. Isso significa dizer que os planos de saúde ofertam serviços que simultaneamente são oferecidos pelo sistema público, gerando uma cobertura duplicada dos mesmos ²⁴.

Dentre os subsídios ofertados pelo Estado ao mercado de planos de saúde, pode-se citar o “gasto tributário”. Isto consiste na arrecadação de tributos que o governo abre mão sob a forma de desonerações fiscais. Trata-se de incentivo fiscal aos hospitais e operadoras de planos de saúde filantrópicos e, ao mesmo tempo, estimulam a compra de planos privados, tendo em vista a dedução de seus gastos no imposto de renda devido por pessoas físicas ou jurídicas ²⁴.

Desse modo, as instituições filantrópicas são isentas dos tributos nas três esferas de governo. Em 2007, a Receita Federal informou que R\$ 1,6 bilhões correspondiam às desonerações tributárias federais a favor das entidades filantrópicas. Não foi contabilizada aqui a renúncia fiscal advinda dos entes estaduais e municipais ²⁴.

No que diz respeito às pessoas físicas, a renúncia fiscal se dá mediante deduções ou descontos dos gastos em saúde da base de cálculo da receita tributável do imposto de renda. O mesmo ocorre com as empresas quando declaram os custos e gastos com planos de saúde de seus funcionários ²⁴.

Nesse sentido, estas deduções tributárias corresponderam a R\$ 4,1 bilhões em 2007, ou seja, 10,1% do gasto federal em saúde, segundo informações da Sub-Secretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde. Diante desses dados, constata-se que boa parte dos gastos privados em saúde são financiados pelo Estado, por meio da renúncia fiscal ²⁴.

Os vinte anos do SUS não foram suficientes para reverter o processo da “universalização excludente”, pois paralelamente ocorreu o aumento de clientes incorporados, via mercado de trabalho, às operadoras pré-pagas. Caso se queira reverter esse quadro, que inviabiliza o acesso equitativo previsto na legislação, o financiamento do sistema público deverá ser priorizado de forma diversa do que tem sido até o momento ⁹.

Em publicação recente, Bahia (2009) ²¹ assevera que “O padrão estratificado e iníquo que

ainda caracteriza a produção e a distribuição de ações e cuidados de saúde foi recentemente reafirmado pelas estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As despesas do governo com saúde, entre 2000 e 2005, corresponderam a cerca de 3,2% do PIB, enquanto as oriundas de fontes privadas atingiram aproximadamente 4,8%”.

O governo gastou com saúde, no ano de 2004, R\$ 65 bilhões, o que representou menos que o gasto do setor privado, de R\$ 72 bilhões. O gasto indireto do governo não foi contabilizado. Conforme exposto anteriormente, parte deste valor corresponde às renúncias fiscais, como é o caso da parcela dedutível em imposto de renda, relativa ao pagamento de planos de saúde por pessoa física ou jurídica. Da mesma forma, não foram contabilizadas as despesas com assistência à saúde das forças armadas e hospitais universitários³.

Um incremento no mercado privado de saúde foi observado, na medida em que ocorreu o crescimento da população. A mudança do perfil demográfico da população, com o aumento de idosos beneficiários de planos de saúde, não foi acompanhada pelo aumento da sinistralidade. Em 2004, o gasto do setor privado de saúde por beneficiário (R\$ 980,40) superou mais de duas vezes o gasto per capita do SUS (R\$ 359,30) com seus usuários³.

Ademais, o que se nota, a partir da análise das receitas e despesas em saúde, é que os valores pagos por consultas e internações pelas empresas de planos e seguros privados superam de três a seis vezes os valores praticados pelas instituições públicas. Como comparativo podemos citar o valor médio pago por operadoras classificadas como autogestões, vinculadas à União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) por internação em 2007, qual seja R\$ 6112,45. Verifica-se que tal valor, se comparado ao do SUS no mesmo período (R\$ 754,53), foi oito vezes maior que no sistema público²¹.

Outra constatação importante é relativa à destinação de recursos financeiros para a saúde no Brasil: duas vezes maior para aqueles vinculados a planos e seguros de saúde que para ações universais (cerca de R\$ 740 e R\$ 350). Em relação às despesas assistenciais no ano de 2007, as operadoras de planos de saúde gastaram 81% de seu faturamento no pagamento de serviços médicos e hospitalares. No entanto, apenas 66% dos recursos do Ministério da Saúde foram aplicados no pagamento de despesas com atenção básica, ambulatorial e hospitalar²¹.

Tais investimentos impactam diretamente a produção de serviços de saúde de ambos os segmentos. A melhor remuneração de procedimentos concedida pelas empresas de planos de saúde atrairia clientes, interessados na facilidade do acesso e na qualidade dos serviços prestados,

e por outro lado seria convidativa para os profissionais de saúde que buscam salários maiores ²¹.

Todavia, mais estudos devem ser realizados que permitam concluir até que ponto os gastos no setor privado se revertem em qualidade da assistência prestada. Em que medida os beneficiários possuem cobertura aos procedimentos garantidos por lei e até onde a regulamentação confere direitos aos mesmos e garante o cumprimento de deveres por parte das operadoras.

As desigualdades entre público e privado no tocante ao acesso, utilização de serviços e gastos com saúde não se encerram aqui. Basta refletir sobre a concentração de beneficiários de planos nas regiões sul e sudeste e as diferenças na assistência destes grupos. Demandas desiguais por planos e seguros de saúde, dependentes da região, e a constituição de reservas financeiras por operadoras são antagônicos à equidade ²¹.

2.2.2. O segmento da saúde suplementar

Em linhas gerais, modalidades organizacionais diversas e complexas que operam planos de saúde, prestadores de serviços, representados através de pessoa jurídica ou pessoa física, como os profissionais de saúde, além de beneficiários que fazem uso desses serviços, constituem o segmento da saúde suplementar.

Embora o sistema privado de saúde já coexistisse mesmo antes do SUS, na percepção de Costa & Castro (2004) ²⁶, os fatores que contribuíram para um crescimento mais acentuado desse segmento, na última década, são os seguintes:

- Restrições no financiamento do setor público de saúde, devido às políticas de ajuste fiscal, com conseqüente comprometimento da oferta de serviços do SUS;
- O oferecimento de planos de saúde aos seus funcionários, por parte de empresas, como forma de atrair recursos humanos, diferenciarem-se no mercado e tornarem-se mais competitivas no setor produtivo;
- “Busca de rendas adicionais pela profissão médica” e o baixo poder de custeio direto de serviços pela população em algumas regiões;
- Acréscimo no custo dos serviços de saúde associado aos avanços tecnológicos, impossibilitando o seu pagamento direto;

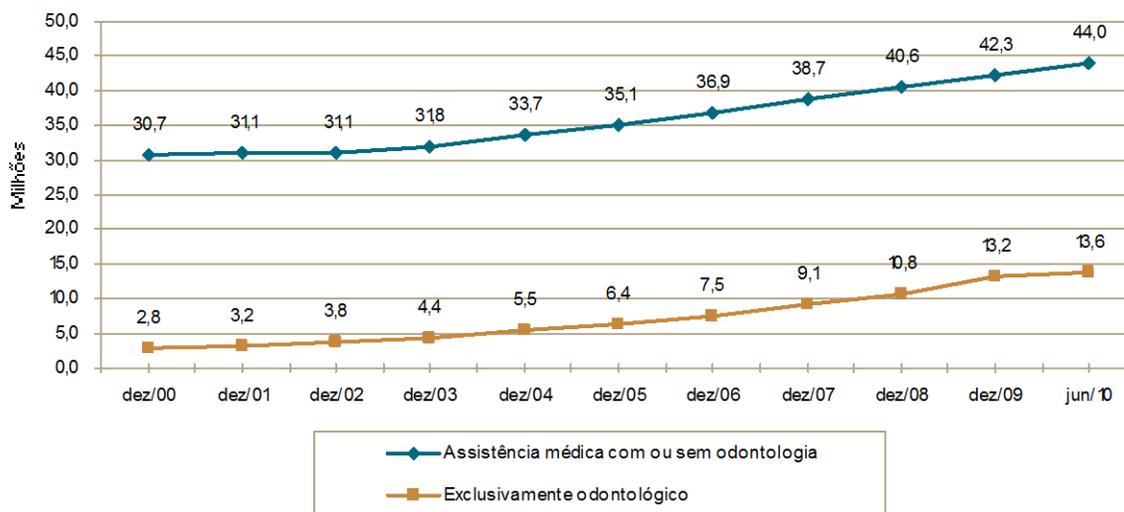
- Classe média insatisfeita com os serviços prestados pelo SUS, principalmente no tocante á qualidade, agilidade, hotelaria e atendimento personalizado.

Nessa perspectiva, o que pode ser observado é que a expansão das empresas de planos de saúde está relacionada ao que se chama de “universalização excludente”, isto é, a expulsão do sistema público de saúde dos estratos de renda média da população, decorrente dos mecanismos de racionamento sofridos pelo SUS ²⁶.

Analisando-se os dados extraídos do Caderno de Informação da Saúde Suplementar (2010) ²⁷, o mercado de planos e seguros privados de saúde apresentava, em junho de 2010, 44,0 milhões de beneficiários vinculados a planos de assistência médica e 13,6 milhões a planos exclusivamente odontológicos. Isso corresponde a 57,6 milhões de vínculos.

No gráfico abaixo, observa-se o crescimento do setor na última década e especificamente a forte expansão do número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. Da mesma forma, houve um incremento no mercado de planos de assistência médica, com o aumento do total de beneficiários, o qual acompanhou o crescimento da população brasileira.

Gráfico 1 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - 2000-2010)



Fontes: SIB/ANS/MS – 06/2010

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - setembro/2010

Dados mais recentes apontam situações opostas em relação aos planos de assistência

médica e aqueles exclusivamente odontológicos. Para o ano de 2010 especificamente, foi registrado, até setembro, o maior crescimento de beneficiários de planos médicos nos últimos dez anos e o menor aumento de clientes de planos exclusivamente odontológicos no mesmo período ²⁸.

Dos 44,0 milhões de beneficiários de planos de assistência médica, 73% são vinculados a planos coletivos (32,2 milhões) e 21,2 % a planos individuais. Em se tratando dos beneficiários com planos exclusivamente odontológicos, 82,8 % apresentam planos coletivos e 15,8% planos individuais ²⁷.

A preponderância de planos coletivos é uma peculiaridade desse mercado, onde ao longo dos anos houve um aumento consistente nesse tipo de contratação. Desse modo, ocorreu um maior crescimento proporcional de clientes com planos coletivos se comparado aos individuais. Em 2003, correspondiam a 60% do total, atingindo 73% em 2008 ²⁹.

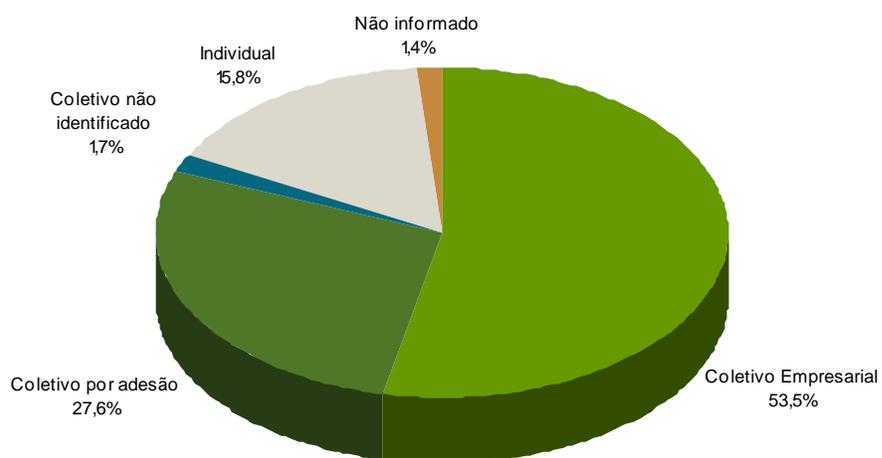
A predominância dos planos coletivos empresariais (56,6% do total) se deve ao fato da cobertura ser maior dentre aqueles beneficiários ligados formalmente ao mercado de trabalho. Nesse caso, os empregadores são os responsáveis por adquirir os planos. Outra constatação é que houve um incremento real no número de beneficiários em planos coletivos entre 2000 e 2010, passando de cerca de 11 milhões para 32,2 milhões, em se tratando de planos de assistência médica. Essa expansão, certamente, está relacionada ao aumento no número de postos de trabalho criados no país ^{3,27}.

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - junho/2010)

Assistência médica com ou sem odontologia



Exclusivamente odontológico



A tabela abaixo mostra, em números absolutos, a distribuição dos beneficiários por tipo de contratação (coletivo ou individual) e época (novo ou antigo).

Tabela 1 - Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e época de contratação do plano (Brasil - junho/2010)

Cobertura assistencial e época de contratação do plano	Total	Coletivo			Individual	Não Informado	
		Total	Empresarial	Por adesão			Não identificado
Assistência médica com ou sem odontologia	44.012.558	32.153.589	24.930.019	7.173.359	50.211	9.323.602	2.535.367
Novos	34.948.867	27.379.402	22.139.166	5.190.025	50.211	7.569.465	-
Percentual	79,4	85,2	88,8	72,4	100,0	81,2	-
Antigos	9.063.691	4.774.187	2.790.853	1.983.334	-	1.754.137	2.535.367
Percentual	20,6	14,8	11,2	27,6	-	18,8	100,0
Exclusivamente odontológico	13.649.929	11.298.124	7.296.699	3.767.649	233.776	2.163.268	188.537
Novos	12.887.029	10.820.730	6.974.344	3.612.610	233.776	2.066.299	-
Percentual	94,4	95,8	95,6	95,9	100,0	95,5	-
Antigos	762.900	477.394	322.355	155.039	-	96.969	188.537
Percentual	5,6	4,2	4,4	4,1	-	4,5	100,0

Fonte: SIB/ANS/MS - 06/2010

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - setembro/2010

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo. 2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Os planos de saúde podem ser considerados novos ou antigos, dependendo da data em que foram contratados. Os planos privados de assistência à saúde novos são aqueles comercializados a partir de 2 de janeiro de 1999. Ao contrário, os planos antigos são aqueles celebrados antes dessa data, ou seja, são anteriores à vigência da Lei 9656/98 e garantem a cobertura apenas do que estiver estabelecido em contrato ²⁷.

Em relação à época de contratação dos planos, verifica-se que a maior parte (79,4%) dos beneficiários encontra-se vinculado a planos médico-hospitalares novos. Contudo, 20,6% dos vínculos são a planos antigos, correspondendo a 9,1 milhões de beneficiários. Já nos planos exclusivamente odontológicos, apenas 5,6% dos vínculos são a planos antigos ²⁷.

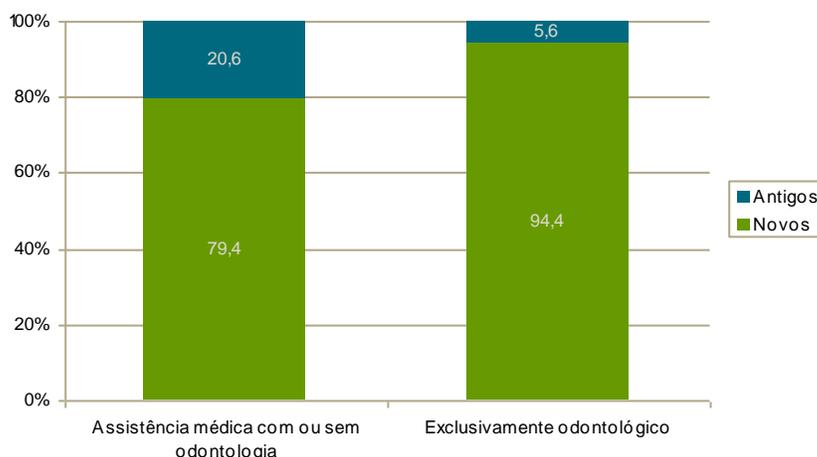
Analisando a evolução dos planos novos e antigos, observa-se que em março de 2000, menos de 23% dos planos, incluídos aqueles de assistência médica e exclusivamente odontológicos, eram novos. Assim, menos de 7,5 milhões eram planos posteriores à Lei 9656/98, considerando-se um total, à época, de 32,5 milhões de beneficiários ³⁰.

Contudo, em março de 2008, esse percentual subiu para 73,4%, ou seja, 36,2 milhões de beneficiários em planos novos dos cerca de 49,3 milhões de clientes. Nesse período, a migração para planos novos, a adaptação de planos antigos, a adesão de beneficiários a planos posteriores a lei e a rotatividade no setor contribuíram para que o número de beneficiários de planos antigos caísse pela metade. Conclui-se que houve um aumento de beneficiários idosos e não idosos cobertos por planos novos. Contudo, entre os mais idosos esse crescimento mostrou-se mais tímido e ainda preponderaram os planos antigos^{30,31}.

De junho a setembro de 2010, a percentagem de beneficiários com planos antigos caiu de 20,6 para 19,6 em relação aos planos de assistência médica com ou sem odontologia. Entretanto, levando-se em conta as implicações quanto à restrição de cobertura inerente a certos contratos anteriores à lei, esse percentual ainda é bastante elevado²⁸.

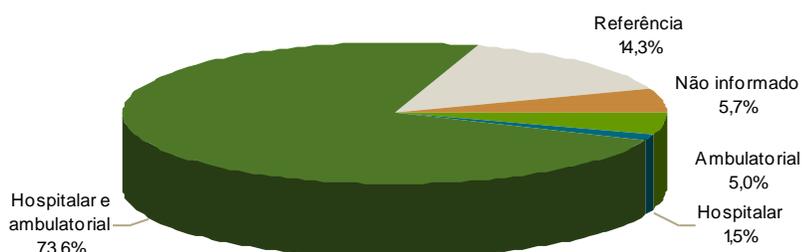
Santos et al. (2008)³² destacam a possibilidade do beneficiário “migrar” de um plano antigo para um plano regulamentado, posterior à lei. Entretanto, apesar de ser garantida por lei, na prática a principal barreira para tal mudança constitui-se na diferença de preços entre os planos, sendo aqueles posteriores à lei muito mais caros. Eis aqui um dos pontos mais conflitantes da regulação. Como mencionado anteriormente, para os planos antigos, anteriores à lei, a cobertura assistencial a ser garantida deve constar das cláusulas contratuais. Os contratos antigos, na sua maioria, excluem uma variedade de procedimentos e patologias, além de próteses, órteses e materiais ligados ao ato cirúrgico.

Gráfico 3 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de saúde por época de contratação, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - junho/2010)



No que se refere à segmentação assistencial, 73,6% dos beneficiários possuem planos com cobertura hospitalar e ambulatorial. Um total de 1,5% dos clientes possui plano com cobertura apenas hospitalar e 5% dos clientes são vinculados a planos somente ambulatoriais. O percentual de beneficiários com plano referência soma 14,3%. O predomínio de beneficiários em planos com internação hospitalar vem se mantendo ao longo dos anos ³³.

Gráfico 4 - Distribuição percentual dos beneficiários de planos privados de assistência médica por segmentação assistencial do plano (Brasil - junho/2010)



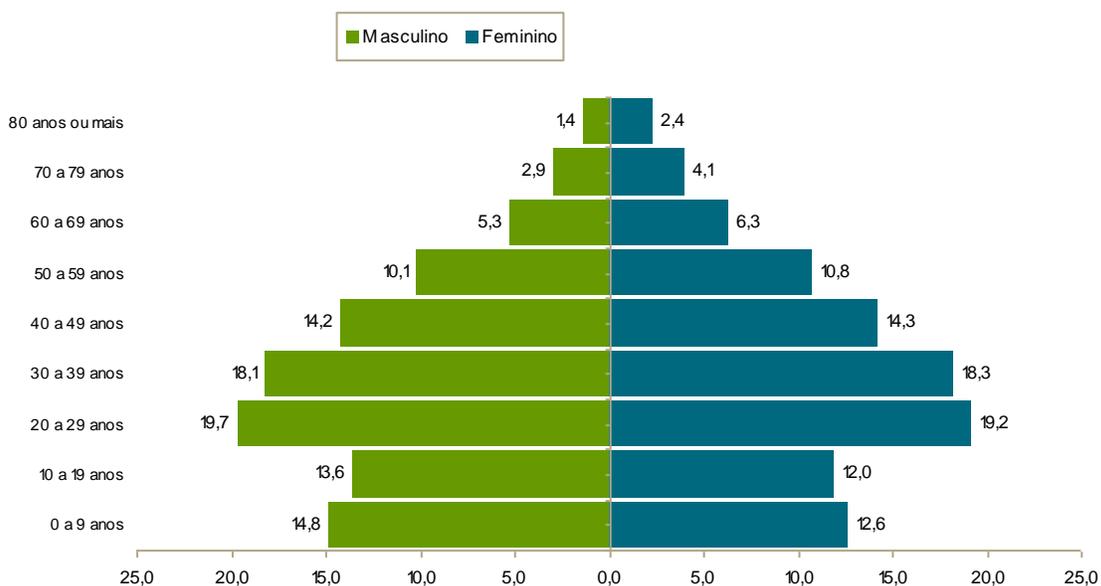
Em relação à faixa etária dos beneficiários de planos privados de saúde, observa-se uma maior concentração de pessoas entre 20 a 29 anos e 30 a 39 anos. Já, na medida em que há um envelhecimento da população, ocorre um decréscimo no número de beneficiários. Os clientes de planos de saúde idosos, ou seja, com idade igual ou superior a 60 anos, representam 11,2% dos beneficiários.

Na população brasileira, os idosos correspondem à cerca de 10% e vem aumentando na medida em que houve melhoria nas condições de vida e saúde, bem como decréscimo da fecundidade e mortalidade no país. No segmento de saúde suplementar, também verificou-se um

aumento de 4,6% de beneficiários idosos entre 2000 e 2009 ³⁴.

No mesmo período, ocorreu queda do percentual dos beneficiários com até 19 anos e um acréscimo de clientes entre 20 e 59 anos. Contudo, todas as faixas etárias demonstraram crescimento, em números absolutos, maior que o da população brasileira. Isto ocasionou ampliação da taxa de cobertura por plano de saúde, principalmente nas faixas etárias abaixo de 60 anos. Em relação às faixas etárias de 70 a 79 anos e de 80 anos ou mais, ocorreu um aumento percentual superior às demais faixas ³⁴.

Gráfico 5 - Pirâmide etária dos beneficiários de planos privados de assistência médica, por sexo (Brasil - junho/2010)



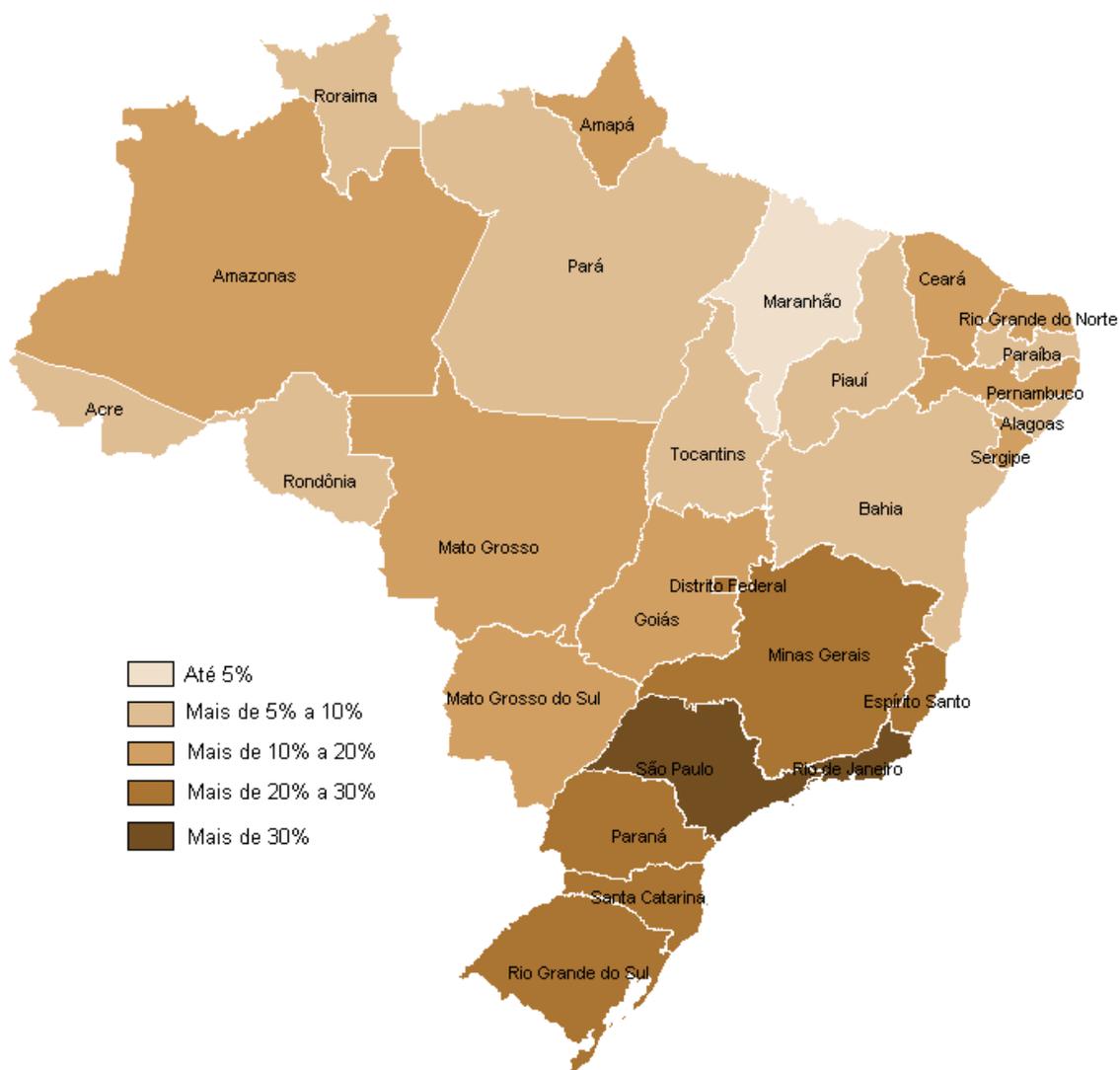
Fonte: SIB/ANS/MS - 06/2010
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - setembro/2010

Através da análise da cobertura dos planos de saúde pelos diversos estados brasileiros, conclui-se que a maior concentração de beneficiários encontra-se na região sudeste e sul, nas capitais e regiões metropolitanas das capitais. Essa concentração é explicada pelo fato dessas regiões possuírem um maior número de empregos formais e maior acúmulo de renda ^{3,27}.

Isto ratifica a idéia de que a contratação de planos de saúde e a renda estão intimamente ligados e que a cobertura aumenta progressivamente nas classes sociais de maior rendimento. A taxa de cobertura ou o percentual da população coberta por planos de assistência médica no

Brasil é de 23% e aproximadamente 7,1% da população é coberta por planos exclusivamente odontológicos^{3,27}.

Mapa 1 - Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - junho/2010)



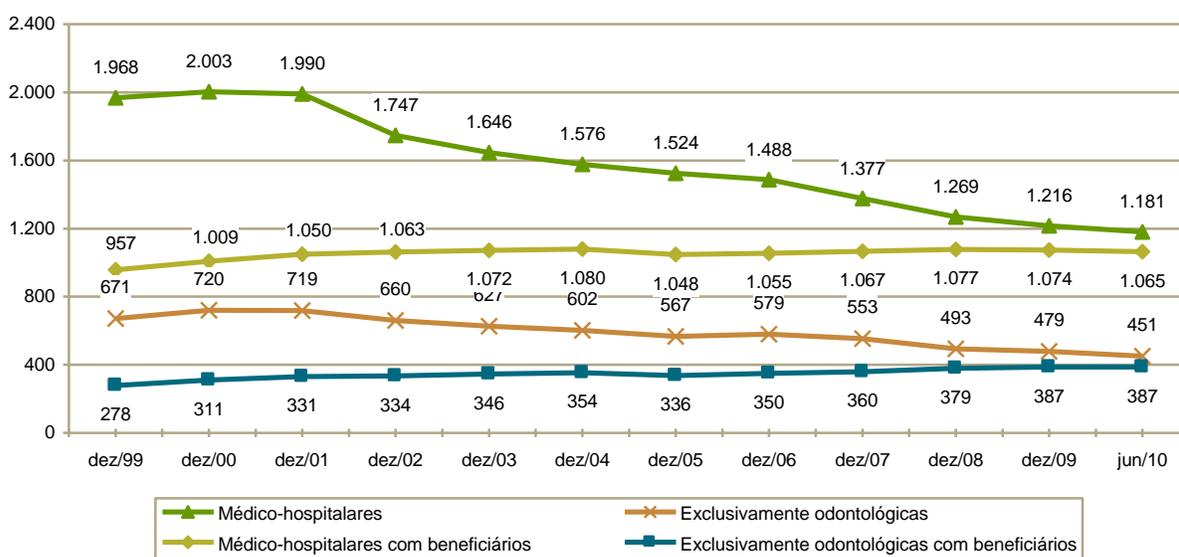
Fontes: SIB/ANS/MS - 06/2010 e População - IBGE/DATASUS/2009
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - setembro/2010

Segundo dados da ANS, atuavam no mercado, em junho de 2010, 1181 operadoras médico-hospitalares, sendo que destas, 1065 possuíam beneficiários. Em se tratando das operadoras exclusivamente odontológicas, somavam 451 no mesmo período, e dentre elas, 387 com beneficiários ²⁷.

Contudo, no início do ano 2000, logo após a promulgação da Lei 9656/98, 1968 operadoras médico-hospitalares estavam registradas, número bem maior que o observado atualmente. Na percepção de Albuquerque et.al (2008) ³, “...o maior movimento [de registro] ocorreu nos primeiros anos da regulamentação, época em que as novas normas ainda não estavam completamente compreendidas, tendo sido registradas como operadoras algumas empresas de prestação de serviços médicos, empresas que financiavam planos de saúde para seus empregados, empresas que pretendiam criar planos de saúde e mesmo algumas empresas que nada tinham a ver com a saúde suplementar”.

Provavelmente, devido às regras impostas após o marco regulatório do segmento de saúde suplementar, um maior número de cancelamento de registro, se comparado á solicitação de novos registros, pôde ser observado a partir de 2001, sobretudo nas operadoras médico-hospitalares e nas exclusivamente odontológicas ³.

Gráfico 6 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - 1999-2010)



Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar - setembro/2010

As operadoras de planos de saúde encontram-se classificadas em seis modalidades que operam planos médico-hospitalares, quais sejam, administradoras, autogestões, medicinas de grupo, cooperativas médicas, filantrópicas e seguradoras especializada em saúde. Já as que operam planos de assistência exclusivamente odontológica estão divididas em odontologias de grupo e cooperativas odontológicas.

De acordo com o Caderno de Informação da Saúde Suplementar (2009) ³⁵, as administradoras são “empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora; não possuem beneficiários; não assumem o risco decorrente da operação desses planos; e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos”.

A autogestão caracteriza-se por prestar serviços para empregados e seus dependentes. A assistência pode ser organizada pelos próprios empregados, pelas empresas empregadoras (denominadas “autogestões”) ou através de caixas de assistência. Associações ou fundações podem formar autogestões não patrocinadas com o objetivo de prestar assistência a um grupo sem fins lucrativos. Essas empresas não atuam no mercado comercializando planos. Seus prestadores de assistência médica, hospitalar ou de diagnóstico são, em geral, credenciados ³⁶.

Nas empresas classificadas como medicinas de grupo, “a gestão dos planos é feita por uma empresa privada”. Os serviços oferecidos aos beneficiários podem ser por intermédio de prestadores próprios ou credenciados. Seus clientes são indivíduos e empresas ³⁶.

As cooperativas médicas são formadas por grupos que administram os planos. Esses grupos são constituídos por profissionais chamados cooperados. Comercializam tanto planos individuais como coletivos e seus prestadores podem ser próprios ou credenciados. São denominadas “UNIMEDs”, podendo ser municipais, regionais ou estaduais. Por essa razão, são bastante variáveis seus padrões de qualidade, preços e gestão no país ³⁶.

Caracterizadas por serem entidades sem fins lucrativos, as filantropias são operadoras de planos de saúde que precisam ser certificadas junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) como entidades filantrópicas e serem reconhecidas como de utilidade pública ³⁵.

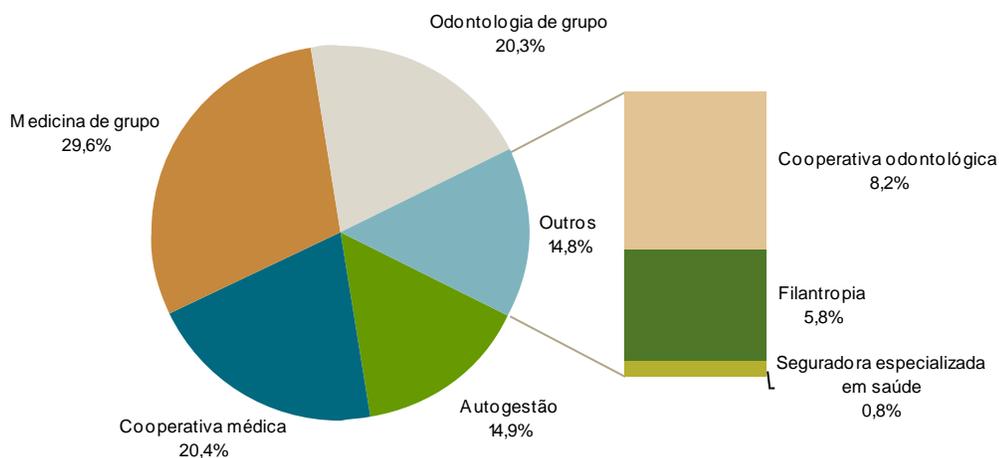
As seguradoras são um tipo de modalidade que cobre os custos assistenciais, de acordo com a apólice do segurado, não prestando assistência diretamente. Essas empresas podem oferecer reembolso das despesas com assistência ou operar seguro que garanta atendimento,

sendo proibida a comercialização de outros tipos de seguros. Pessoas físicas e jurídicas podem contratar seguros de saúde^{27,37}.

As cooperativas odontológicas operam planos exclusivamente odontológicos, foram constituídas pela Lei 5764/71 e são sociedades sem fins lucrativos. As odontologias de grupo são “demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos”³⁵.

O gráfico abaixo ilustra a distribuição das operadoras segundo sua modalidade. Observa-se que as empresas de medicina de grupo apresentam o maior percentual de operadoras, seguidas das cooperativas médicas e das odontologias de grupo.

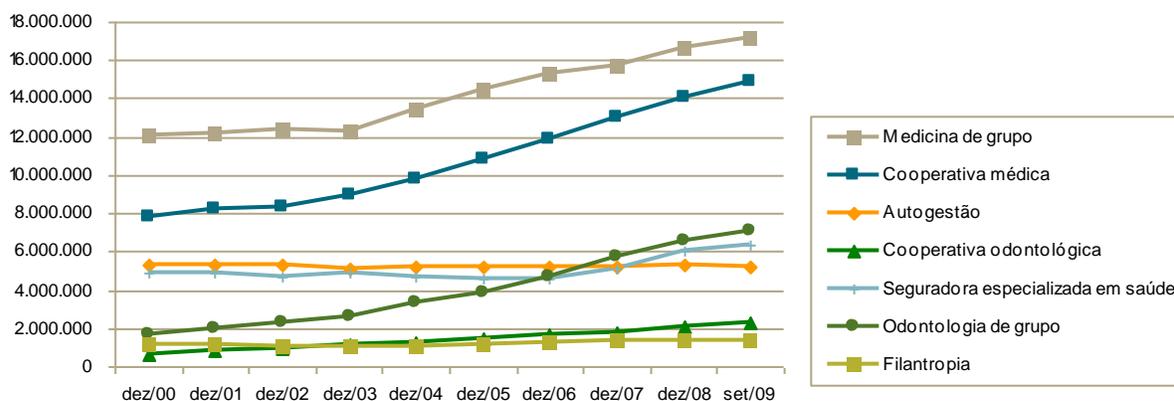
Gráfico 7 - Distribuição percentual das operadoras ativas, por modalidade (Brasil - setembro/2009)



Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 09/2009 e Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 09/2009

Da mesma forma, em se tratando da distribuição dos beneficiários de planos médico-hospitalares nas diversas modalidades, o maior número de usuários está concentrado nas empresas de medicina de grupo, seguido das cooperativas médicas e autogestões, conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 8 - Beneficiários de planos de saúde por modalidade da operadora (Brasil - 2000-2009)



Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2009

Entre março de 2000 e dezembro de 2006, as cooperativas médicas tiveram um acréscimo em seus beneficiários da ordem de 60,6%, apresentando o maior crescimento se comparado com as demais modalidades. O mercado de planos privados de assistência à saúde cresceu, no mesmo período, em torno de 17%³⁸.

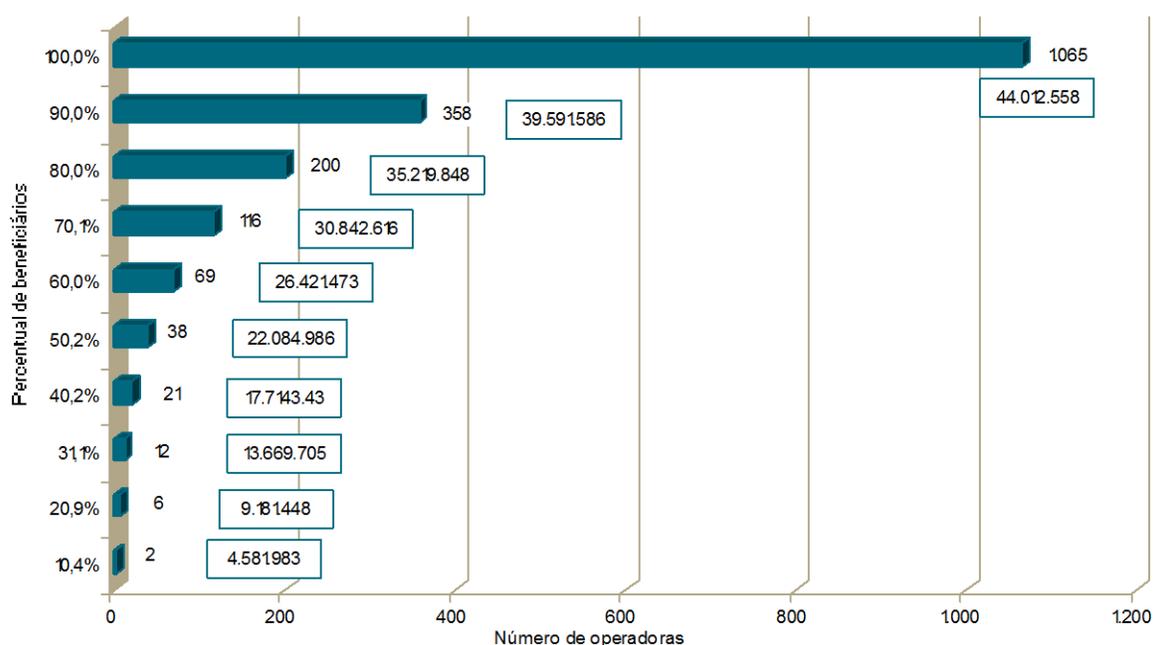
No período de dezembro de 2000 a setembro de 2009, o crescimento do número de beneficiários por modalidade mostrou-se mais acentuado nas medicinas de grupo, cooperativas médicas e odontologias de grupo. Nas autogestões e filantropias, esse número manteve-se praticamente estável ao longo dos anos, acompanhado de um crescimento discreto nas seguradoras e cooperativas odontológicas³⁵.

O segmento de saúde suplementar caracteriza-se como altamente concentrado. Isto pode ser constatado através da análise da distribuição dos beneficiários nas operadoras. Dados recentes demonstram que 50,2% da clientela de planos de saúde estão distribuídas em 38 operadoras de assistência médica, apesar da grande quantidade de empresas registradas. Em 358 operadoras concentram-se 90% dos beneficiários, distribuindo-se os outros 10% em 708 empresas²⁷.

No caso das operadoras exclusivamente odontológicas, essa concentração ainda é mais acentuada, sendo que a maior operadora possui 18,2% (2,5 milhões) do total de beneficiários. Considerando-se um total de 508 empresas, em 89 estão 90% dos beneficiários e os outros 10% se distribuem nas 419 operadoras ²⁷.

Estudos mostram que o número de operadoras de planos de saúde tende a cair, ocasionado por ajustes do mercado ou por cancelamentos de registros, devido a exigências não cumpridas junto à ANS. A tendência é que as operadoras de pequeno porte decresçam, aumentando a concentração de beneficiários em empresas de médio e grande porte ³⁹.

Gráfico 9 - Distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde entre as operadoras, segundo cobertura assistencial do plano (Brasil - junho/2010)



Fontes: SIB/ANS/MS - 06/2010 e CADOP/ANS/MS - 06/2010

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - setembro/2010

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

Curva A: 200 operadoras (18,8% do total) detêm 80,0% dos beneficiários.

Curva B: 358 operadoras (33,6% do total) detêm 90,0% dos beneficiários.

Curva C: 1.065 operadoras (100,0% do total) detêm 100,0% dos beneficiários.

3. A REGULAÇÃO DO SEGMENTO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A regulação da saúde suplementar constitui-se tema polêmico e, muitos a defendem como forma de atenuar as chamadas falhas do mercado de planos e seguros de saúde. Seu objetivo estratégico consiste em alcançar a melhoria da qualidade dos contratos, contribuir para a sustentabilidade das empresas e gerar garantias aos consumidores ³⁷.

As principais peculiaridades verificadas no setor de seguros de saúde são a assimetria de informação entre empresas e clientes, a seleção de risco (possibilidade de a operadora selecionar clientes com baixo risco de utilização de serviços), a seleção adversa (indivíduos tendem a adquirir planos quando já apresentam problemas de saúde) e a provisão inadequada de bens e serviços de saúde, características essas que o tornam especialmente complexo. Mediante a ocorrência desses problemas, a intervenção estatal justifica-se para garantir a qualidade dos serviços e a cobertura necessária, visto que o mercado geralmente não as garante na ausência da regulação ¹¹.

A partir da segunda metade da década de 90, ocorreram mudanças na organização do Estado brasileiro. O surgimento de um novo modelo estatal, além de permitir maior participação da sociedade, evidenciou a alteração do papel do Estado, que por um lado permitiu a expansão da atividade privada e, em contrapartida, ampliou seu papel de regulador, criando agências específicas para esse fim ³⁷.

Simultaneamente à implantação do SUS e às mudanças institucionais advindas desse processo na saúde pública, inicia-se a definição de uma política regulatória direcionada ao mercado privado de assistência à saúde. A constituição do marco regulatório do segmento privado possibilitou ainda mais a consolidação do padrão de assistência vigente, caracterizado por um modelo dual ¹¹.

Segundo Menicucci (2007, p.233) ¹¹, “A regulação da assistência privada, no final da década, formaliza essa dualidade do ponto de vista legal, normativo e institucional, uma vez que, a partir daí, os dois sistemas de assistência passam a ser objeto da política de saúde de forma explícita, e não apenas por meio de não-decisões” ¹¹.

A atividade regulatória proposta nos anos 90, que expressa claramente a dualidade do sistema, restringe-se apenas ao setor privado de saúde, não atuando, entretanto, na interface entre

os segmentos público e privado e, tampouco, na relação entre o SUS e a rede prestadora privada¹¹.

Nesse período, as mudanças nas participações públicas e privadas estimularam a reorganização das relações entre esses segmentos na área da saúde, concomitantemente às transformações do papel e das obrigações do Estado. Mundialmente, essa fase caracterizou-se pela introdução de mecanismos de mercado na provisão de serviços de saúde. Nesse contexto, o Estado adquiriu novas atribuições como regulação, controle e avaliação. A participação do mercado e da sociedade na produção, gasto e financiamento cresceu, gerando uma “(re) institucionalização da relação público-privado”³⁷.

Contudo, como salienta Menicucci (2007, p.234)¹¹, em nosso país, no que tange ao setor saúde, “Embora não deixe de traduzir essa mudança de concepção do Estado, a regulamentação do setor privado não é o resultado de uma mudança na forma de atuação do Estado brasileiro no campo da saúde em decorrência de um processo deliberado de privatização; ao contrário, passa-se a regular uma atividade privada que já existia desde os anos 60”.

Em que pesem as mudanças ocorridas no cenário nacional, analisaremos, a seguir, as principais alterações pós-regulação do segmento suplementar de saúde, os avanços obtidos, conflitos e desafios a serem enfrentados.

Várias transformações no panorama da saúde suplementar no país ocorreram em função do processo de regulação, especificamente a partir da publicação das leis nº 9656/98 e 9961/00, que representam o marco regulatório do segmento privado de saúde. A primeira dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde. A segunda cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Ambas representam instrumentos de regulação do segmento privado e visam assegurar o equilíbrio da relação entre beneficiários e operadoras^{32,37}.

Anteriormente a essas leis, a Susep, Superintendência Nacional de Seguros Privados, constituía-se como o órgão regulador e era responsável por estabelecer a relação entre o Estado e o segmento da saúde suplementar, fiscalizando contas, contratos e o equilíbrio financeiro das operadoras. A regulação governamental exercida por esse órgão, e defendida pelo Ministério da Fazenda, era voltada apenas a aspectos econômicos e financeiros^{40,41}.

Assim, somente os seguros e as seguradoras de saúde eram objetos de algum tipo de regulação desde os anos 60. Contudo, não havia exigências de natureza assistencial. O Ministério da Saúde, por sua vez, pregava uma atuação mais contundente do Estado, enfatizando o aspecto

da regulação da assistência ^{11,41}.

No entanto, esse Ministério apenas inseriu-se nesse debate na segunda metade da década de 90. Suas preocupações, até então, restringiam-se ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) como forma de melhorar a gestão do sistema público. Até esse momento, o entendimento desse órgão era que os planos de saúde não representavam objeto das políticas de saúde, como o SUS ¹¹.

Somente em 1995, o Ministério da Saúde constituiu uma comissão com a representação de diversos segmentos interessados e passou a reivindicar a fiscalização do setor privado de assistência à saúde e sua inclusão no Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), porém, sendo mantido nesse conselho o “locus” da regulação ¹¹.

A Susep, órgão executor das decisões do CNSP, defendia, por sua vez, os interesses das seguradoras e propunha controlar as empresas de medicina de grupo e regular atividades de comercialização de planos e seguros de saúde. Sob a perspectiva desse órgão, a regulação seria meramente econômica, o que não atendia aos anseios dos consumidores ¹¹.

Neste contexto, as supracitadas Leis nº 9656/98 e nº 9961/00 vieram atender a demanda de vários atores da sociedade por regulamentação do setor suplementar de saúde. A aprovação da Lei 9656/98 foi proveniente da aliança entre consumidores, portadores de patologias e profissionais de saúde e refletiu os interesses em comum desses atores na defesa do direito à vida e à saúde ^{3,42}.

Os usuários lutavam por garantias assistenciais, enquanto os médicos reagem para proteger sua autonomia profissional frente à política de racionalização praticada pelas operadoras. As idéias defendidas por esses dois grupos tratavam de transpor a noção de saúde como um direito previsto na Constituição à assistência privada. No entanto, essa transposição não havia sido contemplada na Carta Magna ou em outra regulamentação que permitisse uma articulação entre o público e o privado como forma de garantir acesso universal ^{11,42}.

A Resolução 1401 editada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), embora inócua sob o ponto de vista legal, tornou pública a insatisfação dos médicos em relação às operadoras, deixando claro que a questão da regulação não era restrita ao judiciário e aos órgãos de defesa do consumidor e contribuindo para o processo de regulamentação. Determinava que as operadoras garantissem o atendimento a todas as patologias relacionadas no Código Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde ¹¹.

Outro grupo, representado pelos gestores do sistema público, também exerceu relativa pressão a favor da regulação. Sua proposta era que houvesse o ressarcimento ao SUS pelos gastos de beneficiários do segmento supletivo, tendo em vista a cobrança duplicada ou a transferência para o sistema público de usuários cobertos por planos, que ocorria principalmente nos casos de procedimentos de alto custo ou daqueles sem cobertura contratual ¹¹.

O artigo 197 da Constituição de 1988, estabelece que cabe ao Poder Público dispor sobre regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. Todavia, no período de promulgação da Carta Magna não foram definidos mecanismos de regulação. A demanda por intervenção estatal no segmento privado da saúde só surgiria nos anos 90. No período que antecedeu a regulamentação, nada menos que 23 projetos tramitaram no Congresso Nacional no intervalo de sete anos ¹¹.

Como elucidado anteriormente, o conteúdo desses projetos, apresentados entre 1991 e 1997, contemplava interesses diversos. Representava as expectativas dos órgãos de defesa do consumidor, das entidades médicas e meios de comunicação e, ainda, das operadoras de planos e seguros de saúde, que também possuíam seus representantes junto ao Congresso ¹¹.

Somente no final de 1997, a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei que corresponderia à primeira versão da lei de regulamentação dos planos de saúde. Entretanto, estabelecer uma regulação “a posteriori”, em um setor constituído de empresas diversas e desconhecidas e contando, à época, com mais de trinta milhões de consumidores, não seria tarefa simples ⁴³.

No primeiro semestre de 1998, o projeto sofreu algumas alterações, com o conseqüente fortalecimento do papel do Ministério da Saúde e da regulação assistencial. Isto desencadeou o surgimento do modelo de regulação bipartite, em que a atividade econômica ficaria a cargo do Ministério da Fazenda e as questões voltadas à assistência e produção de serviços de saúde seriam reguladas pelo Ministério da Saúde ⁴³.

Tal modelo mostrou-se ineficiente, seja pela superposição de funções, seja por entraves operacionais e de compatibilização. Seu período de vigência foi de junho de 1998 a setembro do ano seguinte. Com o intuito de solucionar os problemas advindos dessa estrutura híbrida de regulação, e seguindo a tendência verificada em outras instituições por conta da reforma do Estado, foi proposta a criação de uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde ^{11,36}.

Com a criação da ANS, o modelo de regulação compartilhado entre Susep e Ministério da

Saúde chegou ao fim, assumindo esta agência o papel de regulador. Venceram, dessa maneira, as idéias defendidas pelo Ministério da Saúde, de que planos e seguros, primeiramente, tratam de questões de saúde e secundariamente de “produtos financeiros”^{41,46}.

O Código de Defesa do Consumidor (CDC), elaborado em 1990 e que originou os Procons, representou um movimento institucional relevante que precedeu a promulgação da Lei 9656/98. Os crescentes conflitos entre operadoras de planos de saúde e consumidores, no período, podiam ser observados através das inúmeras queixas registradas nesses órgãos⁴⁰.

Tanto a definição, na Constituição Federal, do segmento privado de saúde como objeto de regulação, quanto a promulgação da Lei 8078/90, o Código de Defesa do Consumidor, marcaram a primeira fase desse processo. Essa lei, ainda que não tratasse especificamente das relações de consumo na saúde supletiva, representa um instrumento legal de defesa dos direitos do consumidor em ações contra as operadoras até os dias atuais³⁶.

Antes da Lei 9656/98, o acesso aos procedimentos médicos era definido através de contratos firmados entre operadoras de planos de saúde e beneficiários. Assim, não havia cobertura mínima obrigatória definida e tratamentos de alto custo, doenças crônico-degenerativas, doenças infecciosas, dentre outras, eram excluídos dos contratos pelas operadoras⁴⁴.

Neste sentido, a elaboração e promulgação da lei, por si só, são avaliadas como um enorme ganho para a sociedade, uma vez que nortearam a dimensão da assistência desse segmento. Anteriormente, cada operadora criava suas diretrizes básicas, que nem sempre eram seguidas. Assim, a regulamentação, ou melhor, a auto-regulamentação era diversa para as inúmeras operadoras³⁷.

As operadoras listavam o rol e a quantidade de procedimentos a serem cobertos sem critérios claros. As carências eram estabelecidas de forma diversa e a relação de doenças e procedimentos excluídos era vasta. Pacientes em situação vulnerável por motivo de adoecimento eram surpreendidos periodicamente com procedimentos negados³⁷.

Neste contexto, tal mercado ampliou-se, seguindo regras próprias, e praticamente sem nenhum controle governamental. Somente os seguros de saúde eram alvos de algum tipo de regulação. A partir da promulgação do Código de Defesa do Consumidor, em 1990, alguns pontos conflitantes se tornaram alvo de debates: “elaboração de regras de solvência para as operadoras de planos de saúde, abertura do setor para o capital estrangeiro, reivindicação de

ampliação de cobertura e controle de preços”^{36,37}.

Patologias, procedimentos de alto custo e tratamentos de longa duração não eram cobertos pelas operadoras, como o caso das doenças mentais, ficando sob a responsabilidade do Sistema Único de Saúde. Esse cenário propiciou a discussão sobre regulação, no sentido de assegurar o direito do consumidor e o respeito contratual e evoluiu para o desenvolvimento de políticas regulatórias que viriam a interferir nas atividades do setor⁴.

As reclamações contra planos e seguros de saúde, no período de 1992 e 1996, representavam um dos cinco primeiros motivos de denúncias aos Procons de São Paulo, Brasília e Rio de Janeiro. Eram comuns denúncias de negativas de atendimentos, de obstáculos que dificultavam o acesso a determinados procedimentos, de atitudes antiéticas que colocavam em risco a vida dos segurados, de aumento abusivo nos preços das mensalidades, dentre outras práticas prejudiciais ao usuário. Nesse sentido, devido às queixas dos beneficiários e, ainda, aos conflitos nas relações entre consumidores, médicos e operadoras de planos de saúde, o tema “regulamentação” inseriu-se na agenda política brasileira^{42,45}.

O Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC) e o Procon-SP destacaram-se, nesse período, por garantir o atendimento aos usuários através de ações judiciais. Da mesma forma, observa-se a atuação do Fórum Nacional de Portadores de Patologia e Deficiências com suas denúncias e mobilizações relativas aos procedimentos negados, excluídos ou limitados pelas operadoras⁴².

3.1. A Lei 9656/98

A criação de uma agência buscou organizar o mercado de planos e seguros de saúde e desenvolver e implementar sua regulação, tendo em vista as peculiaridades anteriormente referidas, que o tornam especialmente complexo. Iniciava-se a tentativa de obter convergência entre os vários atores envolvidos, obtendo ganhos, seja para os segurados, seja para as operadoras de planos de saúde¹¹.

Nesse contexto, em 03 de junho de 1998 foi promulgada a Lei nº 9656, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. Tal legislação, em seu artigo 1º, estabeleceu que “Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a

sua atividade...”. Criou ainda conceitos para plano privado de assistência à saúde, operadora de plano de assistência à saúde e carteira ⁴⁶.

Definiu, desta forma, como plano privado de assistência à saúde, a “prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor”⁴⁶.

Além disso, estabeleceu critérios para que as operadoras obtivessem autorização de funcionamento e de encerramento. Dentre os requisitos exigidos para o funcionamento desse tipo de empresa, destaca-se a necessidade de demonstrar a viabilidade econômico-financeira dos planos e a capacidade de atendimento, além de registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia. Tornou-se obrigatório que as operadoras e as administradoras se cadastrassem junto à ANS e que seus produtos fossem registrados ⁴⁶.

Em que pesem as etapas percorridas pela regulação, num primeiro momento as ações voltaram-se para as questões econômico-financeiras. Fazia-se necessária a saída do mercado de empresas sem liquidez suficiente e incapazes de honrar com os compromissos de prestar assistência aos consumidores. Assim, a definição de regras para solucionar problemas dessa ordem mobilizou a ANS no início de sua gestão ⁴⁷.

Mecanismos para acompanhamento e Plano de Recuperação econômico-financeiros, Revisão Técnica para corrigir desequilíbrios de carteiras, que pudessem afetar a solvência e liquidez das empresas, foram definidos já no primeiro semestre de 2000. Além disso, foram criados sistemas de informações econômico-financeiras, sistemas de garantias e provisões técnicas, sistemáticas de reajustes, revisão técnica e reajuste por faixa etária ^{47,48}.

Sujeitas a essas e outras medidas, as operadoras passaram a ser controladas, sendo exigidas maior visibilidade e transparência de seus negócios, além da necessidade de mudanças gerenciais e do desenvolvimento de sistemas de informação ou aprimoramento daqueles existentes. Algumas concessões, relacionadas à comprovação econômico-financeira, foram feitas para as operadoras classificadas como autogestões, tendo em vista suas características de não

comercialização de planos de saúde ¹¹.

As operadoras foram proibidas de requerer falência, salvo algumas exceções definidas na lei, e ao mesmo tempo, regimes de direção técnica e fiscal foram instituídos. Em casos de risco ao beneficiário ou para corrigir irregularidades, poderá ocorrer a alienação da carteira da operadora por parte da ANS, com a conseqüente transferência dos consumidores para outra empresa. Antes da regulamentação, em casos de falência, não havia acompanhamento do governo e nenhuma responsabilidade da operadora pela continuidade da assistência aos consumidores ³⁷.

Outro ponto relevante da lei foi a instituição do plano-referência, em seu artigo 10º, que se caracteriza por “cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde...”⁴⁶.

Considerado como principal inovação, foi criado um plano com cobertura completa, cujo oferecimento tornou-se obrigatório pelas operadoras, com exceção das autogestões e daquelas que comercializam planos exclusivamente odontológicos. Salvo raras exceções, os planos ofereciam coberturas restritas. Com essa medida, ficou garantida a oferta de produtos com cobertura ampliada. Isto impossibilitou a exclusão de assistência às doenças de qualquer natureza e a limitação de procedimentos em qualquer plano de saúde ^{11,37}.

O Plano Referência compreende atendimentos realizados em consultórios e ambulatórios, exames, atendimentos durante a internação hospitalar, inclusive em unidades de terapia intensiva, constantes no rol de procedimentos, bem como procedimentos relacionados à assistência ao parto e pré-natal. Qualquer procedimento deve ser executado quando necessário, sem limitação de frequência. Dessa forma, restou proibida a “modulação da quantidade de produtos oferecidos” e vedada a comercialização de planos de saúde com cobertura menor ^{11,48}.

No mesmo artigo, ficaram estabelecidas as exclusões de cobertura permitidas por lei, quais sejam, tratamento clínico ou cirúrgico experimental, procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, inseminação artificial, tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados, fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico,

tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes e casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente ⁴⁶.

As exclusões de cobertura às doenças ou lesões preexistentes (DLP) tornaram-se proibidas. Todavia, o beneficiário ou seu dependente que saiba ser portador de uma doença ou lesão, no ato da contratação do plano, estará sujeito à Cobertura Parcial Temporária (CPT). Isto significa dizer que cirurgias, internações e procedimentos de alta complexidade que tenham relação direta com a doença ou lesão do consumidor terão suas coberturas temporariamente excluídas, mais precisamente por vinte e quatro meses a partir da assinatura da declaração de saúde ⁴⁸.

Nos casos em que o beneficiário não queira cumprir CPT, este poderá optar pelo pagamento de agravo, que corresponde a um acréscimo no valor das contraprestações pecuniárias do plano adquirido. Em consequência, não ficará sujeito à exclusão temporária de nenhum procedimento, mesmo que este se relacione com sua DLP, respeitados, contudo, os períodos de carência ⁴⁸.

Essas medidas de proteção ao consumidor visaram impedir a seleção de risco. Este último pode ser entendido como a preferência das operadoras por segurados com baixo risco de utilização de serviços. Oferecendo serviços para beneficiários que apresentem riscos de saúde menores, essas empresas conseguem maximizar seus lucros ¹¹.

Da mesma forma, ficaram definidos o ressarcimento ao SUS em caso de atendimento hospitalar a beneficiários de planos privados de saúde e o envio de informações periódicas à ANS^{7,16}. O ressarcimento teria como objetivo desestimular a utilização de serviços públicos de saúde pelos beneficiários. Para operacionalizá-lo, as operadoras seriam obrigadas a fornecer o cadastro de seus usuários à ANS, o que possibilitaria detectar usos indevidos dos serviços do SUS e sua posterior cobrança ¹¹.

Outra inovação introduzida foi a definição das coberturas a serem obrigatoriamente ofertadas, respeitada a segmentação contratada e estabelecidos prazos de carência. Em seu artigo 12º, houve a classificação dos tipos de planos em ambulatorial, hospitalar, com e sem obstetrícia e odontológico, de acordo com o nível de complexidade da atenção ³⁷.

Tal fato facilita a regulação governamental e diminui a assimetria de informação, visto que torna o beneficiário ciente de seus direitos em relação a cada plano, além de possibilitar que as empresas se programem, utilizem melhor seus recursos, organizem de forma adequada suas ofertas, em função de suas demandas e ofereçam serviços de melhor qualidade ³⁷.

As empresas viram-se obrigadas a renovarem automaticamente contratos e planos. Tornou-se proibida a rescisão ou suspensão unilateral de contrato por parte da operadora, impedindo, desta forma, que houvesse exclusão de usuários economicamente desvantajosos ou cobrança de taxas de renovação. Também foram vedadas as recontagens de carência e a rescisão ou suspensão de contratos durante a internação, bem como a rejeição de usuários em função de idade ou de portar deficiência ^{37,46}.

O aumento das mensalidades era prática corrente em razão da idade do consumidor, o que muitas vezes ocasionava a expulsão de idosos dos planos. Nesse sentido, o artigo 15º proibiu esse tipo de reajuste para pessoas com mais de 60 anos e dez anos no mesmo plano. Isto gera uma “política de solidariedade na distribuição de receitas” entre as várias faixas etárias ³⁷.

Havia a necessidade de padronização dos contratos firmados entre consumidores e operadoras. Desta forma, dispositivos mínimos passaram a ser exigidos com o intuito de tornar o instrumento contratual mais claro. Dentre eles, podemos destacar informações quanto ao início de vigência, eventos cobertos ou excluídos, o regime ou tipo de contratação, registro na ANS e vários outros que visavam corrigir a inexistência de padrão observada anteriormente. Uma cópia do contrato deveria ser fornecida ao beneficiário, que muitas vezes sequer tinha ciência do documento ³⁷.

Em casos de redimensionamento por redução ou troca de seus prestadores, as operadoras passaram a ser obrigadas a comunicar previamente aos consumidores e ao órgão regulador, de tal forma que a manutenção do nível dessa rede fosse assegurada. Além disso, algumas obrigações e direitos dos prestadores de serviços, seja pessoa física ou jurídica, para com seus beneficiários foram listadas ³⁷.

Grande parte dos usuários está vinculada a planos coletivos empresariais. A lei 9656/98 passou a assegurar a manutenção da assistência a aposentados e demitidos, bem como seus dependentes, com as mesmas garantias assistenciais, desde que os beneficiários assumam o pagamento das contraprestações pecuniárias ³⁷.

Eram comuns casos em que as operadoras alegavam não haver vagas em enfermarias ou outros padrões de acomodação para recusar os pacientes. A partir da Lei 9656/98, restou estabelecido em seu artigo 33 que “havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional” ^{37,46}.

É relevante destacar que os beneficiários que possuem contratos antigos não gozam das mesmas coberturas assistenciais daqueles que os firmaram posteriormente à lei. Contudo, em seu artigo 35º, a legislação assegura a adaptação de tais contratos e a conseqüente ampliação de garantias, caso seja a vontade do consumidor ^{37,46}.

Os planos de saúde se viram obrigados a prestar atendimento de urgência e emergência, que até então, poderiam ser excluídos. Ademais, foram criadas definições para tais termos. Os casos de emergência foram definidos como aqueles “que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente” e os casos de urgência como “assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional” ^{37,46}.

Os vetos à rescisão unilateral de contratos ou à interrupção de internação hospitalar ficaram garantidos inclusive para os planos antigos. Restou determinado que variações nas

mensalidades dos planos de usuários acima de 60 anos estariam sujeitas à autorização da ANS, bem como a regulamentação da alegação de doença ou lesão preexistente ficaria a cargo do órgão regulador ^{37,46}.

A Medida Provisória n. 2177-44 de 24 de agosto de 2001 consiste no texto inicial da Lei 9656/98, submetido a modificações, e representa sua versão final. A exigência de cobertura para o procedimento reconstrução mamária, decorrente de mastectomia indicada para o tratamento de câncer passa a fazer parte dessa versão em seu art. 10-A ^{37,46}.

Ficou determinado que o órgão regulador exerceria fiscalização sobre as operadoras, bem como a aplicação de multas em caso de descumprimento da legislação. Em casos de infrações, os dirigentes das operadoras possuem co-responsabilidade por danos causados aos beneficiários. Além disso, os prestadores de serviços passaram a responder por atividade irregular no caso da manutenção de contratos, referenciamento ou credenciamento com operadoras que não possuam registro junto à ANS ^{37,46}.

A ANS ficou responsável por fixar as penalidades e os valores das multas em casos de infração à lei por parte das operadoras. Em complemento, o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC) foi constituído como uma alternativa às multas, permitindo a reparação de irregularidades e garantindo o compromisso da operadora na cessação da prática ilícita ⁴⁸.

As operadoras passaram a oferecer obrigatoriamente tratamentos como quimioterapia e radioterapia, tanto nos planos hospitalares como ambulatoriais, cuja cobertura anteriormente era facultativa, ou seja, dependente do tipo de contrato estabelecido entre empresa e consumidor ⁴⁶.

Por fim, Albuquerque et al.(2008)³ destacam as seguintes principais mudanças: ampliação da cobertura assistencial, tempo e número de internações, bem como, procedimentos ilimitados, regras para portadores de doenças ou lesões preexistentes, dentre outras. Dessa forma, avanços pós-regulação podem ser identificados, embora em sua maioria restritos aos planos de saúde firmados a partir de janeiro de 1999 ou planos novos.

3.2. A Lei 9961/00

A criação da ANS representou uma das etapas da regulamentação de um segmento que se transformou numa importante atividade econômica no setor saúde a várias décadas. A partir da Lei nº 9961 de 28 de janeiro de 2000, “É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde” ^{43,49}.

Nesta etapa, a regulação e a fiscalização passaram a ser atribuições de uma agência reguladora única, vinculada ao Ministério da Saúde através de Contrato de Gestão. O Conselho de Saúde Suplementar – Consu, composto pelos ministros da Saúde, Fazenda, Planejamento e Orçamento e da Justiça, seria o responsável por fixar políticas e diretrizes setoriais ⁴³.

Restou determinado que o contrato de gestão seria negociado entre Diretor-Presidente e Ministro da Saúde e passaria pela aprovação do Conselho de Saúde Suplementar, até cento e vinte dias após a designação do Diretor- Presidente. Nesse contrato estariam estabelecidos os parâmetros para a administração interna da ANS, bem como indicadores para avaliar sua atuação administrativa e desempenho ⁴⁹.

Tal legislação estabeleceu ainda, em parágrafo único, que “A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes” ⁴⁹.

Este novo instrumento do Estado, denominado “Agência Reguladora” apresenta vantagens, como maior poder de atuação, arrecadação própria e conseqüente autonomia, Diretorias Colegiadas com mandato definido em lei e poder para efetivar suas resoluções. Ademais, está prevista em sua estrutura organizacional, instâncias como Procuradoria,

Corregedoria e Ouvidoria, além de unidades especializadas responsáveis por diferentes funções condizentes com seu regimento interno ^{47,49}.

A Diretoria Colegiada, responsável pela gestão da ANS, é composta por até cinco diretores, sendo um deles o Diretor-Presidente. Todos eles devem, após aprovação pelo Senado Federal, ser indicados e nomeados pelo Presidente da República para cumprir mandato de três anos, sendo aceita uma única recondução ⁴⁹.

Compete à Diretoria Colegiada, conforme previsto na Lei 9961/00, exercer a administração da Agência, editar normas sobre matérias de competência da ANS, aprovar o seu regimento interno e definir a área de atuação de cada diretor, cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar, elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades, julgar, em grau de recurso, as decisões dos diretores, mediante provocação dos interessados e encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes ⁴⁹.

A ANS é composta por cinco diretorias, quais sejam, Diretoria de Gestão, Diretoria de Desenvolvimento Setorial, Diretoria de Fiscalização, Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras e Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos ³⁶.

De acordo com a mesma legislação, em seu artigo 3º, “A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país” ⁴⁹.

Dentre as trinta e oito competências da ANS, determinadas por lei, podemos destacar as seguintes:

- propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
- estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

- elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;
- fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
- estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
- normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
- estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
- exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
- avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

- zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar
- fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo: a) conteúdos e modelos assistenciais; b) adequação e utilização de tecnologias em saúde; c) direção fiscal ou técnica; d) liquidação extrajudicial; e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras; f) normas de aplicação de penalidades; g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados ⁴⁹;

Conforme o artigo 6º da Lei 9961/00, “A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo”. Esse espaço de discussão, vinculado à ANS e composto pelos diversos atores interessados no processo regulatório, representa um relevante avanço, uma vez que objetiva a participação da sociedade nessa arena de disputas ⁴⁹.

Ficou instituída, a partir de janeiro de 2000, a Taxa de Saúde Suplementar (TSS), valor a ser pago pelas operadoras anualmente à ANS e calculado de acordo com o número médio de beneficiários de cada plano de assistência à saúde ⁴⁹.

Tanto a TSS quanto a instituição do ressarcimento possibilitaram a criação de um banco de dados dos beneficiários do segmento privado de saúde. Até então, o número de consumidores vinculados a planos era incerto. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 registraram 38,5 milhões de beneficiários. As operadoras, por sua vez, informaram em 2000, 28,1 milhões de usuários à ANS, enquanto que em seus documentos de divulgação no mesmo ano constavam 48 milhões. Contudo, em setembro de 2003, após alguns embates jurídicos, o número informado à ANS superou 37,7 milhões. Apesar dos questionamentos em relação à constitucionalidade da TSS, oitenta por cento das operadoras efetuaram o seu pagamento já no primeiro ano de existência da ANS ⁴⁸.

A Lei 9961/00 estabeleceu que, dentre as competências da ANS, está elaborar o rol de procedimentos obrigatórios a serem oferecidos pelos planos de saúde. O fato pode ser

considerado um dos progressos mais relevantes conquistados a partir da normatização do setor. Desta forma, as operadoras de planos ficaram obrigadas a oferecer cobertura mínima aos seus beneficiários, tendo em vista a segmentação contratada, qual seja, ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, plano referência ou odontológico ³⁶.

O Rol de Procedimentos e Eventos em saúde representa a referência básica para a cobertura assistencial nos planos de saúde contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à lei. Nele estão listados os procedimentos para o tratamento das patologias contidas na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁴⁸.

Recentemente, procedimentos realizados por outros profissionais de saúde passaram a fazer parte do rol, tais como sessões/consultas de fonoaudiologia, nutrição, psicoterapia e terapia ocupacional. Isto permite que o paciente seja atendido por uma equipe multiprofissional, garantindo, dessa forma, a integralidade da atenção à saúde. Sua estruturação segue a lógica de cobertura e não de pagamento.

O rol é atualizado periodicamente com o objetivo de incorporar tecnologias com evidências de segurança, eficácia, efetividade e eficiência a partir dos princípios da Medicina Baseada em Evidências. Visa também excluir procedimentos obsoletos ou de insuficiente validação, além de adequar nomenclatura em relação a tabelas de uso corrente como a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

A partir de 2008, passou a conter cerca de 3000 procedimentos. Foram incluídos procedimentos contraceptivos, como dispositivo intra-uterino (DIU), vasectomia, laqueadura tubária, além de procedimentos cirúrgicos, exames laboratoriais, cobertura a ações de promoção e prevenção, entre outros. Diretrizes de utilização para determinados procedimentos também passaram a fazer parte dessa nova versão.

Em 2009, iniciou-se novamente uma discussão com o intuito de atualizar o rol de procedimentos vigente. Nesse sentido, foi criado um grupo técnico composto por vários representantes da saúde suplementar, tais como, operadoras, beneficiários, prestadores de serviços, Procons, técnicos da ANS, representantes de conselhos profissionais, dentre outros.

Em setembro do mesmo ano, foi instituída uma consulta pública cujo objetivo era tornar transparente o processo de revisão do rol e possibilitar a participação da sociedade. A consulta contou com mais de 7000 contribuições que sugeriam incorporações de procedimentos, exclusões e alterações no texto da Resolução em vigor.

A compilação do trabalho do grupo técnico e das contribuições advindas da consulta pública resultou na Resolução Normativa nº 211/2010, que atualizou o rol de procedimentos e entrou em vigor a partir de junho de 2010. Nessa nova versão, foram incorporados cerca de 70 procedimentos. Como exemplos, podemos citar as toracoscopias por vídeo, pet-scan, oxigenoterapia hiperbárica, transplante de medula óssea alogênico, implante de marcapasso multissítio. Além disso, houve o aumento do número de sessões com vários profissionais de saúde, reforçando a necessidade de se evoluir para uma assistência multiprofissional e integral.

Outra inovação foi a publicação de duas diretrizes clínicas, por meio da Instrução Normativa nº 25/2010, que funcionarão como balizadoras para fins de cobertura assistencial. Isto reflete a intenção da ANS de induzir a utilização dessas diretrizes, e de outras que serão publicadas posteriormente, como forma de melhorar a qualidade da prática médica e conseqüentemente da assistência prestada.

No que se refere ao rol de procedimentos, Santos et al. (2008)³² concluíram que se trata da conquista mais relevante para a saúde suplementar. A partir da Lei 9656/98, as operadoras se viram obrigadas a garantir cobertura para todos os procedimentos listados no rol editado pela ANS. É importante frisar, contudo, que somente os beneficiários com contratos posteriores à Lei 9656/98 foram favorecidos por tal medida.

Isto ocorreu devido à Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 1.931-98 de 2003, concedida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) às operadoras, que impediu que a Lei 9656/98 retroagisse aos planos anteriores. Esses últimos não conferem os mesmos direitos daqueles firmados após a regulamentação. O STF, dessa forma, concedeu liminar para a suspensão do artigo 35-G que previa a retroação da lei aos planos que a antecederam³².

O texto inicial da Lei 9656/98 determinava que os contratos anteriores à regulamentação deveriam ser adaptados às novas regras noventa dias após a operadora obter autorização de funcionamento. Contudo, uma vez que a ampliação de cobertura legitimada pela lei gerou ameaças de aumentos nas contraprestações, restou garantido o direito do consumidor de permanecer num plano mais barato, o chamado plano antigo, porém sem a mesma cobertura dos planos firmados no período pós-regulatório. Os contratos anteriores à lei passaram a ter validade por tempo indeterminado, contudo, não poderiam ser transferidos a terceiros ou comercializados

³²,48

Restou determinado ainda que os planos individuais teriam seus reajustes estabelecidos

pela ANS. Contudo, para os planos coletivos foi definida a negociação das mensalidades entre contratante e contratado, com posterior ciência do órgão regulador. Tal fato se deveu à expectativa de que, enquanto pessoa jurídica, sindicatos e empresas possuíssem maior poder de negociação, o que na prática nem sempre acontece ³.

3.3. Cobertura assistencial

Uma vez que o objeto deste estudo trata da questão das negativas ou das restrições de cobertura por parte das operadoras, fazem-se necessários os comentários apresentados a seguir.

De acordo com o Caderno de Informação da Saúde Suplementar (2009) ³⁵, entende-se por cobertura assistencial de um plano de saúde “o conjunto de direitos – tratamentos, serviços e procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos - adquirido pelo beneficiário, a partir da contratação do plano”. A ANS define os tipos de cobertura como ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológico.

A cobertura assistencial depende diretamente do tipo de contrato firmado entre operadora e beneficiário. No caso dos planos antigos, ou seja, aqueles firmados antes da Lei 9656/98 ou em data anterior a 1º de janeiro de 1999, a operadora deverá garantir, em termos de assistência, o que constar nas cláusulas contratuais. Como já explanado anteriormente, isso gera sérias restrições ao acesso dos consumidores a procedimentos variados. Não raro observam-se próteses e órteses constando das cláusulas que tratam das exclusões, ficando a operadora desobrigada de fornecer tais itens.

Para os planos novos ou para aqueles adaptados à Lei 9656/98, a cobertura mínima obrigatória a ser assegurada é determinada pelo rol de procedimentos editado pela ANS. Assim, qualquer procedimento constante dessa lista deverá ser garantido ao paciente, bem como órteses, próteses e materiais ligados ao ato cirúrgico e, ainda, medicamentos relacionados a procedimentos listados no rol.

Outra questão é a segmentação contratada. O consumidor que contrate um plano ambulatorial somente terá direito aos procedimentos realizados nos estabelecimentos desse nível de complexidade, incluindo consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e procedimentos ambulatoriais. Da mesma forma, um beneficiário que contrate um plano hospitalar ficará restrito aos atendimentos

realizados nesse âmbito ⁴⁶.

Nos planos cujo consumidor tenha direito à internação hospitalar, as despesas com medicamentos, anestésicos, materiais de consumo, honorários médicos, alimentação, serviços de enfermagem, gases medicinais, exames diagnósticos complementares para controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, diárias, centro de terapia intensiva, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, dentre outros, deverão ser providos pela operadora durante o período de hospitalização, sendo admitida a exclusão de procedimentos obstétricos. Além disso, deverá ser garantida a cobertura de toda e qualquer taxa, além da remoção do beneficiário para outro estabelecimento hospitalar, quando necessário, e despesas com acompanhantes de menores de dezoito anos ^{35,46}.

Os planos que incluam atendimento obstétrico deverão assegurar procedimentos relativos ao pré-natal e assistência ao parto, partos, assistência médico-hospitalar ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário nos primeiros trinta dias após o parto ou adoção, bem como sua inscrição como dependente até o trigésimo dia, sem exigência de cumprimento de carência ⁴⁶.

Para os planos odontológicos, a cobertura a ser assegurada compreende “consultas e exames clínicos, exames auxiliares ou complementares; cobertura de procedimentos preventivos, de dentística, endodontia e periodontia; cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.” ³⁵.

3.4. Evolução, limites e desafios da regulação

De acordo com Carvalho & Cecílio (2007) ⁴², “o campo da regulamentação trata-se de um território político povoado por atores ou forças sociais, portadores de interesses na maioria das vezes incompatíveis entre si e em permanente peleja e disputa”. As políticas regulatórias diferem dos demais tipos de intervenção estatal exercidos sobre a sociedade. Podem representar um jogo de soma positiva, na medida em que todos os setores afetados por suas ações obtenham ganhos pelo bem público gerado. Todavia, o risco de captura do órgão regulador pelo setor regulado é motivo de preocupação para especialistas e entidades de defesa do consumidor ⁴.

Segundo a teoria econômica da regulação, a intervenção regulatória será “orientada por aqueles que oferecerem maiores retornos aos reguladores”. Ou seja, favorecerá as empresas

maiores, aquelas que apresentam melhores condições de gerar renda, ficando a promoção do interesse público em último plano ⁴.

A demanda por regulação nos Estados Nacionais, contudo, origina-se da percepção de que políticas regulatórias podem produzir benefícios públicos e que o mercado não é capaz de se auto-regular e promover uma alocação eficiente de recursos. Sendo assim, crescem as atividades regulatórias que buscam proteger os consumidores, os contratos e a provisão de bens públicos ⁴.

Torna-se conveniente refletir sobre dois problemas normativos do regime regulatório. Um deles refere-se a buscar uma forma de se regular, que possibilite o equilíbrio econômico das operadoras e a conseqüente melhora das condições de proteção dos beneficiários. O outro seria alcançar uma estrutura ideal do mercado, em termos da quantidade de empresas, de tal modo que ocorresse competição e queda dos custos de transação ²⁶.

No tocante ao histórico brasileiro, seria presumível que existiriam resistências à regulamentação em um setor que cresceu de forma desregulada. Nesse cenário, houve reação do mercado à regulação do governo, o que pode ser constatado pelo montante de 1530 ações impetradas no Judiciário até 2003. A maior parte delas referia-se ao ressarcimento ao SUS e ao pagamento da Taxa de Saúde Suplementar (TSS) ^{11,48}.

Com exceção da questão do ressarcimento, os marcos regulatórios não contemplaram a interface entre os sistemas público e privado de saúde, ficando a regulação restrita ao segmento privado. Nesse sentido, Menicucci (2007) ¹¹ assevera que “A possibilidade de um reordenamento da produção privada de serviços de saúde segundo a lógica da gestão de bens públicos não foi incluída na regulação, não se disciplinando a relação público/privado de maneira mais abrangente. A questão da transferência de recursos públicos para o setor privado pela via das deduções fiscais também não foi objeto da regulação, embora tenha repercussões sobre o financiamento global da assistência à saúde”.

Embora tenha sido regulamentado e implantado, o ressarcimento continua sendo tarefa de difícil operacionalização e baixa efetividade. Isto se deve aos questionamentos quanto a sua constitucionalidade, através de recursos e ações judiciais por parte das operadoras e ainda porque

essas empresas resistem em fornecer dados de suas carteiras de beneficiários, imprescindíveis para o cruzamento entre o cadastro de usuários e as internações pagas pelo sistema público ^{11,48}.

Santos et al. (2008)³² e Carvalho & Cecílio (2007)⁴² concordam que a regulação foi benéfica ao setor de saúde suplementar. Conquistas relevantes foram alcançadas, quanto ao funcionamento e constituição das operadoras, publicação de normas de funcionamento e fiscalização, obrigatoriedade de estabelecimento de reservas técnicas, ampliação de cobertura, definição do plano referência, proibição da seleção por faixas etárias e para os limites de internação.

A regulamentação do setor supletivo de saúde é algo bastante recente e a Agência reguladora constituída para produzir e fazer cumprir a lei nesse território de relações entre beneficiários, operadoras e prestadores ainda é um órgão jovem, em pleno processo de amadurecimento, autoconstituição e de “formatação do seu objeto” ².

É notória a dificuldade dos órgãos regulatórios para desenvolver capacidade institucional em mercados competitivos e, desse modo, controlar efetivamente a qualidade de serviços e produtos. À ANS, num primeiro momento, cabe avaliar “o impacto de suas funções normativas sobre a estrutura do mercado”. Um modelo regulatório estruturado de tal forma que produza responsabilidade social, eficiência das empresas e atenção à saúde de qualidade representa um desafio e, sem dúvida, acarretará um aprendizado para a gestão pública ⁴.

Ainda que sua criação mostre-se diferente das demais agências e objetive corrigir os problemas existentes na relação entre consumidores, empresas e prestadores, tal correção exigirá, semelhante ao que ocorre com os demais órgãos regulatórios de serviços de utilidade pública, uma fixação maior do padrão de competitividade sugerido para o setor ⁴.

Costa (2008) ⁴ assevera que “a legitimidade da regulação no campo da atenção à saúde traz, de fato, um problema teórico adicional, tendo em vista que as experiências bem sucedidas no setor são aquelas em que o governo regula as condições sistêmicas de financiamento e provisão de bens públicos e serviços de saúde. Os modelos de regulação sistêmicos privilegiam a decisão do governo na alocação e no uso de recursos”.

A regulação faz parte de um processo em evolução, bem como a regulamentação. Esta primeira, para ser realizada, prescinde de informação. Desse modo, é possível que uma dos maiores progressos nesses primeiros anos de ANS, seja a sistematização das informações do

setor. Os sistemas de informações desenvolvidos no período contribuíram para a análise e acompanhamento do setor por parte da ANS e dos diversos atores envolvidos na regulação. Além disso, mais recentemente foi implantada a TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar) que possibilitará a coleta e acompanhamento de dados assistenciais das operadoras de planos de saúde ^{32,36}.

Apesar disso, desafios ainda se apresentam no sentido de mudar o modelo assistencial fragmentado no segmento de saúde supletiva, garantir assistência integral e estimular a prevenção de doenças e promoção da saúde. Muitos entraves ainda são visíveis. Há a necessidade de estimular a concorrência no setor de saúde suplementar. Neste sentido, a portabilidade, direito de o beneficiário mudar de operadora, é vista como alternativa concorrencial. Outra questão conflitante é a chamada relação público/privado, em que o Estado financia, ainda que indiretamente, o setor de saúde suplementar mediante renúncias fiscais ³².

Costa (2008)⁴ chama atenção para o fato da regulação praticada pela ANS afetar a economia de escala e escopo das operadoras “pelo efeito seletivo das fortes barreiras institucionais à permanência, entrada e saída”. O regime regulatório altera as formas de entrada e saídas de empresas, modificando, assim, as condições de concorrência do mercado.

Ao mesmo tempo, a regulação compromete a sobrevivência daquelas mais frágeis, na medida em que aumenta as exigências sobre a qualidade e a diferenciação dos produtos. Além disso, para manter a posição no mercado, ocorre um acréscimo nos custos de transação decorrente do aumento de despesas operacionais ⁴.

Consequentemente, a tendência, em virtude da regulamentação, seria uma reorganização do mercado e o aumento de fusões e incorporações de operadoras, com o intuito de obter ganho de escala. As barreiras estabelecidas resultariam na concentração proveniente da saída de empresas menores e menos eficientes ^{4,11}.

Resta saber até que ponto a regulação, por meios das inúmeras exigências impostas, fará com que o mercado se concentre, favorecendo as empresas de grande porte. Ao mesmo tempo, surge o questionamento se essa concentração pode resultar em vantagens para os beneficiários pela junção de empresas maiores e mais eficientes economicamente. Estudos demonstram maior eficiência e qualidade das empresas em mercados mais concentrados ²⁶.

Indiscutivelmente, houve avanços no período pós-regulatório. Contudo, salientamos que há um longo caminho a ser trilhado. É preciso mudar o modelo hospitalocêntrico e centrado na

doença praticado pelas operadoras. As práticas de promoção e prevenção ainda apresentam-se bastante tímidas. O rol de procedimentos editado pela ANS não garante cobertura integral a todas as doenças. Os planos anteriores à lei 9656/98 constituem-se em barreiras de acesso e negativa de cobertura para muitos procedimentos.

A própria ANS reconhece obstáculos para se fazer cumprir a legislação. Dentre eles, destaca-se a adaptação dos contratos antigos à Lei 9656/98. Conforme já mencionado, inicialmente era obrigatória a migração para contratos regulamentados, isto é, adaptados à legislação. Entretanto, uma vez que existia a ameaça de significativos reajustes nos valores das mensalidades, as seguradoras e entidades de defesa do consumidor, sob forte pressão, levaram a ANS a suspensão de tal obrigatoriedade ¹¹.

Essa questão chegou a ser discutida judicialmente e a decisão pela adaptação de contratos anteriores à lei passou a ser opção do consumidor. Contudo, a ANS, ainda hoje não desenvolveu instrumentos para tornar viável tal adaptação. As entidades de defesa do consumidor, por sua vez, rejeitam a migração e a consequente ampliação de cobertura que representa ^{11,47}.

Como a adaptação significa pagamento de contraprestações maiores, o consumidor opta por cobertura menor e busca o Judiciário nos casos de negativas de procedimentos, medicamentos e materiais. Essa atitude leva à judicialização da assistência, ao mesmo tempo que enfraquece a atividade regulatória ¹¹.

As operadoras, por sua vez, também não promovem meios de acelerar esse processo, o que contribui para as inúmeras situações de exclusões geradas pelos contratos antigos e, até mesmo, para a manutenção de cláusulas consideradas abusivas. Enfim, optam por enfrentar as ações judiciais movidas pelos beneficiários. Esse desinteresse talvez seja explicado pelo fato de os procedimentos não cobertos contratualmente não serem alvos do ressarcimento por parte das operadoras, e assim ficarem, muitas vezes, a cargo do SUS ⁴⁷.

O sistema de saúde norte-americano apresenta-se experiente na regulação do mercado privado de saúde. Contudo, o modelo regulatório pontual encontrado nos Estados Unidos caracteriza-se por distanciar-se da universalidade, ampliar a fragmentação e não gerir adequadamente os gastos e a alocação dos recursos. Este é, sem dúvida, “o desafio para o futuro do regime de regulação dos planos de saúde no Brasil” ⁴.

Sob a perspectiva da qualidade da assistência, apesar das melhorias alcançadas até o momento, o modelo assistencial praticado pelas operadoras de planos de saúde ainda consiste em

práticas fragmentadas, desarticuladas, centradas em procedimentos. A produção de saúde ainda não constitui o foco principal dessas empresas. A utilização de mecanismos de regulação do acesso e consumo de serviços acentua a fragmentação do cuidado e dificulta o acesso do beneficiário aos procedimentos necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde ².

Em dezembro de 2004 foi implantada a política de qualificação da saúde suplementar que busca qualificar e avaliar sistematicamente os produtos oferecidos pelas operadoras, estas empresas comercializadoras de planos de saúde e a própria ANS. No que se refere às operadoras, o que se pretende é que tais empresas operem com equilíbrio e agilidade, prestando informações consistentes e oferecendo serviços de qualidade ⁵⁰.

A ANS (2007) ⁵⁰, em publicação referente ao tema, argumenta que “o desencadeamento dessa nova etapa para a atividade de regulação do setor privado de planos de saúde significa o reconhecimento da saúde suplementar como local de produção de saúde e uma indução a uma transformação profunda de todos os atores envolvidos: as operadoras de planos em gestoras de saúde; os prestadores de serviços em produtores de cuidado de saúde; os beneficiários em usuários com consciência sanitária e o próprio órgão regulador qualificando-se para corresponder à tarefa de regular um setor com objetivo de produzir saúde” .

Sucintamente, o programa foi estruturado com o intuito de avaliar a qualidade das operadoras e a qualidade institucional do órgão regulador. Os eixos norteadores da qualificação seriam a análise do impacto das ações de saúde dos consumidores de planos, a perspectiva de sistema e a avaliação de indicadores, construídos a partir de critérios explícitos ³⁶.

Em relação à qualificação institucional, restou estabelecido o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações do órgão regulador, através de indicadores de processo e de resultado, visando ao aprimoramento contínuo de suas atividades, a eficiência e a efetividade do processo regulatório, bem como o cumprimento da finalidade institucional de promoção da defesa do interesse público ⁵⁰.

No tocante à qualificação das operadoras, a avaliação de seus resultados, através de indicadores, permite que a ANS monitore o desempenho de cada empresa. Isto possibilita a divulgação para a sociedade do processo de prestação de serviços, além de estimular a melhoria contínua da qualidade e da atuação das operadoras ⁵⁰.

A qualidade das operadoras de planos de saúde é avaliada a partir de quatro dimensões: atenção à saúde, econômico-financeira, estrutura e operação e satisfação dos beneficiários. Na

dimensão “qualidade da atenção á saúde”, deve-se avaliar a assistência á saúde ofertada aos usuários e o impacto de tais ações em suas condições de vida. Sob a perspectiva da “qualidade econômico-financeira” busca-se analisar a “situação econômico-financeira da operadora frente à manutenção dos contratos assumidos”. Em se tratando da “qualidade de estrutura e operação”, procura-se identificar a forma de operar das empresas de planos de saúde. Por fim, a satisfação dos beneficiários é medida levando-se em conta a visão dos consumidores em relação ao cumprimento dos contratos firmados com as operadoras ⁵⁰.

Observa-se, dessa forma, que, se num primeiro momento, o regime regulatório estava voltado para aspectos econômico-financeiros, atualmente a ANS tem se direcionado à regulação assistencial, com vistas à sua melhoria. Nesse sentido, vale ressaltar, ainda, seu papel indutor no uso de diretrizes clínicas no segmento de saúde supletiva. Espera-se que esse redirecionamento contribua substancialmente para a melhoria da assistência prestada e para a mudança do modelo assistencial predominante ⁵¹.

Entende-se por diretrizes clínicas “os posicionamentos ou recomendações (statements) sistematicamente desenvolvidos para orientar médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados, em circunstâncias clínicas específicas”. São normas de orientação clínica que compreendem indicações, contra-indicações, benefícios e riscos da utilização de dada tecnologia em saúde para uma população específica ⁵².

Em fevereiro de 2009, um convênio foi firmado entre ANS, Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM) com o objetivo de elaborar diretrizes clínicas a serem utilizadas na saúde suplementar. Os temas prioritários foram eleitos juntamente com representantes das operadoras de planos de saúde e derivados da consulta pública para a revisão do rol de procedimentos realizada em 2007 ⁵³.

As sociedades de especialidades médicas, coordenadas pela AMB, ficaram responsáveis pela elaboração das diretrizes. Assim, as primeiras diretrizes foram publicadas em 2009. A expectativa é que sua implementação para prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação possa se reverter em melhores resultados na saúde da população assistida ⁵³.

Essa iniciativa pretende ser um passo rumo à qualificação da saúde supletiva e busca estimular a adoção das diretrizes clínicas, compreendidas como orientações sistematizadas, embasadas nas melhores evidências científicas disponíveis e que permitam aos profissionais de saúde a opção pela melhor conduta frente às diversas situações clínicas ⁵³.

Uma vez elaboradas, a próxima fase consiste na disseminação e implementação dessas diretrizes. Para isso, a ANS estabeleceu parcerias com diversos prestadores no sentido de monitorar esse processo. O desafio é selecionar indicadores que permitam medir até que ponto as diretrizes estão sendo utilizadas e se estão impactando positivamente a assistência prestada aos beneficiários.

Ainda referente às atividades regulatórias voltadas à assistência, vale relembrar que, anterior ao movimento das diretrizes, há a elaboração do rol de procedimentos, já mencionado no presente trabalho, que passou a ser periodicamente submetido a atualizações. Essas revisões passaram a ocorrer buscando-se utilizar a avaliação de tecnologias em saúde, que consiste numa ferramenta essencial para a qualificação do processo de gestão, pois oferece subsídios técnicos baseados na melhor evidência científica contemporânea, com o objetivo de embasar decisões em saúde. Trata-se de uma forma de investigação multidisciplinar cuja ferramenta fundamental é a avaliação crítica da validade das pesquisas clínicas realizadas com a nova tecnologia.

Desta forma, a incorporação de novas tecnologias ao rol de procedimentos e eventos em saúde depende de prévia avaliação, de acordo com critérios pré-estabelecidos, para verificação de sua eficácia, efetividade e eficiência, com o objetivo de promover o acesso a tecnologias seguras, eficazes e custo-efetivas, evitando sua subutilização ou uso indiscriminado, além de complicações evitáveis.

Em suma, desde sua criação, a ANS vem passando por várias etapas de aprendizado e implementação do processo regulatório, iniciando com a regulação econômica-financeira e, gradativamente, evoluindo para a regulação assistencial. Nesse contexto, a política de qualificação, a definição do rol de procedimentos e eventos em saúde e suas atualizações mediante avaliação para incorporação de novas tecnologias e a indução do uso de diretrizes clínicas são iniciativas que buscam interferir na forma como a assistência vem sendo prestada direta ou indiretamente pelas operadoras de planos de saúde e representam a fase atual da regulação.

4. JUSTIFICATIVA - O PROBLEMA DA NEGATIVA DE COBERTURA

Dentre os objetivos da regulação do mercado de saúde suplementar, consta garantir, à população coberta por planos de saúde, cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso. Cabe, portanto, à ANS desenvolver mecanismos regulatórios capazes de promover garantias assistenciais ^{2,44}.

Não obstante os avanços alcançados a partir da regulamentação do segmento de assistência à saúde suplementar, muitos beneficiários se deparam, ainda hoje, com negativas de autorização para procedimentos solicitados por seus médicos assistentes ou demais profissionais de saúde. Com isso, observa-se a fragmentação do cuidado, uma vez que a integralidade da assistência nem sempre é assegurada por parte das operadoras.

4.1. Dados gerais

Os canais de comunicação com os atores do mercado são importantes instrumentos facilitadores da regulação. Neste sentido, a ANS vem aprimorando esses mecanismos de obtenção de informações do setor de saúde supletiva. A formação de câmaras, grupos técnicos e a prática de consultas públicas também são relevantes nesse processo. Com o intuito de esclarecer dúvidas ou receber denúncias dos beneficiários, foram criados o portal da ANS via internet, bem como o correio eletrônico, uma central de atendimento telefônico 0800, denominada Disque ANS, atendimentos pessoais através dos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização (Núcleos/ANS), além dos tradicionais cartas, telefone e fax ³⁶.

O Disque ANS, inaugurado em julho de 2001, consolidou-se como uma efetiva ferramenta de comunicação com o usuário e uma análise de seus números vem mostrando que o beneficiário busca informações junto à ANS para subsidiar suas tomadas de decisões. Os Procons também fazem uso deste canal de comunicação, tendo sido registradas cerca de quinze por cento de demandas oriundas desses órgãos no período de julho de 2001 a agosto de 2006 ^{36,47}.

Os atendimentos registrados no Disque ANS podem ser classificados como consultas ou denúncias. As primeiras caracterizam-se por atendimentos finalizados no próprio Disque ANS e

cuja resolução leva até cinco dias. As últimas, por sua vez, constituem os atendimentos não solucionados e que necessitam de encaminhamento aos Núcleos/ANS para apuração ³⁶.

A tabela abaixo mostra o percentual de atendimentos do Disque ANS no período de 16/07/2001 a 31/08/06:

Tabela 2 – Percentual de atendimentos do Disque ANS de 16/07/2001 a 31/08/06

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

Fonte: Informativo da Central de Atendimentos Disque ANS

A partir dos atendimentos podem ser identificadas demandas sobre diversos temas, tais como aumento de mensalidade, questionamentos sobre contratos e regulamentos, cobertura assistencial, rede prestadora, doença ou lesão preexistente, carência, mecanismo de regulação, urgência e emergência, reembolso, internação, cobertura geográfica, dentre outros ³⁶.

Conforme Relatório de Gestão apresentado pela ANS em 2005, no ano de 2004 foram recebidas ligações de 137.027 beneficiários, o que demonstra um aumento considerável no total de telefonemas se comparado com os anos anteriores de 2001 a 2003, que totalizaram 160.000 atendimentos ³⁶.

As denúncias originam processos administrativos, sendo apuradas pelos núcleos de fiscalização. Tais processos podem ser arquivados, quando se considera a denúncia improcedente ou, ao contrário, podem ocasionar a autuação da operadora envolvida na infração ³⁶.

A ANS mantém 12 núcleos regionais de atendimento e fiscalização distribuídos por todas as regiões do país, com o objetivo de aproximar o órgão regulador das necessidades locais de cada população e de prover mais agilidade na resolução das demandas dos consumidores. Os Núcleos/ANS possuem autonomia em primeira instância, ou seja, estão aptos a fiscalizar, julgar e

aplicar penalidades diante da comprovação de infrações até que a operadora de plano de saúde penalizada apresente recurso. Hoje, existem núcleos atuando nas seguintes localidades: Belém (PA), Recife (PE), Salvador (BA), Fortaleza (CE), Brasília (DF), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), São Paulo (SP), Ribeirão Preto (SP), Porto Alegre (RS) e Rio de Janeiro (RJ), Cuiabá (MT).

Conforme já esclarecido, as demandas provenientes do Disque ANS e relativas às denúncias são encaminhadas aos Núcleos/ANS para a devida apuração. Cada Núcleo é responsável por determinada região do país, ou seja, por fiscalizar as operadoras localizadas naquele território.

A atividade de fiscalização é uma ação central da ANS e pode ser classificada como direta ou indireta. A apuração de denúncias e representações, bem como a realização de diligências nas operadoras, é qualificada como fiscalização direta. Por outro lado, o acompanhamento e monitoramento das operadoras através de seus dados enviados pelos sistemas de informações periódicas são meios de fiscalização indireta. Quando configurada a infração por parte da operadora, a ANS poderá aplicar multa pecuniária, que visa inibir sua repetição. Contudo, a reparação do dano individual do beneficiário só poderá ser garantida por meio do Poder Judiciário ^{36,43}.

As fiscalizações podem ser reativas, quando originadas de denúncias de beneficiários, Ministério Público, Procons, dentre outros, ou planejadas mediante amostras de índices de risco de operadoras. A maior parte das fiscalizações reativas ou descentralizadas, no período de 2003 a 2005, foi oriunda do Disque ANS ou de atendimentos pessoais ³⁶.

Tabela 3 - Fiscalizações descentralizadas da ANS no período de 2003 a 2005

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

Fonte: Diretoria de fiscalização da ANS ³⁶.

No ano de 2008, o Disque ANS registrou mais de 14.000² atendimentos, originados das diversas regiões do país, relativos à denúncias. Especificamente, ao Núcleo/ANS localizado no Rio de Janeiro foram encaminhadas aproximadamente 2000³ denúncias para apuração, sendo que cerca de quarenta por cento desse total era relativo à negativa de cobertura assistencial, seja de procedimentos, materiais, medicamentos, órteses e próteses.

Uma análise mais aprofundada dessas demandas de negativa de cobertura se torna relevante, na medida em que o direito do beneficiário deixa de ser assegurado e o acesso a procedimentos necessários à recuperação ou promoção de sua saúde não é garantido por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

Nesse sentido, julga-se importante estudar tais denúncias e verificar até que ponto o beneficiário é afetado por essas negativas, em que medida as operadoras agem de má fé ou se encontram respaldo na legislação para negar cobertura, bem como avaliar quais são os itens (procedimentos, materiais, medicamentos, órteses, próteses) comumente negados.

De posse dessas informações, esse estudo se justifica, visto que, a partir dessa análise, espera-se contribuir na proposição de soluções que minimizem as práticas de cerceamento de acesso à assistência à saúde por parte das operadoras.

² Dados extraídos do Sistema Integrado de Fiscalização (SIF), utilizado na Diretoria de Fiscalização da ANS.

³ Dados extraídos do Sistema Integrado de Fiscalização (SIF), utilizado na Diretoria de Fiscalização da ANS.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa documental exploratória, de caráter quantitativo, que utilizou informações existentes e disponíveis na Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O universo pesquisado correspondeu às denúncias de negativa de cobertura encaminhadas ao Núcleo/RJ, no ano de 2008⁴, pelos beneficiários de operadoras de planos de assistência à saúde sediadas no estado do Rio de Janeiro.

5.2. Fonte de informação

Os dados secundários utilizados na presente pesquisa foram obtidos através do Sistema Integrado de Fiscalização (SIF), sistema eletrônico utilizado para armazenar todos os tipos de denúncias oriundas do Disque ANS, bem como as denúncias dos beneficiários realizadas diretamente aos Núcleos/ANS e aquelas encaminhadas por meio do site da ANS.

O SIF é utilizado por algumas diretorias da ANS e armazena demandas encaminhadas por beneficiários de qualquer parte do país, inclusive aquelas relativas à negativa de cobertura.

5.3. Procedimento para obtenção dos dados

Um relatório, em formato Excell, foi gerado a partir dos dados encontrados no SIF, contendo campos referentes às seguintes variáveis:

- idade do paciente;
- tipo de plano (novo ou antigo);
- tipo de contratação (individual ou coletivo);
- segmentação (ambulatorial, ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológico);

⁴ O período escolhido refere-se ao momento de maior consistência do SIF. O ano seguinte (2009) não será analisado em virtude da implantação da Notificação de Investigação Preliminar (NIP), ainda em projeto piloto, e que interfere no número de processos de negativa de cobertura abertos e encaminhadas aos Núcleos/ANS. Isto porque a intenção da NIP é resolver preliminarmente as denúncias dos beneficiários junto às operadoras, sem que seja necessária a abertura de um processo administrativo.

- modalidade da operadora (autogestão, seguradora, cooperativa ou medicina de grupo)
- origem da denúncia (Disque ANS, denúncia presencial ou site).

Em um campo descritivo desse mesmo relatório, foram identificados outros elementos centrais à análise deste estudo, tais como a categoria do item negado (procedimento, medicamento, órtese, prótese ou material especial) e o motivo da negativa de cobertura quando descrito. Esse campo, denominado “descrição”, corresponde ao registro das argumentações do beneficiário no ato da denúncia. Não foi possível, diretamente através do relatório, identificar de que negativa de cobertura se tratava. Assim, fez-se necessária a análise do referido campo, cujo detalhamento permite essa verificação.

5.4. Procedimento para análise de dados

Foi realizada a análise quantitativa das denúncias relacionadas à negativa de cobertura, em relação ao total de denúncias recebidas, no ano de 2008, pelo Núcleo/RJ. Em seguida, procedeu-se à análise do campo “descrição”, buscando identificar a categoria do item negado (procedimento, medicamento, órtese, prótese ou material especial), bem como o motivo da negativa de cobertura, quando explanado pelo beneficiário.

Após essa análise, os itens negados, classificados por categoria (procedimento, medicamento, órtese, prótese ou material especial) foram quantificados, com posterior avaliação dos itens com maior percentual de negativa de cobertura.

Foram propostos ainda os cruzamentos das variáveis, utilizando os recursos da tabela dinâmica, como se segue:

- idade do paciente versus categoria do item negado;
- tipo de plano (novo ou antigo) versus categoria do item negado;
- segmentação versus categoria do item negado;
- modalidade da operadora versus categoria do item negado.

Entretanto, não foi possível realizar os cruzamentos de variáveis, inicialmente propostos, quais sejam, tipo de plano (novo ou antigo) versus categoria do item negado e segmentação versus categoria do item negado, uma vez que os dados extraídos do SIF se mostraram inconsistentes.

5.5. Análise dos dados

Durante o ano de 2008, foram encaminhadas 2375 denúncias ao Núcleo-RJ através do Disque ANS. Desse total, 971 condiziam às negativas de cobertura e foram alvo de nossa análise. Essas denúncias foram analisadas individualmente, levando-se em consideração as reclamações dos clientes de operadoras de planos de saúde registradas no SIF, com o intuito de levantar quais os motivos de negativa de cobertura e quais os itens mais negados (procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais).

A partir da análise dos 971 registros, 19 foram excluídos por se tratarem apenas de questionamentos dos beneficiários, não se configurando como denúncias. Restaram, dessa forma, 952 denúncias que foram consideradas no presente trabalho.

Essas denúncias foram categorizadas em três grupos em relação aos motivos de negativa de cobertura, quais sejam, “demora” (218 denúncias), “constrangimento ao uso de serviços” (81 denúncias) e “negativas de cobertura” (653 denúncias). O grupo “demora” correspondeu às denúncias em que os beneficiários se queixavam do tempo excessivo para liberação de determinado procedimento e que, a princípio, não se caracterizavam como negativa de cobertura, tendo em vista a possibilidade de posterior autorização do item negado.

Da mesma forma, no grupo “constrangimento ao uso de serviços”, foram consideradas as denúncias onde não havia negativa de cobertura propriamente dita, contudo as operadoras utilizavam mecanismos microrregulatórios para protelar a liberação de determinado procedimento. As demais, denominadas “negativas de cobertura” foram aquelas em que as operadoras de fato não autorizaram certo procedimento, e que, em sua maioria, justificaram o motivo da negativa.

O grupo “negativas de cobertura” foi analisado quanto à adequação ou não da negativa. Para fins de verificar se a operadora possuía ou não o direito de negar cobertura assistencial, foi analisado apenas o campo denominado “descrição”, correspondente ao registro das argumentações do beneficiário no ato da denúncia ao Disque ANS. O processo administrativo, em sua forma física, mais detalhado em termos de documentação e diligência, não pôde ser checado, tendo em vista a impossibilidade de se analisar individualmente 653 processos no tempo estabelecido para o término deste trabalho.

As análises de denúncias referentes à negativa de cobertura segundo o tipo de plano (novo ou antigo), o tipo de contratação (plano individual ou coletivo) e a segmentação não puderam ser realizadas devido à inconsistência dos dados extraídos do SIF.

5.6. Aspectos éticos

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e mantidas em sigilo. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação do beneficiário ou da operadora de forma individualizada, e sim trabalhados e apresentados de forma agregada.

Todos os dados coletados ou obtidos através de documentos serão armazenados em banco de dados eletrônicos acessíveis exclusivamente através de senha e mantida sob controle do pesquisador. Os documentos em mídia papel, caso sejam consultados, serão igualmente arquivados e mantidos sob sigilo, também sob a guarda do pesquisador principal.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

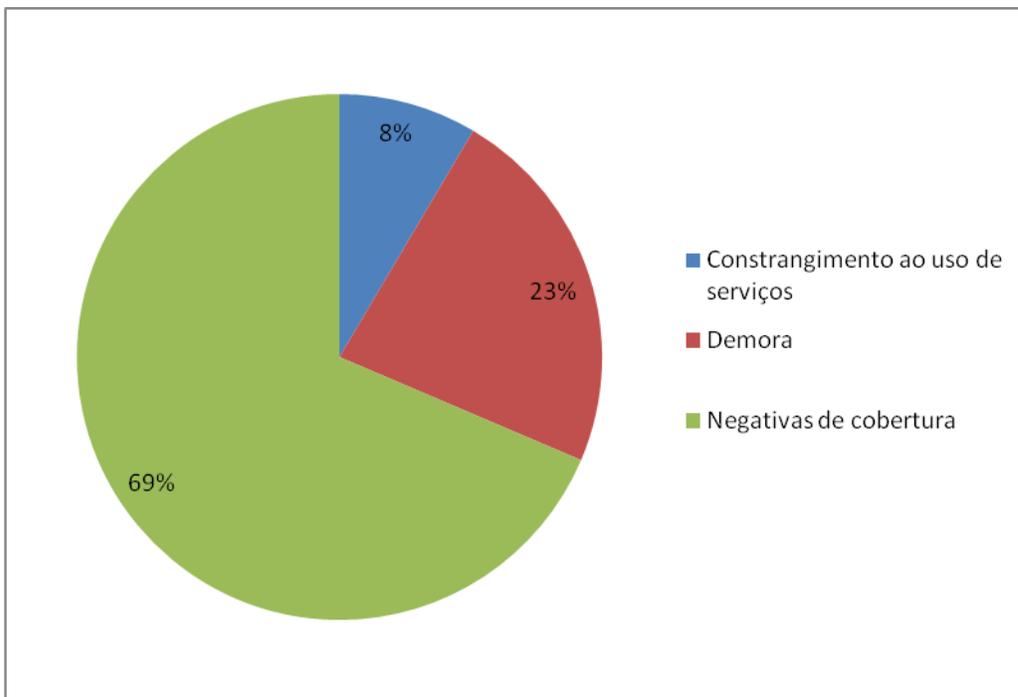
No ano de 2008, foram recebidas e armazenadas no Sistema Integrado de Fiscalização (SIF) um total de 14276 denúncias advindas de todos os Núcleos/ANS em funcionamento no país. Essas denúncias são relativas a vários temas da saúde suplementar, como aumento de mensalidade, contrato, cobertura assistencial, rede prestadora, doença ou lesão preexistente, carência, falta de acesso aos serviços de urgência e emergência, dentre outros. Em relação a esse total, 5284 denúncias, ou seja, 37% diziam respeito à cobertura assistencial.

Considerando apenas as denúncias encaminhadas ao Núcleo/RJ no mesmo ano, foi encontrada a totalidade de 2375 denúncias, sendo que 971 eram relativas à abrangência de cobertura assistencial ou negativa de cobertura. Essas últimas foram alvo de nossa análise e representam cerca de 40% das reclamações recebidas pelo referido Núcleo da ANS em 2008.

Das 971 denúncias iniciais, conforme descrito na metodologia, 952 foram consideradas em nosso trabalho. Essas demandas foram classificadas quanto ao motivo da negativa de cobertura, sendo que 218 denúncias, ou seja, 23% correspondiam a queixas dos clientes sobre a demora para liberação de determinado procedimento. Nesse caso, as empresas de plano de saúde não chegavam a vetar a liberação do procedimento, mas protelavam a autorização, fazendo com que o beneficiário aguardasse.

Em relação a essas denúncias, cerca de 12% diziam respeito à demora de menos de dez dias, o que é perfeitamente aceitável, desde que não se configure como um caso de urgência ou emergência e dependendo da natureza do procedimento, se eletivo ou não. Entretanto, em 77% das queixas, o tempo de espera chegava a quinze dias ou mais e em 67% das denúncias esse tempo ultrapassava os vinte dias.

Gráfico 10 – Análise inicial das denúncias segundo motivo da negativa de cobertura



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do SIF de 2008.

De forma similar também se comportaram 81 denúncias analisadas (8% do total), em que não havia uma negativa de cobertura, contudo a operadora utilizava-se de vários mecanismos de constrangimento de acesso dos beneficiários a procedimentos solicitados pelos profissionais de saúde.

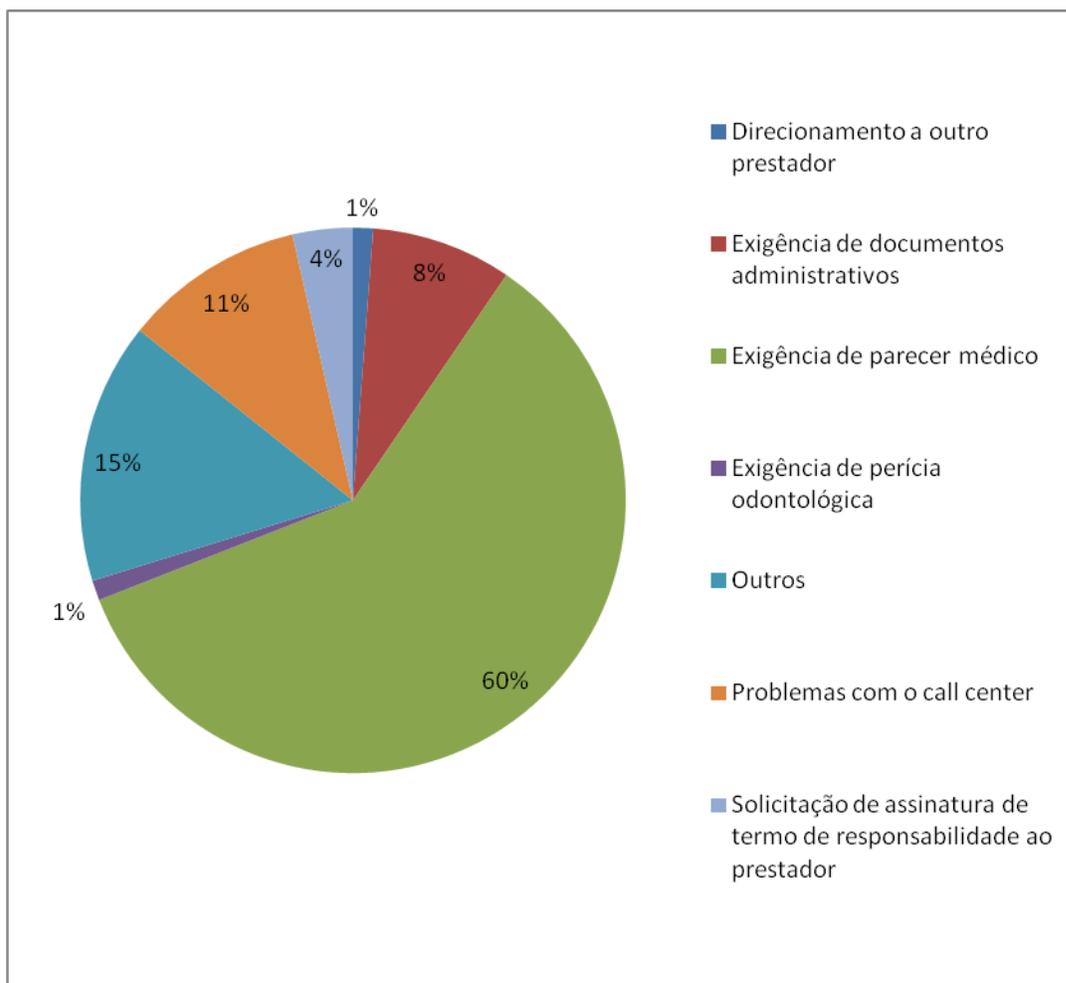
Dentre os constrangimentos ao uso de serviços citados anteriormente, as exigências de parecer médico, tais como solicitação de relatório ou laudo do médico assistente, exigência de perícia médica, apresentação de exames anteriores, representaram 60% dos mecanismos microrregulatórios utilizados pelas operadoras. Problemas com o *call center* e exigência de documentos administrativos representaram respectivamente 11% e 8%. Outras formas de constrangimentos somaram 15% do total.

A legislação⁵ prevê que mecanismos de regulação ou microrregulatórios poderão ser utilizados pelas operadoras, desde que previstos em contrato. Contudo, não é correto que esses

⁵ Resolução CONSU n.8 de 04/11/98. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

mecanismos sirvam de barreiras de acesso aos beneficiários quando necessitem de assistência à saúde.

Gráfico 11 – Principais mecanismos microrregulatórios utilizados pelas operadoras



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do SIF de 2008.

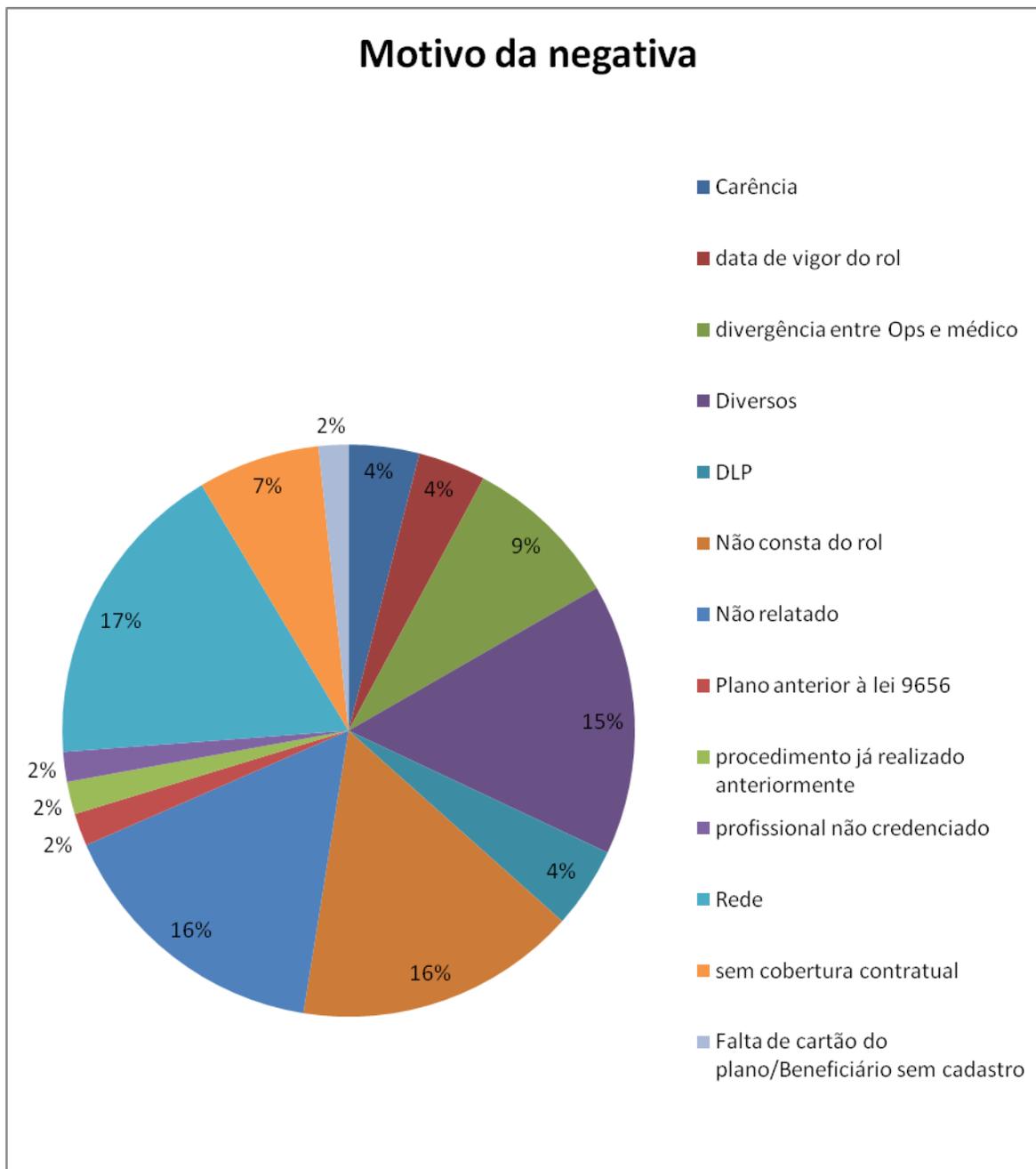
Das 952 demandas analisadas, 653 denúncias (69%) são aquelas que se caracterizaram como negativas de cobertura propriamente ditas, em que, na maioria das vezes, a operadora de plano de saúde relatou o que motivou a não autorização de determinado procedimento.

O gráfico abaixo mostra os principais motivos explanados pelas operadoras para suas negativas de liberação de procedimentos. Em 114 denúncias, o que corresponde a 17% das 653 citadas anteriormente, as operadoras alegaram não possuir rede suficiente para atender os clientes. Nesse sentido, justificavam a falta de determinado médico, profissional de saúde,

hospital ou laboratório credenciados para a realização de determinado procedimento.

Outra motivação para vetar as autorizações foi o fato de o item negado não constar do rol de procedimento estabelecido pela ANS: constatou-se 104 negativas (16%) desse tipo. Em 16% dos casos (104 demandas), a operadora apenas vetou a autorização sem mencionar o motivo.

Gráfico 12 – Análise das denúncias segundo motivo de negativa de cobertura



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do SIF de 2008.

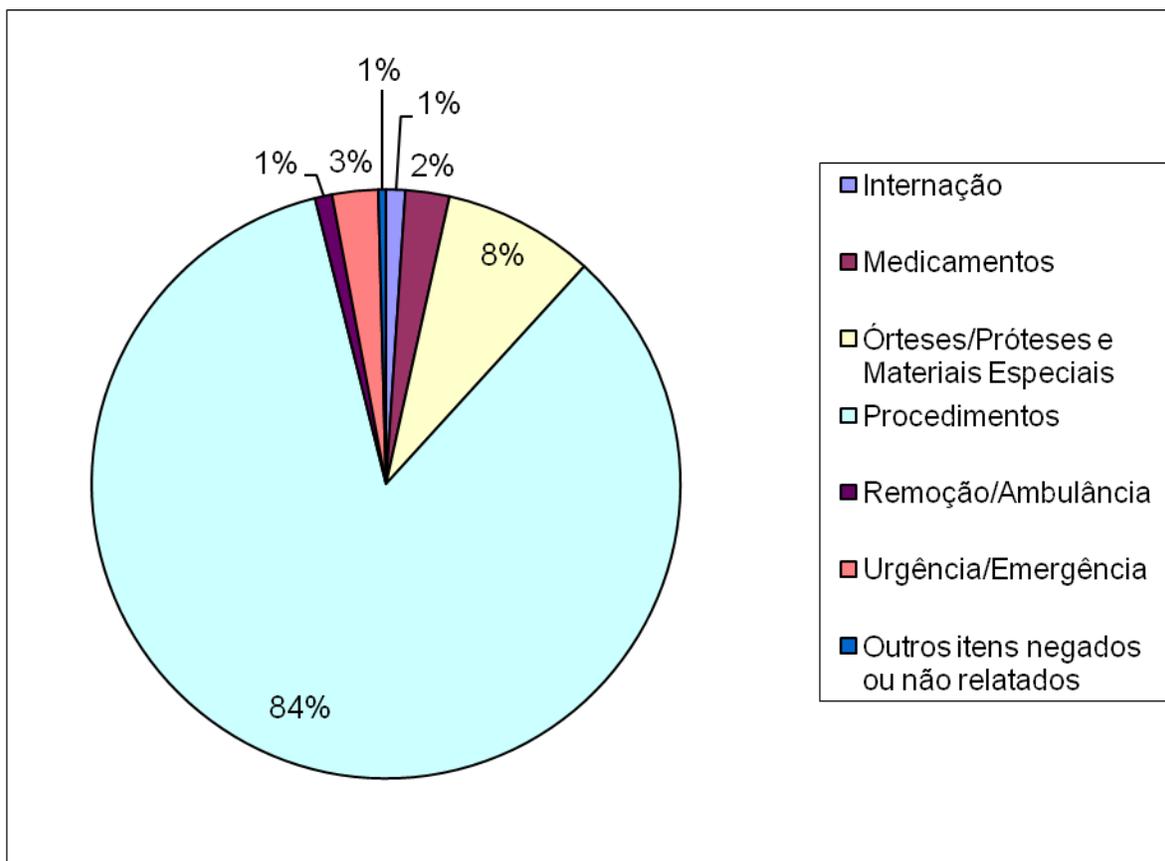
As divergências entre médico auditor da operadora e médico assistente foram responsáveis por 9% das negativas (58 denúncias). Em seguida, 7% das denúncias (45 demandas) foram justificadas pelo fato de o beneficiário não possuir cobertura contratual para determinado procedimento.

Ainda em se tratando das negativas de cobertura analisadas, 4% eram relativas à carência. Nessas, a operadora argumentava que o beneficiário não havia cumprido o período de carência, previsto na lei, para a realização de procedimentos. Outras 4% corresponderam ao fato de que a data de contratação do plano era anterior à data de vigor do rol de procedimentos vigente à época.

As doenças ou lesões preexistentes também constituíram motivo para a não autorização de procedimentos em 4% das denúncias analisadas. Outras motivações como falta de cartão do plano ou ausência de cadastro do beneficiário, profissional não credenciado, procedimento já realizado anteriormente e plano anterior à lei 9656/98 representaram 2% respectivamente das denúncias analisadas. Quinze por cento (15%) das demandas foram classificadas como “Diversos” por se tratarem de vários motivos alegados e que não puderam ser realocados nos temas expostos anteriormente.

Outra proposta do presente trabalho foi identificar quais os itens negados com mais frequência, quais sejam, procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais. Com base no gráfico a seguir, podemos observar que os procedimentos representaram 84% dos itens negados. Em segundo lugar ficaram as órteses, próteses e materiais especiais (OPME) com 8% do total, seguidos pela urgência/emergência e medicamentos, com 3% e 2% respectivamente. Além disso, itens não propostos inicialmente, como ambulância, internação, acompanhante, nutrição parenteral apareceram entre aqueles negados, porém em número insignificante.

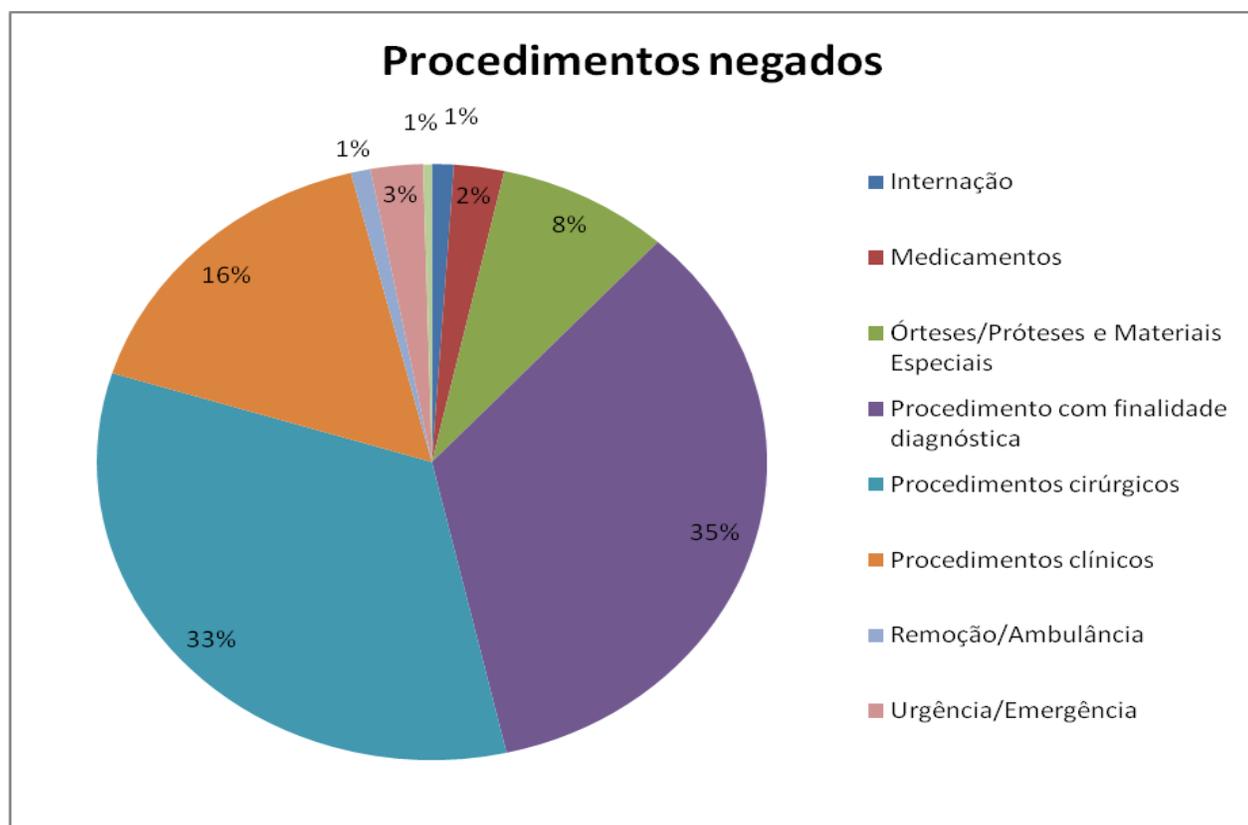
Gráfico 13 – Análise das denúncias de negativa de cobertura segundo categoria do item negado



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do SIF de 2008.

Numa análise mais aprofundada sobre os procedimentos, constatou-se que aqueles com finalidade diagnóstica foram os mais negados, representando 35% do total, incluídos aqui exames como ressonância magnética nuclear, ultrassons, tomografias computadorizadas, exames laboratoriais, dentre outros. Os procedimentos cirúrgicos ocuparam o segundo lugar, representando 33% das negativas. Os procedimentos clínicos somaram 16% das negativas e correspondem a consultas com diversas especialidades médicas, além de consultas/sessões com outros profissionais de saúde, como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

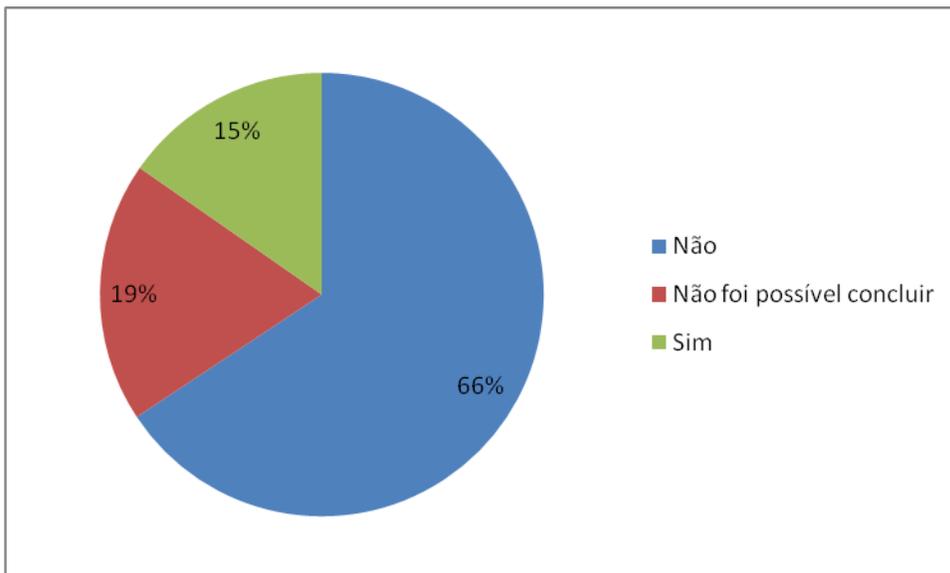
Gráfico 14 – Análise detalhada das denúncias de negativa de cobertura segundo categoria do item negado



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do SIF de 2008

Ademais, dentre os objetivos previstos constava analisar se no grupo “negativas de cobertura” a operadora possuía ou não a prerrogativa de negar determinado procedimento. Nesse sentido, em 66% das demandas as negativas eram improcedentes, ou seja, a operadora não poderia negar. Em 19% das denúncias analisadas, não foi possível concluir se a negativa procedia ou não por falta de detalhamento no registro da denúncia do beneficiário e pela impossibilidade de consulta dos processos físicos. Nos restantes 15%, as negativas eram procedentes e não significavam uma infração praticada pela operadora.

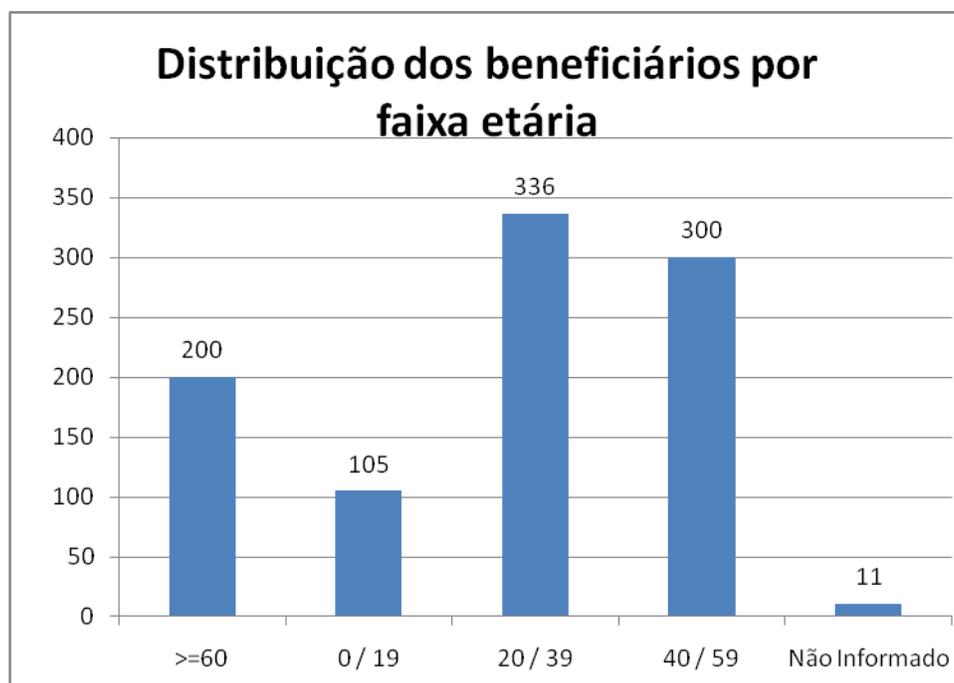
Gráfico 15 – Análise das denúncias de negativa de cobertura segundo a procedência



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do SIF de 2008.

O gráfico abaixo mostra a distribuição dos beneficiários por faixa etária no universo analisado neste trabalho.

Gráfico 16 – Distribuição dos beneficiários por faixa etária nas denúncias analisadas



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do SIF de 2008.

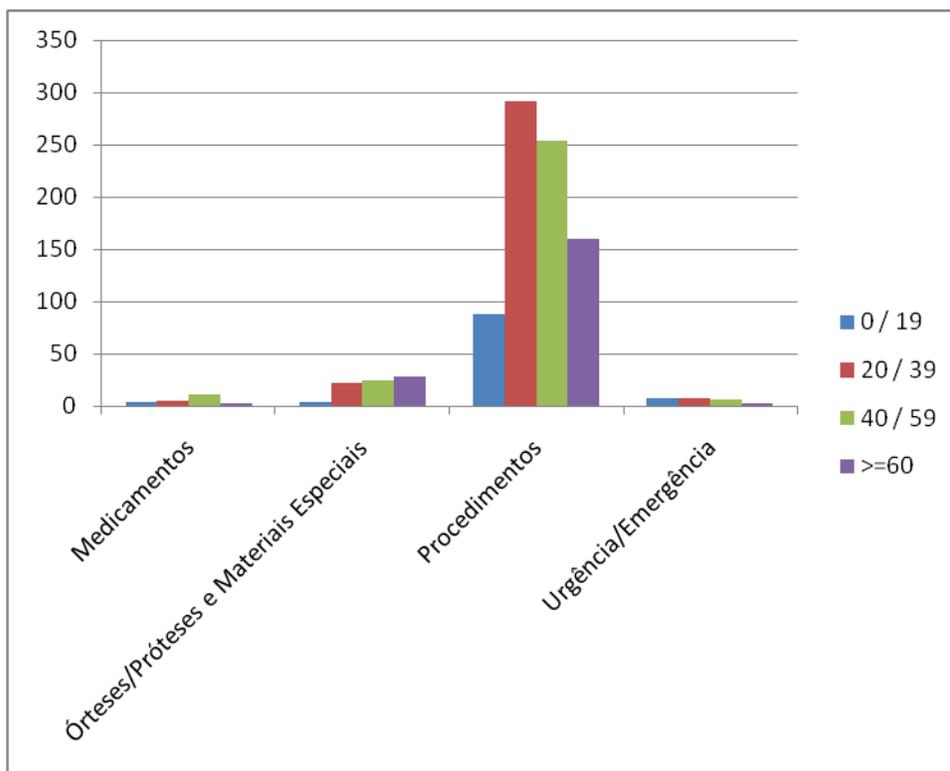
Observa-se que a maior parte dos beneficiários envolvidos nas denúncias estava na faixa etária entre 20 e 39 anos (35%), seguidos por aqueles cuja idade variava entre 40 a 59 anos (32%). Em terceira colocação ficaram os clientes acima de 60 anos (21%) e em menor percentual aqueles entre 0 e 19 anos (11%). No mercado de planos de saúde, os beneficiários de planos de assistência médica, na faixa etária entre 0 e 19 anos representam aproximadamente 26% do total, enquanto aqueles entre 20 e 39 anos somam cerca de 37%. Os beneficiários nas faixas entre 40 e 59 anos e 60 anos ou mais representam respectivamente 24% e 11% do total de clientes⁶.

Sendo assim, o fato de os clientes na faixa etária entre 20 e 39 anos terem sido os mais afetados pelas negativas coincide com o alto percentual de beneficiários nessa mesma faixa no mercado, que corresponde a 35% contra 37% no segmento de saúde suplementar. Os clientes com 60 anos ou mais foram significativamente afetados, tendo em vista que representam 11% do total de beneficiários no mercado e 21% da amostra estudada. A faixa etária de 0 a 19 anos representou 11% do total de negativas, sendo a menos prejudicada, considerando-se que essa faixa corresponde a 26% dos beneficiários no mercado.

Na tentativa de verificar alguma correlação entre a idade do paciente e o item negado, averiguou-se que em relação às negativas de cobertura de medicamentos, a faixa etária mais afetada foi a de 40/59 anos. Já em se tratando de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), o maior número de negativas ocorreu na faixa etária acima dos 60 anos e em seguida para aqueles entre 40/59 anos. Quanto aos procedimentos, a faixa etária de 20/39 anos foi a mais atingida pelas negativas. Nesse caso, os clientes entre 40/59 anos, mais uma vez, foram os segundos mais prejudicados, como também o foram em relação às OPMEs. A não autorização em atendimento de urgência/emergência afetou uniformemente os seguimentos etários entre 0/19, 20/39 e 40/59 e com menor frequência os beneficiários acima de 60 anos.

⁶ Caderno de Informação da Saúde Suplementar – setembro de 2010

Gráfico 17 – Categoria do item negado versus idade do beneficiário

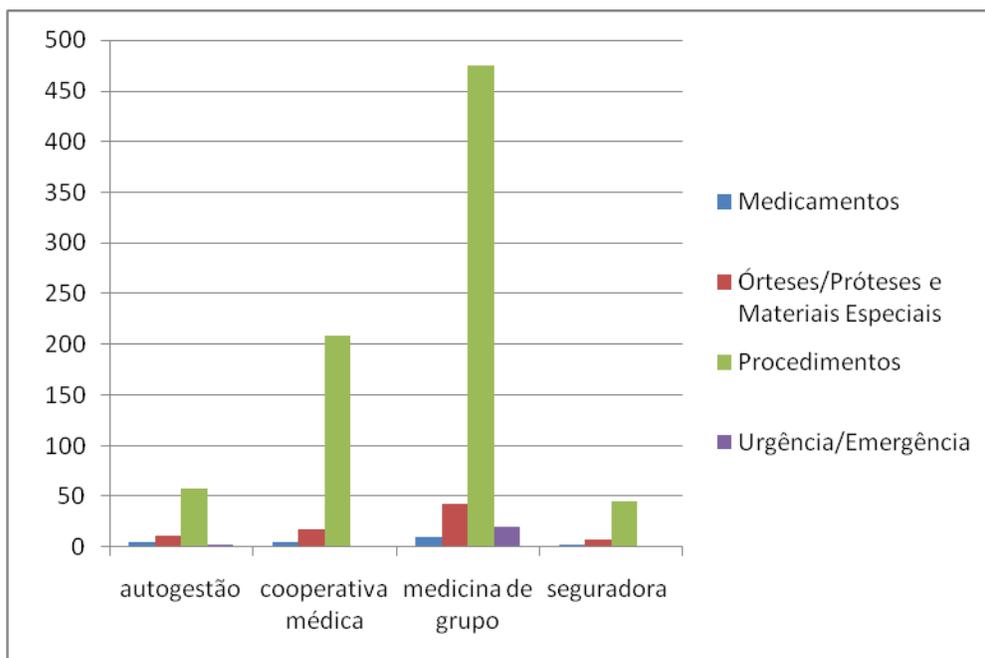


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do SIF de 2008.

Com relação ao item negado, as operadoras apresentaram comportamento similar quanto a não autorização. O gráfico abaixo demonstra que para todas as modalidades de operadoras, o item mais negado foi o procedimento. As OPMEs ocuparam o segundo lugar, seguidas pelos medicamentos na terceira posição.

As medicinas de grupo e as cooperativas médicas foram as operadoras de planos de saúde mais envolvidas em negativas de cobertura. Contudo, isso coincide com o fato de serem as duas modalidades com maior número de beneficiários no segmento da saúde suplementar.

Gráfico 18 – Modalidade da operadora versus categoria do item negado



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do SIF de 2008.

7. DISCUSSÃO

Os resultados apresentados no capítulo anterior nos remetem a uma série de considerações. Primeiramente, vale lembrar que, em 32% das denúncias, os beneficiários se queixaram dos mecanismos microrregulatórios utilizados pelas operadoras para dificultar o acesso à assistência à saúde, seja através do adiamento da liberação de procedimentos (23% se queixavam de demora) ou por meio de outras formas de constrangimento ao uso de serviços (8% das denúncias). Essa problemática pode ser contextualizada nas práticas do *Managed Care* ou da Atenção Gerenciada.

A Atenção Gerenciada caracteriza-se por uma série de mecanismos empregados pelas operadoras para frear custos ou racionalizar o uso de serviços e/ou insumos na assistência à saúde. Em outras palavras, trata-se de um “sistema de controle da utilização de serviços de saúde”, que objetiva a articulação dos cuidados médicos prestados à contenção de custos^{52,54}.

Originária dos Estados Unidos, essa prática visaria, a priori, adequar as quantidades e o tipo de cuidados prestados para que melhores resultados em saúde fossem garantidos ao paciente. Contudo, diversos meios são usados para impedir a utilização de determinados serviços de saúde, supostamente desnecessários, pelos clientes de planos de saúde e, assim, reduzir despesas em saúde^{52,54}.

No *Managed Care*, a organização dos serviços de saúde é controlada administrativamente pelas operadoras e financiada pelos usuários. O processo de prestação de serviços e de acesso dos clientes é organizado por meio de uma rede articulada e pactuada principalmente entre operadoras e prestadores de serviços. Simultaneamente, os processos produtivos passam por medidas de controle, reguladoras da relação médico-paciente, com perda de autonomia por parte desse profissional².

Por inúmeras vezes, a cadeia de produção de saúde é desvirtuada, uma vez que o ato médico é controlado, com o intuito de alterar a relação custo/efetividade, sem, necessariamente, preocupar-se com a qualidade da assistência. As necessidades dos usuários são pouco consideradas, sendo, o foco principal, as ações regulatórias que conduzirão à queda nos custos².

Do ponto de vista de alguns autores, no Brasil há uma provável expansão do *Managed Care*, que pode ser notada através da utilização de alguns elementos característicos dos processos de atenção gerenciada, quais sejam: “contratação seletiva de prestadores e constituição de rede;

gerenciamento da utilização de serviços finais e intermediários, incluindo adoção de protocolos clínicos; introdução do médico generalista na “porta de entrada”; requisição de autorizações prévias; revisão/supervisão das práticas médicas; adoção de incentivos financeiros e não financeiros aos prestadores para conter custos; remuneração condicionada à verificação das práticas do prestador; negociação de preços em função do número de pacientes; adoção de incentivos financeiros e não financeiros aos beneficiários para induzir a escolha de prestadores associados aos planos ou aqueles considerados preferenciais; controle do consumo de serviços em cada tratamento”^{2,54}.

Isto ratifica o que foi verificado em nosso estudo, em que as operadoras se utilizaram de mecanismos microrregulatórios ou de constrangimento ao uso de serviços, principalmente através de exigências de relatório ou laudo do médico assistente, de perícia médica, apresentação de exames anteriores ou de documentos administrativos, para dificultar o acesso dos clientes aos serviços de saúde. Além disso, dificuldades com o Call Center das operadoras também se constituíram como barreira de acesso. Essas práticas ocasionam o atraso na liberação dos procedimentos e muitas vezes se tornam impeditivas de sua realização.

Esses mecanismos de microrregulação impactam diretamente a relação operadora de plano de saúde/beneficiário e afetam o dia-a-dia do cliente que busca por atendimento. Segundo Ugá et al. (2009)⁵⁵, essas práticas podem ser chamadas de microrregulação e são entendidas como “o conjunto de mecanismos de indução e controle exercidos por um agente econômico sobre outro”. Esses processos microrregulatórios, ou de auto-regulação, são definidos como “formas de regulação que se estabelecem entre operadoras, prestadores e compradores/beneficiários, em particular entre os primeiros, sem uma clara intermediação do Estado”. Nesse campo de conflituosas relações, não alcançado pela legislação regulamentadora do segmento de saúde suplementar hoje existente, esses atores se inter-relacionam por meio de regras próprias impostas por prestadores e, sobretudo, por empresas de planos de saúde².

O *Managed Care* tem se expandido mundialmente e os mecanismos utilizados se tornaram alvo de preocupação para muitos médicos, tendo em vista que freqüentemente ferem sua autonomia, afetam a qualidade do cuidado e interferem na relação médico-paciente. Em estudo recente sobre a opinião dos médicos em relação às ferramentas utilizadas na Atenção Gerenciada, Deom et al (2010)⁵⁶ concluíram que esses profissionais observam um resultado

positivo do *Managed Care* no controle de gastos, contudo verificam um impacto negativo na qualidade da prática médica.

No ímpeto de controlar as atividades médicas, o auditor assume um papel fundamental como representante dos interesses das operadoras. Há que se considerar que esse profissional, quando tecnicamente preparado, pode auxiliar na boa prática médica, evitando a sobreutilização, a subutilização ou a má utilização das tecnologias em saúde. No entanto, seu foco não deveria ser unicamente a redução de custos.

A auditoria clínica pode ser considerada como parte integrante da garantia da qualidade e como um instrumento de gestão. Da mesma forma que na garantia de qualidade, a auditoria clínica compara a prestação de serviços com padrões clínicos acordados para identificar se as normas foram cumpridas e, caso não tenham sido, o porquê. Seu principal objetivo é melhorar o desempenho de determinada área, contribuindo para o desenvolvimento de uma boa prática clínica⁵⁷.

O auditor médico é o ator responsável por autorizar ou limitar a liberação de procedimentos, baseado em protocolos clínicos, tornando-se o regulador das tecnologias em saúde e atuando diretamente na interface médico-paciente².

No caso brasileiro, a adoção desses protocolos clínicos merece ser observada com especial atenção, visto que, na maioria das vezes, essas diretrizes são produzidas pelas próprias operadoras e nem sempre abarcam as melhores evidências científicas disponíveis. Como já foi mencionado, trazem em si apenas a tentativa de conter custos, deixando de ser uma valiosa ferramenta, que quando bem utilizada, acarreta impacto positivo na qualificação da assistência.

Através das análises das negativas de cobertura realizadas no presente trabalho, observou-se que 9% das negativas (58 denúncias) deveram-se a divergências entre médico auditor da operadora e médico assistente. Isto demonstra, na prática, a interferência da auditoria das empresas de planos de saúde no trabalho prescritivo do médico, que, como já foi aludido, nem sempre visa aos melhores resultados para o beneficiário. Ainda que muitas prescrições não sejam as mais adequadas, essas dissensões deveriam ser dirimidas de tal forma que fossem garantidos ao paciente o procedimento, medicamento ou OPME, necessários ao seu tratamento e a recuperação de sua saúde.

Nesse sentido, a legislação prevê que, em caso de discordância entre auditor e médico assistente, a operadora deverá: “garantir, no caso de situações de divergências médica ou

odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora⁷.

Contudo, nota-se que esse instrumento útil na solução desses tipos de conflitos, qual seja, a realização de junta médica ou de solicitação de opinião de um terceiro médico, é pouco utilizado no cotidiano. Se, por um lado, operadoras e prestadores não chegam a um consenso sobre o procedimento adequado para determinada patologia, por outro há um beneficiário, muitas vezes, enfermo e aguardando um atendimento apropriado.

As operadoras de planos de saúde relacionam-se com seus prestadores de serviços por meio de contratos, para fins de remuneração e utilizando mecanismos de regulação já citados, que interferem diretamente no modelo assistencial. Tais intervenções podem ou não garantir uma integralidade maior na assistência e a excelência dos serviços prestados⁵⁵.

A questão das negativas de cobertura por empresas de planos de saúde não é exclusiva do sistema de saúde brasileiro. Chuang et. al (2004)⁵⁸ relataram, em seu estudo realizado na Califórnia, que as crescentes preocupações de médicos e pacientes com os planos que estariam negando cobertura para serviços médicos, levaram à alteração na legislação e à obrigatoriedade de revisões médicas independentes (RMI) para os serviços negados desde 1996. Dessa forma, os beneficiários poderiam recorrer em caso de discordância quanto a não liberação de determinado serviço médico.

Dos 1400 casos analisados no trabalho supracitado, as disputas mais observadas foram relativas ao tratamento de câncer, endocrinologia, doenças ortopédicas e neurológicas. As cirurgias e medicamentos constituíram 52% dos casos de negativa de cobertura. Em 58% dos casos, a RMI confirmou a decisão da empresa de plano de saúde, enquanto que em 33% a decisão foi favorável ao beneficiário⁵⁸.

No Brasil, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (2011), em trabalho recente, avaliou a percepção da população sobre os serviços prestados por planos e seguros privados de saúde. Nessa pesquisa, observou-se que dentre os principais problemas relatados por entrevistados que têm ou tiveram planos de saúde estão o fato de o plano não cobrir algumas

⁷ Resolução CONSU n.8 de 04/11/98. Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

doenças ou procedimentos (35,2%) ou não pagar tratamento ou procedimento necessário (21,9%), a demora para conseguir consulta com especialista (18,5%), a rede de atendimento restrita (15,8%) e a demora para ser atendido em clínicas ou hospitais (15,3%)⁵⁹.

De volta ao presente trabalho, outra justificativa apresentada pelas operadoras, como motivo para não autorizar determinado procedimento, foi a insuficiência de rede prestadora, que correspondeu a 17% das denúncias, considerando as 653 demandas do grupo categorizado como “negativas de cobertura”. Como justificativa para a negativa de cobertura, alegaram a falta de determinada especialidade médica, a ausência na rede de profissionais de saúde, como fonoaudiólogo, psicólogo ou nutricionista, ou ainda, não possuir hospitais, clínicas ou laboratórios credenciados para realizar o procedimento solicitado.

Entretanto, o que deveria ocorrer em um mercado regulado é que uma empresa de plano de saúde apenas obtivesse permissão para operar quando de posse de todas as condições, inclusive em relação à sua rede prestadora, para oferecer os cuidados de saúde necessários aos seus clientes. Desse modo, cabe à ANS ter maior rigor na liberação de registros às operadoras e cobrar as devidas adequações quanto ao redimensionamento de rede prestadora quando observar possíveis prejuízos ao acesso dos beneficiários nas operadoras ora registradas.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde constitui a lista de procedimentos de cobertura obrigatória pelas operadoras e que deve ser garantida aos beneficiários que contrataram seus planos a partir de janeiro de 1999 ou para os planos adaptados à lei 9656/98. Das denúncias avaliadas, em 16% dos casos, a operadora justificou ter negado certo procedimento por não constar do referido rol.

Este rol não contempla todos os procedimentos realizados na prática médica do país, nem todos aqueles realizados pelos demais profissionais de saúde, embora venha sendo revisado periodicamente, com a incorporação de novas tecnologias em saúde. Daí, a causa da não autorização de determinados procedimentos, visto que, de fato, não fazem parte dessa listagem obrigatória.

A avaliação de tecnologia em saúde tem como objetivo evitar a incorporação acrítica de novas tecnologias, no que diz respeito à eficácia, efetividade e eficiência. Desse modo, em muitos casos, justifica-se a não inclusão no rol de tecnologias que não apresentam comprovação científica de sua eficácia, segurança ou que não são custo-efetivas.

Um novo procedimento pode apenas onerar o sistema de saúde, sem, contudo, trazer

vantagens em relação a uma tecnologia já consagrada na prática médica. Além disso, nem sempre uma nova tecnologia está disponível em todo o país, o que requer uma análise em relação à suficiência de rede prestadora para que todos os beneficiários tenham acesso equitativo ao procedimento, do contrário, não ocorrerá a incorporação. No entanto, a avaliação de tecnologia deve ser contemplada sob várias perspectivas e o impacto econômico-financeiro não deve ser o único critério a ser considerado para a não inclusão.

Ainda no contexto das negativas de cobertura relacionadas ao rol de procedimentos, a utilização de várias tabelas com nomenclaturas distintas para procedimentos idênticos pode ocasionar equívocos por parte das operadoras no ato da liberação. As empresas de planos de saúde utilizam atualmente a denominada “Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos” (CBHPM), que não possui a mesma nomenclatura do Rol de Procedimentos. Assim, determinado procedimento da CBHPM pode não ser localizado no rol, simplesmente por estar descrito de forma diferente, ocasionando a negativa de cobertura.

Nas últimas revisões do rol, já se tem feito uma tentativa de compatibilização entre as terminologias das duas tabelas. A elaboração da tabela TUSS (Terminologia Unificada em Saúde Suplementar), que busca correlacionar os procedimentos contidos na CBHPM com aqueles previstos no rol, também pode minimizar esse tipo de problema. Contudo, esses trabalhos ainda não estão concluídos.

Outra questão preocupante é que, em 16% dos casos, as operadoras não autorizaram um procedimento e, ao mesmo tempo, não mencionaram o motivo da negativa. Tal conduta acentua ainda mais a assimetria de informação existente nesse segmento. Sem saber a real motivação, o beneficiário sequer pode contra-argumentar ou buscar seus direitos enquanto consumidor.

O fato de o beneficiário não possuir cobertura contratual para determinado procedimento ocasionou 7% das denúncias. Os contratos antigos, ou seja, aqueles celebrados antes de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei 9656/98, muitas vezes excluem uma variedade de procedimentos, patologias e OPME. Felizmente, o percentual de beneficiários com contratos antigos vem diminuindo (20,6% em junho/2010)⁸, apesar do pouco incentivo para que esses clientes migrem para planos novos, tanto do mercado quanto do órgão regulador.

Além disso, a cobertura contratual também pode variar de acordo com a segmentação contratada pelo beneficiário. Assim, clientes que possuam apenas planos ambulatoriais não terão

⁸ Caderno de Informação da Saúde Suplementar – setembro/2010.

direito a procedimentos realizados em âmbito hospitalar e vice-versa, o que acarretará uma limitação de cobertura. Apesar de possibilitar a aquisição de planos aos beneficiários de menor renda, essa segmentação impossibilita a integralidade da assistência.

A Lei 9656/98 estabelece os prazos de carência para a realização de procedimentos. Salvo nos casos em que a operadora opte por negociar a redução desse período, o cliente que contratar um plano de saúde deverá cumprir os prazos de carência determinados pela legislação. Dessa forma, a empresa de plano de saúde estará desobrigada a prestar assistência ao beneficiário até o término desse prazo, exceto quando se tratar de urgência e emergência.

No presente trabalho, em 4% das denúncias as operadoras não autorizaram o procedimento solicitado, tendo em vista que o beneficiário não havia cumprido o período de carência. Contudo, em muitas dessas demandas, o cliente se queixava de que havia negociado a redução da carência e que a operadora não estava cumprindo com o pactuado em contrato.

As doenças ou lesões preexistentes (DLP) constituíram motivação para negativa de cobertura em 4% das demandas estudadas. Nos casos em que o beneficiário esteja em cumprimento de cobertura parcial temporária, a operadora poderá suspender a “cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal”⁹, por até vinte e quatro meses.

Se a operadora identificar indícios de fraude por parte do beneficiário em relação à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da assinatura do contrato do plano, esta poderá solicitar abertura de processo administrativo à ANS. Todavia, “não será permitida, sob qualquer alegação, a negativa de cobertura assistencial, assim como a suspensão ou rescisão unilateral de contrato, até a publicação pela ANS do encerramento do processo administrativo, ficando a operadora sujeita às penalidades previstas na legislação em vigor”¹⁰.

À medida que o rol de procedimentos é atualizado e entra em vigor, todos os beneficiários com planos novos ou adaptados à lei 9656/98 passam a ter direito à ampliação de cobertura, independente da data de contratação do plano. Contudo, em 4% das denúncias analisadas, as operadoras não autorizaram o procedimento solicitado, argumentando que a data de contratação do plano era anterior à data de vigor do rol de procedimentos vigente à época e que, desta forma,

⁹ Resolução Normativa n. 162, de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

¹⁰ Resolução Normativa n. 162, de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

o beneficiário não teria direito a realizar o procedimento incorporado no rol. Conforme elucidado anteriormente, tal negativa não procede.

Na presente pesquisa, em se tratando das faixas etárias mais atingidas pelas negativas de cobertura, observa-se que os beneficiários entre 20 e 39 anos e entre 40 e 59 anos foram os mais afetados. Isso, porém, coincide com a distribuição dos beneficiários no mercado de planos de saúde, cuja concentração é maior nas faixas etárias entre 20/29 anos e 30/39 anos e bastante significativa nas faixas entre 40/49 e 50/59 anos, conforme pirâmide etária dos beneficiários de plano de assistência médica.

Os beneficiários com 60 anos ou mais foram especialmente afetados (21% das negativas), tendo em vista que representam cerca de 11% do total de beneficiários no mercado de planos de saúde. Isso pode estar associado ao fato de que há muitos idosos que, ainda hoje, estão vinculados a planos antigos, os quais muitas vezes excluem uma série de procedimentos, patologias, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais. Ademais, deve-se considerar que essa faixa etária busca, com mais frequência, atendimento nos serviços de saúde.

Correlacionando-se a idade do beneficiário e o item negado, a faixa etária mais afetada pelas negativas de OPME foi aquela acima dos 60 anos. Mais uma vez, essa situação provavelmente se deve ao número de idosos com vínculos a planos antigos, que frequentemente excluem a cobertura para esses itens. Em relação aos procedimentos, a faixa etária mais atingida por essas negativas esteve entre 20/39 anos, coincidindo com o grande número de beneficiários nessa faixa de idade no mercado de planos de saúde.

Todas as modalidades de operadoras se comportaram de forma similar em relação aos itens negados. Assim, o item mais negado foi o procedimento, provavelmente por ser aquele, dentre os itens analisados, mais demandado pelos médicos assistentes para seus pacientes. A segunda negativa mais freqüente foi relativa á OPME, o que pode estar associado ao alto custo desse tipo de material e, conseqüentemente, ao forte controle que as operadoras exercem sobre esses itens, inclusive exigindo autorização prévia nesses casos. Contudo, não foi possível concluir se certa modalidade de operadora apresenta maior propensão às negativas de determinado item se comparada com as demais.

As operadoras que mais negaram cobertura foram as medicinas de grupo, seguidas pelas cooperativas médicas, o que também coincide com o fato de serem as duas modalidades com maior número de clientes. Aqui, mais uma vez, não se pode concluir que essa ou aquela

modalidade seja a mais envolvida com a não liberação de procedimentos. Todavia, observa-se que praticamente todas as modalidades de operadoras médico-hospitalares estiveram envolvidas nas denúncias, demonstrando que as negativas de cobertura fazem parte do dia-a-dia dessas empresas.

Como já exposto no capítulo anterior, os procedimentos mais negados foram aqueles com finalidade diagnóstica (35% das negativas). Vale lembrar que muitos desses exames são fundamentais para se chegar a certo diagnóstico, bem como para o passo seguinte, a prescrição de um tratamento. Da mesma forma, os procedimentos cirúrgicos (33% das negativas) não autorizados, embora em sua maioria fossem eletivos, se adiados indefinidamente podem ocasionar danos à saúde dos beneficiários.

Os procedimentos clínicos (16% das negativas), como consultas a várias especialidades médicas, além de consultas/sessões com outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e psicólogos, também são imprescindíveis quando se almeja uma assistência integral à saúde. Dessa forma, verifica-se a fragmentação da assistência e a inexistência de uma linha de cuidado.

Diante do exposto, o que se observa é que as operadoras ainda não assumiram a responsabilidade enquanto gestoras de saúde de sua carteira de beneficiários. Várias são as formas empregadas para dificultar o acesso do cliente e negar cobertura assistencial. Além das motivações já expostas, podem-se citar ainda outras argumentações, encontradas nesse estudo, e utilizadas pelas empresas de plano de saúde para justificar suas negativas, tais como a falta de cartão do plano ou ausência de cadastro do beneficiário no sistema da operadora, o fato de determinado procedimento já ter sido realizado anteriormente pelo cliente e o não credenciamento do profissional de saúde solicitante à operadora.

Essas restrições à utilização dos serviços acarretam a subutilização, que pode se caracterizar pela não autorização de determinado serviço de apoio diagnóstico, necessário para a detecção precoce de uma doença, ou a não liberação de uma órtese, prótese ou material especial, o uso de insumos inapropriados, de baixa qualidade, ou insuficientes ou a negativa de prestação de serviços úteis ao tratamento de patologias, como as doenças crônicas e outras, sempre na tentativa de conter custos ⁶⁰.

A prática da fragmentação do cuidado ainda é muito distante do “mundo ideal” da promoção/prevenção, da garantia de acesso e da qualidade da assistência. Uma proposta de

mudança desse paradigma seria incentivar a operadora a ser “articuladora da linha do cuidado”, praticando um novo modelo assistencial, centrado nas necessidades dos usuários ².

A linha de cuidado caracteriza-se por ser um modelo de atenção em que o paciente é acompanhado desde sua entrada e durante todo o processo de sua assistência. Nela, o usuário será atendido e receberá os cuidados adequados e terá acesso às tecnologias necessárias a seu tratamento. Esse percurso, no entanto, requer uma responsabilização e acompanhamento do paciente pela operadora e/ou prestador de serviço ².

Sob a ótica de Malta et al. (2004) ⁴¹, “ao analisar o caminhar do usuário na linha, pode-se verificar se este fluxo está centrado no campo das necessidades dos usuários, determinado pelo suposto projeto terapêutico que lhe é indicado, a sua acessibilidade aos serviços, comodidade, segurança no atendimento, seguimento de tratamento, acompanhamento, orientação e promoção ou, ao contrário, se ocorre interrupção da assistência ou fragmentação da mesma nesse processo”.

Nessa perspectiva, uma série de fatores pode fragmentar a linha de produção de cuidado. Dentre outros, podemos citar: a deficiência da rede prestadora de serviços, a segmentação dos planos, a falta de responsabilização pelo paciente, como a negação ou a restrição do uso de determinadas tecnologias e a criação de mecanismo de restrição ao acesso. Estes vão ao encontro dos achados dessa pesquisa. De fato, essas questões continuam sendo empecilhos para que a qualidade da assistência seja alcançada no segmento da saúde suplementar. Vários são os entraves ao acesso do beneficiário. Basta lembrar que em 66% dos casos analisados nessa pesquisa, as negativas de cobertura eram improcedentes.

Também aqui, os pressupostos de outros trabalhos, que inferiam que mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras ocasionariam a fragmentação do cuidado e ausência de integralidade na assistência do paciente, podem ser ratificados. As operadoras se utilizam de estratégias para dificultar o acesso dos beneficiários aos cuidados em saúde, que necessitam de uma intervenção regulatória mais eficiente.

Ainda sob essa mesma ótica, Ugá et al. (2009) ⁵⁵ demonstraram que as operadoras exercem baixíssima interferência sobre a gestão da qualidade assistencial de seus prestadores hospitalares. Ao contrário, o controle sobre a utilização de serviços, como a exigência de autorização prévia para internações e a realização de procedimentos, é bastante intenso. Essa prática também se reflete nos contratos assinados, os quais se mostram meramente comerciais, não contemplando aspectos condizentes à qualidade da assistência. Abordam, em sua maioria,

apenas definição de valores e prazos para pagamento dos serviços prestados.

8. CONCLUSÕES

O presente estudo buscou estudar aspectos sobre as negativas de cobertura praticadas pelas operadoras em relação à solicitação de procedimentos por médicos assistentes ou demais profissionais de saúde para seus pacientes, beneficiários de planos de assistência á saúde e, conseqüentemente, analisar as restrições ao acesso dos consumidores aos procedimentos para diagnóstico e tratamento de suas doenças.

Embora o universo estudado, 971 denúncias, contemple apenas um estado, o Rio de Janeiro, e não seja adequado extrapolar os resultados para as demais unidades federativas, essa pesquisa mostra indícios de como seria a prática do mercado de planos de saúde quanto a não autorização de procedimentos e corrobora o achado de outros trabalhos que apontam para a utilização de mecanismos microrregulatórios como forma de cerceamento do acesso dos beneficiários a serviços de saúde. Vale apontar, como fator limitador do estudo, que a análise quantitativa das não-queixas, ou das liberações de procedimentos, versus o número de denúncias não foi realizada.

As reclamações contra planos de saúde vêm aumentando nos últimos anos e, frequentemente ocupam lugar de destaque dentre as denúncias recebidas pelos Procons. O tema negativa de cobertura e conflitos entre operadoras e beneficiários é recorrente na mídia. Das denúncias recebidas pelo Núcleo/RJ da ANS em 2008, cerca de 40% eram relativas à negativa de cobertura. Tal conduta por parte das operadoras afeta diretamente a qualidade assistencial, ocasionando a fragmentação do cuidado e comprometendo uma assistência á saúde, que deveria ser integral.

Em relação à análise das negativas de cobertura registradas pelos beneficiários nessa pesquisa, há que se considerar que muitos consumidores não denunciam face às não autorizações, ou recorrem diretamente ao poder judiciário, aos Procons, e que nossa análise deteve-se exclusivamente às denúncias registradas no Disque ANS no ano de 2008.

A expansão do *managed care* é observada, em nosso país, na medida em que elementos como exigências de relatórios/laudos do médico assistente, submissão à perícia médica, exigências de documentos administrativos, direcionamento a outros prestadores, problemas com o call Center e a conseqüente demora na liberação de procedimentos são verificados no cotidiano da relação cliente/operadora de planos de saúde/prestadores de serviços, conforme verificado no

presente estudo. No entanto, como já mencionado, ainda que esses elementos muitas vezes estejam previstos em contratos entre beneficiário e operadora, não devem ferir o direito do consumidor de utilizar os serviços de saúde quando necessários.

Estudos realizados por outros autores apontam para a pouca ou nenhuma intervenção das operadoras de planos de saúde na gestão da qualidade assistencial, sendo sua interferência apenas nas questões relativas à contenção de custos. O grande desafio é conseguir que esse controle dos gastos, fortemente realizado, não afete negativamente a prestação de serviços de saúde e não gere constrangimentos na utilização dos mesmos.

Apesar dos progressos advindos da regulamentação do segmento da saúde suplementar, há que se avançar na regulação assistencial, alcançando pontos não previstos nas normas atuais. Uma normatização que estabeleça prazos máximos para liberação de procedimentos por parte das operadoras, de acordo com a natureza do procedimento, torna-se necessária para evitar a excessiva demora para a autorização de serviços de saúde. No presente trabalho, em 23% das denúncias, os beneficiários se queixaram da morosidade na liberação dos procedimentos pelas operadoras.

Nesse sentido, recentemente a ANS disponibilizou em seu *site* uma consulta pública que trata justamente de discutir a melhor definição para esses prazos. Almeja-se com essa intervenção que o tempo de espera para a autorização de procedimentos seja diminuído, principalmente para aqueles procedimentos que necessitem de maior agilidade em sua liberação.

As negativas de cobertura ocorreram em, praticamente, todas as modalidades de operadoras, evidenciando que essa prática provavelmente não é inerente a essa ou aquela modalidade e, sim, encontra-se disseminada no cotidiano das empresas de planos de saúde. Os itens mais negados foram os procedimentos, seguidos pelas órteses, próteses e materiais especiais (OPME).

Em relação à idade dos beneficiários, as negativas afetaram em maior parte os consumidores nas faixas etárias entre 20 e 39 anos e entre 40 e 59 anos, o que, entretanto, coincide com as faixas de maior concentração de clientes no mercado. Os beneficiários na faixa etária acima dos 60 anos foram significativamente afetados e foram os mais atingidos pelas negativas de cobertura de OPME. Isto, provavelmente, deve-se ao maior número de beneficiários dessa faixa etária vinculados a planos anteriores à Lei 9656/98, que, frequentemente, excluem de seus contratos esses itens. Pode também estar relacionado ao fato de essa faixa etária demandar

mais serviços de saúde.

Dentre os argumentos utilizados pelas operadoras para justificar suas negativas de cobertura assistencial estão a ausência de rede prestadora, o fato de o procedimento não constar do rol ou já ter sido realizado anteriormente, divergência entre auditor da operadora e médico assistente, procedimento sem cobertura contratual, beneficiário em carência ou portador de doença ou lesão preexistente, solicitação de exames por profissional não credenciado, falta de cartão do plano e plano anterior à Lei 9656/98. Vale ressaltar que em 16% dos casos, a operadora sequer mencionou o motivo para a não liberação do procedimento. Todavia, por inúmeras vezes, a justificativa da empresa de plano de saúde para a não liberação não procedia e tal prática pode ser considerada como infração.

Nesse sentido, através da análise que buscou concluir se a operadora possuía ou não a prerrogativa de negar determinado procedimento, constatou-se que em 66% das denúncias a negativa era im procedente e, dessa forma, a operadora não poderia negar. Aqui, deve-se considerar certa limitação para julgar se a operadora possuía ou não o direito de negar cobertura, visto que, tal análise foi baseada apenas no registro da fala do beneficiário junto ao Disque ANS, considerando-o como verídico. Todavia, o processo físico, mais detalhado, embasado em documentação e em diligências, não pôde ser averiguado devido à escassez de tempo para a conclusão do presente trabalho.

Os procedimentos com finalidade diagnóstica lideraram a lista dos mais negados, algo preocupante, uma vez que são necessários para se chegar a um correto diagnóstico, para a detecção precoce de determinada patologia ou mesmo para orientar um tratamento adequado. As negativas de procedimentos cirúrgicos também merecem especial atenção, visto que, se muitas vezes são eletivos, o adiamento de sua realização pode levar a complicações e a risco de morte do paciente. Sem esquecer aqui das órteses, próteses e materiais especiais, cuja não liberação, frequentemente, inviabiliza o ato cirúrgico.

Os procedimentos clínicos quando negados bloqueiam uma das principais portas de entrada do beneficiário no sistema de saúde, impedindo a construção de uma linha de cuidado e a responsabilização da operadora enquanto gestora de saúde. Da mesma forma, os atendimentos de urgência e emergência e os medicamentos são imprescindíveis para que se obtenha uma atenção à saúde integral.

As negativas, além de impactarem negativamente a qualidade assistencial do segmento de

saúde suplementar, representam um gasto adicional ao SUS, visto que pela característica de duplicação de cobertura nos dois sistemas, muitos beneficiários se dirigem ao sistema público em busca da realização dos procedimentos não autorizados no segmento privado.

Deve-se considerar, contudo, que o complexo médico-industrial, o qual exerce influência direta sobre as prescrições dos profissionais médicos, muitas vezes os conduzindo a prescrições acrílicas e gerando sobreutilização e o mal uso de tecnologias, de certa forma, pode relativizar o impacto deletério das negativas de cobertura na assistência à saúde.

Os achados desse estudo apontam para a necessidade de aprimoramento da ANS no que diz respeito à regulação assistencial. Outros trabalhos já se reportavam aos mecanismos microrregulatórios utilizados pelas empresas de planos de saúde que dificultam o acesso dos beneficiários aos serviços de saúde, entretanto pouco se avançou nesse campo nos últimos anos em termos de regulamentação. Essas barreiras de acesso ao segmento de assistência privado devem ser contempladas e combatidas por meio de regulamentação.

A criação da Notificação de Investigação Preliminar (NIP) pela ANS, desde 2008, merece especial atenção. Esse mecanismo, que visa mediar conflitos entre empresas de planos de saúde e beneficiários em casos de negativas de cobertura assistencial, promete maior agilidade no retorno das operadoras às demandas dos consumidores. O propósito desse instrumento é que, frente a uma denúncia de não autorização à ANS, as operadoras que aderirem à NIP tenham a oportunidade de reavaliar sua conduta, com a conseqüente liberação de determinado procedimento e evitando a abertura de processos administrativos.

Além da melhoria na qualidade da regulação assistencial, outra alternativa para coibir práticas infratoras por parte das empresas de planos de saúde seria investir na diminuição da assimetria de informação dos beneficiários. Torna-se preciso investir em divulgação de informações, sobre esse segmento, acessíveis ao beneficiário.

É importante que o cliente saiba mais sobre seu contrato, as garantias que ele traz, bem como suas limitações em termos de cobertura assistencial. Antes mesmo da assinatura do contrato, o beneficiário deve conhecer as características do plano que pretende adquirir. O consumidor melhor informado tem maiores condições de pleitear seus direitos e exigir da operadora o cumprimento de seus deveres, além de cobrar do órgão regulador maior transparência, prestação de contas e o cumprimento de sua missão institucional.

No intuito de reduzir a assimetria de informação, o *site* da ANS está sendo reformatado

com linguagem acessível ao consumidor. Contudo, é necessária uma maior divulgação da Agência, de suas atribuições, voltada à sociedade, tendo em vista que essa autarquia ainda é pouco conhecida pelos clientes de planos de saúde.

A conduta das operadoras de planos de saúde necessita ser modificada. Se a política de indução de melhorias, praticada pela ANS, na qualificação da assistência tem surtido efeitos modestos no comportamento do mercado, há que se desenvolver um processo regulatório mais eficaz que produza uma mudança de postura e uma maior responsabilização dessas empresas enquanto produtoras de saúde que são.

A construção da linha de cuidado, ideal para se alcançar a integralidade e a qualificação da assistência à saúde, como já mencionada por outros autores, na qual haja o acolhimento do paciente, a responsabilização das empresas de planos de saúde e o percurso através dessa linha, que possibilite que o beneficiário tenha acesso a todas as tecnologias, leves ou duras, que forem necessárias ao seu tratamento, pode estar seriamente comprometida, caso a microrregulação praticada pelas operadoras mantenha seu foco apenas na contenção de custos.

9. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. O impacto da regulação no setor de saúde suplementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Albuquerque C, Piovesan MF, Santos IS, Martins ACM, Fonseca AL, Sasson D, Simões KA. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1421-30.
4. Costa NR. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1453-62.
5. Ocké-Reis CO, Andreazzi MFS, Silveira FG .O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? *R. Econ. contemp.* 2006; 10:157-85.
6. Pierantoni CR. 20 anos do sistema de saúde brasileiro: o Sistema Único de Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2008; 18:617-624.
7. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:743-52.
8. Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima N T. (org.) *Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 59-82.
9. Ribeiro JM. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009, 14:771-782.
10. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS; 2007.
11. Menicucci, TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. A regulação da assistência à saúde suplementar; p. 233-89.
12. Mendes EV. O Sistema Único de Saúde - um processo social em construção. In: Mendes EV. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 300.
13. Paim JS. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury S. (org.) *Saúde e Democracia A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p.11-24.

14. Noronha JC, Levcovitz E. AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito à saúde. In: Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Abrasco/Relume-Dumará; 1994. p. 73-111.
15. Noronha JC. Os Rumos do Estado Brasileiro e o SUS: A Seguridade Social como Política Pública da Sociedade e Estado. Saúde e Sociedade 2005; 14:31-38.
16. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
17. Wilken PRC. Política de Saúde no Brasil – O Sistema Único de Saúde (SUS): uma realidade em construção. 1ª ed., Rio de Janeiro: H.P. Comunicação Associados; 2005. p.101-104.
18. Brasil. Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
19. Brasil. Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 28 dez.
20. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciên Saúde Coletiva 2007; 12:301-306.
21. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. Ciên Saúde Coletiva 2009; 14:753-62.
22. Ugá MAD, Santos IS. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saúde Pública 2006; 22:1597-1609.
23. Ugá MAD, Marques RM. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Trindade N, Gerschman S, Edler F, Suárez J, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 193-233.
24. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. Ciên Saúde Coletiva 2008; 13:1431-40.
25. Faveret Filho P, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Planejamento e Políticas Públicas 1990; 3: 139-162.
26. Costa NR, Castro AJW. O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência a saúde no Brasil. In: Montone J, Castro AJW, organizadores. Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro: ANS; 2004. vol.3. tomo1. p. 49-64.
27. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar Setembro/2010. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2010.

28. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar Dezembro/2010. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2010.
29. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar Setembro/2008. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2008.
30. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar 2ª edição revisada e atualizada Junho/2008. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2008.
31. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar Junho/2007. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2007.
32. Santos FP, Malta DC, Merhy E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciêns Saúde Coletiva* 2008; 13:1463-75.
33. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar Dezembro/2008. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2008.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar Março/2010. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2010.
35. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar Dezembro/2009. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2009.
36. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. Brasília: CONASS; 2007.
37. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2002.
38. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar Março/2007. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2007.
39. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar Dezembro/2007. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2007.

40. Rebello, LMV. Políticas regulatórias no setor saúde. Rev. Univ. Rural, Série Ciências Humanas 2001; 23:151-60.
41. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciên Saúde Coletiva 2004; 9:433-44.
42. Carvalho EB, Cecílio, LCO. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. Cad Saúde Pública 2007; 23:2167-77.
43. Montone, J. Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2003.
44. Pinto LF, Soranz DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. Ciên Saúde Coletiva 2004; 9:85-98.
45. Almeida CM. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Texto para discussão n. 599. Brasília: IPEA; 1998.
46. Brasil. Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União 1998; 04 jun.
47. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2002.
48. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Relatório de Gestão 2000 - 2003: 4 anos da ANS. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2004.
49. Brasil. Lei Federal nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União 2000; 29 jan.
50. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Brasília, DF: OPAS; 2007.
51. Portela MC, Lima SML, Vasconcellos MTL, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Vasconcellos MM, Brito C. Fatores associados ao uso de diretrizes clínicas em operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares no campo da Saúde Suplementar no Brasil. Ciên Saúde Coletiva 2008; 13:1553-65.
52. Portela MC. Diretrizes clínicas como instrumento de melhoria da qualidade da assistência suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde. In: Montone J, Castro AJW, organizadores. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: ANS; 2004. v.3.tomo 2, p. 177-210.

53. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. O processo de elaboração, validação e implementação das diretrizes clínicas na saúde suplementar no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, São Paulo: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina; 2009.
54. Ugá MAD, Santos AMP, Pinto MTF, Porto SM. A regulação da atenção à saúde nos EUA. In: Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2003.p.245-262.
55. Ugá MAD, Vasconcellos MM, Lima SML, Portela MC, Gerschman S. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. Rev Saúde Pública 2009; 43:832-8
56. Deom M, Agoritsas T, Bovier PA, Perneger TV. What doctors think about the impact of managed care tools on quality of care, costs, autonomy, and relations with patients. BMC Health Services Research 2010; 10:331. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/331/prepub> (acesso em 13/12/2010).
57. Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. Quality in Health care 1999; 8: 184-190.
58. Chuang KH, Aubry WM, Dudley RA. Independent Medical Review Of Health Plan Coverage Denials: Early Trends. Health Affairs 2004; 23:163-169. Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/content/23/6/163.full.html> (acesso em 13/01/2011).
59. Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2011.
60. Ugá MAD, Santos AMP, Pinto MTF, Porto SM. A qualidade no contexto da atenção gerenciada: sobre o dilema qualidade x custos. In: Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2003.p.236-261.