

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

*Fragilidade regulatória na provisão de leitos e equipamentos na  
Saúde Suplementar”*

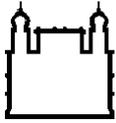
*por*

*Silvia Paulina de Mello Alves*

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

*Orientador: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro*

Rio de Janeiro, 2013



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

*Esta dissertação, intitulada*

**“Fragilidade regulatória na provisão de leitos e equipamentos na  
Saúde Suplementar”**

*apresentada por*

***Silvia Paulina de Mello Alves***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina Maria Rabelais Duarte  
Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa  
Prof. Dr. José Mendes Ribeiro – Orientador

*Dissertação defendida e aprovada em 28 de maio de 2013.*

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

A474f Alves, Silvia Paulina de Mello  
Fragilidade regulatória na provisão de leitos e  
equipamentos na saúde suplementar. / Silvia Paulina de  
Mello Alves. – Rio de Janeiro, 2013.

150 f.; tab

Orientador: Ribeiro, José Mendes  
Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca

1. Saúde Suplementar - legislação. 2. Ocupação de Leitos.  
3. Serviços de Saúde. 4. Equipamentos para Diagnóstico. 5.  
Regulação e Fiscalização em Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425

SILVIA PAULINA DE MELLO ALVES

**FRAGILIDADE REGULATÓRIA NA PROVISÃO DE LEITOS E  
EQUIPAMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio  
Arouca da Fundação Oswaldo Cruz -  
ENSP/Fiocruz, para a obtenção do Título de  
Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

---

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina Maria Rabelais Duarte

Dedico o resultado deste esforço a todos aqueles que acreditaram, confiaram e me apoiaram.

## AGRADECIMENTOS

Às minhas filhas e neta: Walkiria, Anna Carolina e Giovanna.

Ao meu marido Álvaro e minha mãe Nely, que juntamente com o restante da minha família e amigos souberam compreender esse período de reclusão e continuaram esperando e me amando.

Aos pesquisadores antecessores, que, através de seus estudos, me permitiram chegar até aqui.

E em especial aos professores José Mendes Ribeiro e Nilson Rosário por ultrapassarem os limites do ofício e abrigarem a compreensão.

“Leis são como salsichas. Melhor não ver como são feitas.”

Otton von Bismarck, chanceler alemão (1815-1898)

## RESUMO

Esta pesquisa aborda a distribuição de leitos e de alguns equipamentos utilizados no diagnóstico de doenças pelos beneficiários de planos de saúde existentes no Brasil, tais como mamógrafos, ultrassom, tomografia computadorizada e ressonância magnética. O estudo apresenta a relação entre o crescimento no número de beneficiários de planos privados de saúde no país e como ocorreu a distribuição desses serviços nas cinco regiões brasileiras, durante o período de 2002 a 2009.

Os dados foram coletados nas pesquisas da Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 2002-2005 e 2009, bem como no Caderno de Informação da Agência Nacional de Saúde dos anos de 2002 a 2011. São fornecidas ainda informações a respeito da política empregada na regulação de leitos e dos serviços disponibilizados aos usuários de planos de saúde privados, com o objetivo de demonstrar que a distribuição de leitos e de serviços de apoio de diagnósticos, regulada pelo sistema privado de saúde suplementar, não acompanhou a política de crescimento proposta pelo mercado, no que se refere ao número crescente de beneficiários de planos de saúde e ao abastecimento de leitos e equipamentos.

Com esta pesquisa, pode-se inferir que não houve regulamentos técnicos suficientes e capazes de promover o esperado equilíbrio na oferta de leitos e equipamentos, propostos pela finalidade institucional do órgão regulador.

**Palavras-chave:** 1.Seguros Privados de Saúde. 2. Oferta de Serviços em Saúde suplementar.

## ABSTRACT

The thesis is a research related to the distribution of beds in public hospitals in Brazil and some of the disease-diagnostic equipments available for the beneficiaries of health insurance plans existent in Brazil. Among others, the equipment mentioned in the thesis are mammography machines, ultrasound machines, tomography computerized machines, nuclear magnetic resonance machines. The study presents the relation between the increase in the number of beneficiaries of private health insurance in the country and how the distribution of the health care services occurred in the five Brazilian regions in the period from 2002 to 2009.

The data for the research was collected from the Assistência Médico Sanitária (AMS) in 2002-2005 and 2009, as well as from the Caderno de Informação da Agência Nacional de Saúde during the period between 2002 and 2011. This research also displays information about the regulatory policies applied in the regulation of beds and services available to the beneficiaries of private health insurance. This research aims to show that the distribution of beds and services for the support of disease diagnosis, regulated by the private system of supplementary health care, did not follow the growth policies proposed by the market in regards to the increase of the number of beneficiaries of health insurance as well as the sufficient supply of beds and equipments.

Through this research it was possible to infer that the existent technical rules were not either sufficient or capable of promoting the expected balance between the supply and the demand proposed as the institutional goal of the regulatory organ - therefore resulting in a recurring crisis of lack of supplies as well as the involuntary support of the supplementary private medical service by the public health system.

services

*Keywords:* 1. Private health care. 2. Provision of health services

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMS	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária
Anac	Agência Nacional de Aviação Civil
Anatel	Agência Nacional de Telecomunicações
Ancine	Agência Nacional do Cinema
Aneel	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis
ANS	Agência Nacional de Saúde
Bacen	Banco Central
Cassi	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CFRB	Constituição Federativa da República do Brasil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde
Consu	Conselho de Saúde Suplementar
CVM	Comissão de Valores Mobiliários
Desas	Departamento de Saúde Suplementar
Dides	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
Difis	Diretoria de Fiscalização
Diges	Diretoria de Gestão
Diop	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
Dipro	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
DLP	Doença e Lesões Preexistentes
EUA	Estados Unidos da América do Norte
Geap	Fundação de Seguridade Social
Ibama	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Idec	Instituto de Defesa do Consumidor
IN	Instrução Normativa
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MF	Ministério da Fazenda
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
Procon	Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor
RN	Resolução Normativa
RPS	Registro de Plano de Saúde
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Susep	Superintendência de Seguros Privados
TSS	Taxa de Saúde Suplementar

## LISTA DE QUADRO

Quadro 1: Comparativo da legislação regulatória. Brasil, 1996-2000.....	27
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Leitos privados disponíveis na rede credenciada dos planos de saúde privados não financiados pelo SUS, segundo o número de beneficiários. Brasil e regiões – 2002-2009 .....	67
Tabela 2 – Equipamentos de ressonância magnética (RM) disponíveis na rede credenciada dos planos de saúde privados não financiados pelo SUS, segundo o número de beneficiários. Brasil e regiões – 2002-2009.....	71
Tabela 3 – Equipamentos de tomografia computadorizada disponíveis na rede credenciada dos planos de saúde privados não financiados pelo SUS, segundo o número de beneficiários Brasil e regiões – 2002-2009.....	73
Tabela 4 – Equipamentos de ultrassom disponíveis na rede credenciada dos planos de saúde privados não financiados pelo SUS, segundo o número de beneficiários. Brasil e regiões – 2002-2009.....	75
Tabela 5 – Equipamentos de mamografia disponíveis na rede credenciada dos planos de saúde privados não financiados pelo, segundo o número de beneficiários. Brasil e regiões – 2002-2009.....	77



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1 MATERIAL E MÉTODO DE ABORDAGEM.....	13
<b>2. ESTADO E REGULAÇÃO.....</b>	<b>15</b>
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO E EVOLUÇÃO.....	15
2.1.1 Da organização econômica do Estado.....	15
2.1.2 Da intervenção direta e indireta do Estado na ordem econômica.....	19
2.2 Da Regulação.....	20
2.2.1 Dos motivos para a regulação.....	22
2.3 Agências Reguladoras.....	25
<b>3 FORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>31</b>
3.1 SAÚDE NO DIREITO BRASILEIRO.....	31
3.2 Saúde Pública.....	34
3.2.1 Saúde complementar.....	34
3.2.2 Saúde suplementar.....	34
3.3 Do Mercado Brasileiro .....	36
3.4. Da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).....	38
3.5 Da Relação entre Operadoras e Prestadores de Serviço.....	39
3.6 Do Registro, Manutenção e Operação dos Produtos de Planos de Saúde.....	40
<b>4 DAS FRAGILIDADES E DOS EFEITOS DA REGULAÇÃO NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....</b>	<b>43</b>
<b>5 DA INEXISTÊNCIA DE PARÂMETROS PRÓPRIOS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....</b>	<b>60</b>
5.1 DA UTILIZAÇÃO DA PORTARIA MS N. 1.101/2002.....	61
5.2 Dos Indicadores Existentes na ANS para Avaliação de Serviços Disponíveis.....	62
5. 2. 1. Indicador: Dispersão de Procedimentos e Serviços Básicos de Saúde – SADT.....	63
5. 2. 2. Indicador: Dispersão da rede assistencial hospitalar.....	63

<b>6 DA COLETA DE DADOS.....</b>	<b>66</b>
6.1 DA DISPONIBILIZAÇÃO DE LEITOS PRIVADOS NÃO FINANCIADOS PELO SUS OFERTADOS PELA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	66
6.2 Da Disponibilização De Equipamentos de Ressonância, Tomografia, Mamografia e Ultrassom por Planos de Saúde Privados sem Financiamento pelo SUS, Ofertados pela Saúde Suplementar.....	68
6.2.1 Equipamentos destinados à ressonância magnética.....	68
6.2.2 Equipamentos destinados à tomografia computadorizada.....	72
6.2.3 Equipamentos destinados a ultrassom.....	74
6.2.4 Equipamentos destinados à mamografia.....	76
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO I – Quantidade de leitos privados não financiados pelo SUS em estabelecimentos de saúde segundo o número de beneficiários de planos de saúde, no período de a 2009, no Brasil e regiões, sob os parâmetros indicados no Planejamento Assistencial do Produto – Resolução Normativa ANS – 259/11 – Anexo V.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO II – Quantidade de equipamento de Ressonância privado não financiado SUS em estabelecimentos de saúde segundo o número de beneficiários de planos de saúde privados, no período de 2009 no Brasil e regiões, sob os parâmetros indicados no Planejamento Assistencial do Produto – Resolução Normativa ANS – 259/11 – Anexo V....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO III – Tabela de equipamento de Tomografia privado não financiado SUS em estabelecimentos de saúde segundo o número de beneficiários de planos de saúde privados, no período de 2009 no Brasil e regiões, sob os parâmetros indicados no Planejamento Assistencial do Produto – Resolução Normativa ANS – 259/11 – Anexo V....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO IV - Portaria nº 1101/2002 – GM - Ministério da Saúde.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO V - Resolução Normativa nº 259 de 2011 – ANS.....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO VI - Anexo V da Resolução Normativa ANS Nº 259/11.....</b>	<b>135</b>
<b>ANEXO VII - RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 85, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004.....</b>	<b>136</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho é investigar de que maneira ocorreu a distribuição de leitos hospitalares e equipamentos de diagnóstico disponibilizados para a realização de ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassom no mercado de saúde suplementar, entre 2002 e 2009 ou nos anos de 2002, 2005 e 2009. É, ainda, analisar se a oferta de leitos e equipamentos prometida no segmento esteve de fato ao alcance do beneficiário de plano de saúde.

O presente estudo encontra relevância na medida em que o mercado de saúde suplementar desempenha importante papel na conjuntura política, econômica e de saúde no Brasil com implicações sociais, jurídicas, econômicas e assistenciais a, pelo menos, 25% da população brasileira no que concerne à assistência médica, representando uma taxa de cobertura, no país, em torno de 24%.

Um dos papéis constitucionais do Estado está na qualidade de provedor e/ou de regulador da oferta de saúde. Neste sentido, o conceito do sistema público se estabelece no Sistema Único de Saúde (SUS), assim como, no setor privado, deve prevalecer a obrigatoriedade de políticas regulatórias que garantam efetivamente a assistência à saúde.

No tocante ao setor privado, onde a regulação por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se faz presente, a instituição de um rol mínimo de procedimentos, a garantia do atendimento às doenças e lesões preexistentes e a cobertura para casos psiquiátricos, dentre outras, indicam haver alguma política, principalmente, quando se compara ao mercado existente na década de 1970, quando a regulação estava voltada apenas para o mercado segurador, sob responsabilidade da Superintendência de Seguros Privados (Susep).

Contudo, esse arcabouço de instrumentos normativos ainda aponta para uma política tímida de proteção à qualidade da assistência médica contratada. Segundo fontes do Caderno de Informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar, ao longo dos dez últimos anos, o número de beneficiários de planos de saúde da área médica saiu de um patamar de 30,7 milhões, em dezembro de 2000, para 46,6 milhões, em março de 2011, atingindo um percentual de crescimento na casa de 51%.

Entretanto, quando observada a oferta de leitos hospitalares e de equipamentos para a realização de exames de diagnóstico mencionada na Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 2002 a 2009, em comparação com a evolução do aumento no número de beneficiários no mesmo período, identifica-se que a oferta de leitos privados não acompanha o ritmo de crescimento do número de beneficiários. Idêntica situação se registra para os casos de serviços de diagnóstico.

Por conseguinte, é indispensável para a sociedade e para a saúde do indivíduo que sejam revistos e conhecidos os mecanismos de oferta de 59.564 leitos privados disponíveis em 2009 para mais de 46 milhões de beneficiários, bem como a distribuição dos equipamentos de diagnóstico na esfera privada. Tal conhecimento importa prioritariamente ao Estado, uma vez que este, constitucionalmente, possui a obrigação de garantir a saúde aos seus cidadãos, seja na execução direta ou através de empresas por ele autorizadas a fazê-lo.

Desse modo, mostra-se fundamental que se estudem os mecanismos disponibilizados atualmente pela ANS, no tocante à garantia da oferta desses serviços e à maneira como se processa a sua distribuição entre as operadoras de planos de saúde.

Pretende-se contribuir com este trabalho, para a pesquisa do tema 'leito privado e equipamentos de diagnósticos não financiados pelo SUS, disponíveis ao setor de saúde privada com base nos dados publicados pela AMS e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e por dados oferecidos pelo setor regulatório da saúde suplementar'. E, de uma maneira mais ampla, para a reflexão acerca da regulação existente no mercado da saúde suplementar. Desse modo, acredita-se poder responder algumas perguntas, tais como:

- Existe regra que determine quantos leitos ou equipamentos de diagnóstico devam ser contratados pelas operadoras?
- Em caso de a resposta ser negativa, que parâmetro é utilizado pelo órgão regulador para distribuição dos serviços de leitos e equipamentos aos usuários de planos de saúde?
- Em sendo utilizado algum parâmetro, ele se mostra eficiente? Se não, por quê?

## 1.1 MATERIAL E MÉTODO DE ABORDAGEM

Realizou-se pesquisa exploratória para observar como se desenvolveu a oferta de leitos e equipamentos privados não financiados pelo SUS e sua relação com o crescimento do número de beneficiários. Para apuração do número de leitos e equipamentos de ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassom, as informações foram retiradas dos bancos de dados do IBGE, obtidas via MAS entre 2002 e 2009 *ou* nos anos de 2002, 2005 e 2009, em todas as regiões brasileiras, tendo sido considerados apenas os quantitativos destinados aos leitos e equipamentos destinados à saúde privada sem financiamento do SUS. Com relação ao quantitativo de beneficiários, as informações foram coletadas do Caderno de Informações da ANS.

A escolha dos períodos analisados está relacionada à existência de dados que contabilizam a quantidade de beneficiários de planos de saúde, informados a partir da criação do órgão regulador, no ano de 2000.

A opção pela utilização da portaria n. 1.101/2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), está primeiramente baseada na ausência de instrumentos capazes de mensurar a oferta de leitos e equipamentos na saúde privada suplementar. E, em seguida, porque os parâmetros estabelecidos na portaria representam, ainda hoje, recomendações técnicas consideradas ideais e utilizadas pelo setor público para orientação de planejamento, priorização e programação das ações de saúde no país.

Os parâmetros estabelecidos pela portaria destinam-se à orientação dos gestores públicos e oferecem subsídios para análise da oferta de serviços assistenciais à população, além de auxiliarem na elaboração do planejamento e assistência à saúde. A elaboração do texto da portaria seguiu também outros parâmetros internacionalmente reconhecidos, baseados em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), para cobertura e produção da assistência nos países em desenvolvimento. A utilização deste instrumento está demonstrada a partir do Capítulo V.

O trabalho foi desenvolvido em cinco capítulos. Primeiramente, no Capítulo I, procura-se discorrer sobre a configuração do mercado de saúde suplementar, com a

apresentação de um breve panorama histórico e as peculiaridades das operadoras objeto do estudo, bem como os números do setor, um contexto histórico e a evolução da regulação e das agências reguladoras. No Capítulo II enfoca-se a formação do sistema de saúde no Brasil e da ANS. O Capítulo III trata das fragilidades e dos efeitos da regulação no setor de saúde suplementar. O Capítulo IV, da inexistência de parâmetros próprios do setor de saúde suplementar. No Capítulo V apresenta-se a coleta de dados obtidos nas pesquisas AMS e os parâmetros da portaria n. 1.101/2002 do Ministério da Saúde, no Brasil e demais regiões, dados aqueles relativos ao número de leitos e equipamentos não financiados pelo SUS, destinados aos beneficiários de plano privado para os anos de 2002, 2005 e 2009.

Nos anexos estão relacionadas algumas tabelas com a identificação do número de leitos e equipamentos existentes no sistema público e no sistema privado financiado pelo SUS, relativas aos anos de 2000, 2005 e 2009, no Brasil e demais regiões, tomando-se como referência o número de beneficiários. Também estão relacionadas as tabelas referentes à aplicação dos indicadores da ANS, no Brasil e demais regiões, no ano de 2009.

## 2 ESTADO E REGULAÇÃO

### 2.1 CONTEXTO HISTÓRICO E EVOLUÇÃO

#### 2.1.1 Da organização econômica do Estado

Após séculos de absolutismo, a França pôs fim ao poderio exercido pelo monarca em 1789, com a Revolução Francesa. Adotou, então, a partir daí, um movimento de reengenharia estatal com o fim de garantir, à luz de uma Constituição, a representatividade da população, a justiça distributiva, o pluralismo social e, principalmente, conter a autoridade política do Estado.

Denominou-se Estado democrático de direito ao novo modelo, conceituado como nação organizada em torno de uma Constituição e de leis, cujos representantes são submetidos à aprovação popular, tendo atuação disciplinada e limitada pelo ordenamento jurídico. Esse modelo inovador adotou, no que tange à ordem econômica, uma postura absenteísta, inspirada na teoria da mão invisível de Adam Smith, a qual postulava que os objetivos coletivos seriam atingidos tão-somente pela realização dos objetivos individuais envolvidos, não sendo necessária a interferência do poder público.

Tal filosofia se traduz na expressão francesa *laissez faire, laissez passer, le monde va de lui-même* (ou seja: “deixem fazer, deixem passar, o mundo vai por si mesmo”), e se tornou dominante nos Estados Unidos da América do Norte e nos países ricos da Europa desde o final do século XIX até o início do século XX. Representava um princípio defendido pelos economistas mais liberais, os quais argumentavam que o Estado deveria interferir o menos possível na atividade econômica, de modo a possibilitar que os mecanismos de mercado funcionassem livremente.

De acordo com essa teoria, Manoel Afonso Vaz (1985) explica as funções do Estado:

(...) ao Estado cabia desempenhar três funções: a) a obrigação de defender a nação contra as violações e ataques de outras nações independentes; b) a obrigação de salvaguardar todo o membro da própria nação contra ataques, mesmo legais, de todos os outros, ou manter uma legislação imparcial; c)

criar e manter certas instituições públicas cuja criação e manutenção possam ser esperadas da iniciativa privada. (Vaz, 1985: 15.)

Por sua vez, no entender de Nagib Slaib Filho (2004):

(...) o Estado liberal é absenteísta quanto à atuação na economia [...]. Se o Estado absenteísta pretende deixar fluir as forças naturais do mercado, isto é, não corrige nem dirige os aspectos econômicos, já o Estado intervencionista atua sobre a ordem econômica, legislando e transformando os fatores de produção, de acordo com o ideário político que inspira sua atuação. (Slaib Filho, 2004: 862-863)

Todavia, as imperfeições do regime liberal clássico o fizeram entrar em crise, caracterizada esta por sucessivas depressões econômicas, por desequilíbrios internacionais, pelo acirramento das desigualdades sociais, bem como pela incapacidade de atender às necessidades de reestruturação econômica dos países devastados pela Segunda Guerra Mundial, o que passou a ameaçar a estabilidade do sistema capitalista edificado sobre suas bases.

Assim, houve um declínio do Estado liberal, para a ascensão de nova forma de posicionamento do Poder Público em face da ordem econômica e dos mercados. Para Eros Grau (2001, p. 101) “o declínio do Estado liberal impõe a renovação do futuro do capitalismo e, para tanto, atribui a função de agente ao Estado, que passa a assumir a condução do processo econômico.”

Corroborando o mesmo pensamento José Afonso da Silva (2003b, p. 141): “a atuação do Estado, assim, não é nada menos do que uma tentativa de pôr ordem na vida econômica e social, de arrumar a desordem que provinha do liberalismo.”

Pautado por esta ideologia e de acordo com as diferentes formas de intervencionismo, dado o ideário político que se encontra no poder, o intervencionismo do Estado passou a se caracterizar por duas vertentes dominantes: o Estado socialista e o Estado de bem-estar social, este último consolidado nas democracias ocidentais após a Segunda Guerra Mundial.

O modelo socialista distinguiu-se pela absorção total da atividade econômica por parte do Estado. Por sua vez, no modelo social, a intervenção na atividade

econômica apresentou-se mais moderada, objetivando garantir que fossem efetivadas as políticas de caráter assistencialista na sociedade, para prover de atenção e recursos, notadamente, os hipossuficientes em suas necessidades básicas.

Todavia, no Brasil, esse paradigma de Estado interventor – parâmetro para a Constituição de 1934 e até para o texto primitivo da Constituição de 1988 – foi alvo de duras e acertadas críticas, porquanto se demonstrou ineficiente, paternalista e incompetente, uma vez que não se provou capaz de atender à demanda dos cidadãos com presteza e eficiência, afora ter sido responsável, ainda, por vultosos endividamentos e *deficits* nas contas públicas.

A partir desse descrédito no potencial do Estado provedor como forma de atingir eficazmente o progresso e a transformação social, os papéis que antes lhe foram destinados passaram por redistribuição, no intuito de reduzir o tamanho da máquina burocrática, devolvendo-se à iniciativa particular as atividades que eram insatisfatoriamente prestadas pela máquina estatal.

Por conseguinte, reforça-se a noção de que a responsabilidade de gerar progresso e transformação social, caberia à iniciativa privada, de modo que lhe deve ser assegurado o papel de protagonista na sociedade, ocorrendo um retorno comedido do ideário liberal nas esferas de poder, ainda que permeado pela presença do Estado na qualidade de agente normatizador e regulador da ordem econômica.

Assim, o Estado regulador apresentou-se como a forma de posicionamento econômico estatal, adotada tanto em decorrência da crise gerada pelo fracasso da experiência liberal, como, por outro lado, pelo excessivo dimensionamento da área de atuação estatal pregada pelo Estado de bem-estar social e, por outro, pela inoperância do Estado socialista, cuja experiência histórica mostrou-se igualmente mal-sucedida.

Sem abandonar a necessidade da sociabilidade dos bens sociais, a fim de assegurar a dignidade da pessoa humana e os ditames da justiça social, buscou-se o retorno comedido do liberalismo. Distingue-se, então, uma nova concepção da presença do Estado na economia, agora como ente garantidor e regulador da atividade econômica, que volta a se basear na livre iniciativa e na liberdade de mercado, bem como na desestatização das atividades econômicas e na redução sistemática dos encargos sociais. O Estado assim concebido tinha por finalidade assegurar o equilíbrio nas contas públicas, sem, todavia, desviar o Poder Público da

contextualização social, garantindo-se, ainda, que este pudesse focar esforços nas atividades coletivas essenciais.

Essa experiência histórica também se estabeleceu no Brasil, onde se vivenciou uma reforma de Estado impulsionada pela economia globalizada, resultando no enfraquecimento do Estado em relação ao seu poder indutor na sociedade, pela exaustão financeira do erário público, pela desestatização da economia, pela ausência de condições para o desenvolvimento etc.

Isto porque o suposto *ou* almejado Estado de bem-estar social adotado no caso brasileiro se revelou igualmente incapaz de prestar os serviços públicos de maneira zelosa e eficiente e de desenvolver as atividades econômicas. O programa de reforma do Estado brasileiro, inaugurado pela lei n. 8.031/1990 (BRASIL, 1990a), decorreu da incapacidade de o setor público prosseguir como principal agente financiador do desenvolvimento econômico.

A nova Ordem Econômica, em consonância com a Constituição de 1988, responsável pela criação da lei n. 8.031/1990, foi estruturada essencialmente com base na livre iniciativa e no dever de atuação subsidiária do Estado na exploração direta de atividade econômica. Os artigos 170 e 173 da Constituição Federativa da República do Brasil (CFRB) elencaram os determinantes indispensáveis à manutenção de um modelo estatal inovador face ao pressuposto histórico da derrocada do liberalismo:

**Art. 170** - A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios:

- I** - soberania nacional;
- II** - propriedade privada;
- III** - função social da propriedade;
- IV** - livre concorrência;
- V** - defesa do consumidor;
- VI** - defesa do meio ambiente, inclusive mediante tratamento diferenciado conforme o impacto ambiental dos produtos e serviços e de seus processos de elaboração e prestação
- VII** - redução das desigualdades regionais e sociais;
- VIII** - busca do pleno emprego;
- IX** - tratamento favorecido para as empresas de pequeno porte constituídas sob as leis brasileiras e que tenham sua sede e administração no País.

**Art. 173** - Ressalvados os casos previstos nesta Constituição, a exploração direta de atividade econômica pelo Estado só será permitida quando necessária aos imperativos da segurança nacional ou a relevante interesse coletivo, conforme definidos em lei.

Nesse contexto, Costa (1999) ressalta que a reforma do Estado favorece os arranjos institucionais em que o Estado nacional combine as funções de defesa territorial, de garantia dos contratos, de segurança pública e de defesa da moeda, com especialização na formulação de políticas, assim como no seu financiamento e regulação. Em semelhante configuração, as instituições públicas se afastam da provisão direta de bens e serviços, exceto para setores considerados estratégicos e não providos de maneira adequada pelos mercados (BRASIL, 1995; COSTA, 1999).

A transferência das funções de utilidade pública do setor estatal para o privado, ampliando o leque de atuação deste último, aliada aos fenômenos da publicização, resultaram, para o Estado, em poderes crescentes de regulamentação, de fiscalização e de planejamento da atividade econômica. A retirada do Estado da prestação direta de tais atividades não significou a redução do intervencionismo, mas uma mudança de parâmetro no foco estatal.

## 2.1.2 Da intervenção direta e indireta do Estado na ordem econômica

Denomina-se Ordem Econômica às disposições constitucionais estabelecidas para disciplinar o processo de interferência do Estado na condução da vida econômica da Nação, que pode ocorrer de forma direta, quando o Poder Público avoca para si a exploração da atividade econômica, ou de maneira indireta, na qual o Estado atua ao monitorar a exploração das atividades geradoras de riqueza pelos particulares, intervindo em prol do interesse coletivo e do bem comum por meio de atos reguladores e fiscalizadores.

Esta forma de proceder está tipificada no artigo 174 da Constituição:

**Art. 174.** Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e

planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.

## 2.2 Da Regulação

No sistema de regulação, o Estado intervém de modo indireto e exerce pressão sobre a economia, objetivando, com isso, assegurar o equilíbrio do mercado e o regime da livre concorrência, além de evitar práticas abusivas em detrimento do mercado e dos mais fracos, por parte dos agentes mais fortes.

A primeira ação de caráter intervencionista surgiu no século XIX, nos Estados Unidos, por intermédio de atos legislativos. Como disposição constitucional, foi positivada por meio da Carta Mexicana, em 1917, e da Alemã, em 1919, como exemplos de marcos de Constituição sociointervencionista.

No Brasil, o modelo adotado foi o europeu, em especial o da Inglaterra, onde o processo de desestatização da economia teve lugar em decorrência da passagem do Estado intervencionista (de bem-estar social) para o Estado neoliberal (regulador).

Com o fim de elucidar em que consiste o Estado regulador, encontram-se diversas definições; dentre elas, Alexandre Aragão dos Santos (2002) explica regulação como:

(...) o conjunto de medidas legislativas, administrativas e convencionais, abstratas e concretas, pelas quais o Estado de maneira restritiva da liberdade privada ou meramente indutiva determina, controla ou influencia o comportamento dos agentes econômicos, evitando que lesem os interesses sociais definidos no marco da constituição e orientando-se em direções socialmente desejáveis. (SANTOS, 2002, p. 215.)

Sobre o aspecto político da regulação, há a definição de Carlos Ari Sundfeld (2002):

A regulação enquanto espécie de intervenção estatal, manifesta-se tanto por poderes e ações com objetivos declaradamente econômicos (o controle de concentrações empresariais, a repressão de infrações à ordem econômica, o controle de preços e tarifas, a admissão de novos agentes de

mercado) como por outros com justificativas diversas, mas efeitos econômicos inevitáveis (medidas ambientais, urbanísticas, de normalização, de disciplina das profissões etc.). Fazem regulação autoridades cuja missão seja cuidar de um específico campo de atividades considerado em seu conjunto (o mercado de ações, as telecomunicações, a energia, o seguro de saúde, o petróleo), mas também aquelas com poderes sobre as generalidades dos agentes da economia (exemplo: órgãos ambientais). A regulação atinge tantos agentes atuantes em setores ditos privados (o comércio, a indústria, os serviços comuns – enfim, as atividades econômicas em sentido estrito) como os que estando especialmente habilitados operam em áreas de reserva estatal (prestação de serviços públicos, exploração de bens públicos e de monopólios estatais). (SUNDFELD, 2002, p. 18.)

Desta forma pode-se dizer que, objetivamente, a regulação consiste de um conjunto de atos e medidas estatais que têm por fim assegurar a observância dos princípios norteadores da ordem econômica no mercado, bem como a devida prestação dos serviços públicos, além do incentivo e fomento à implementação das políticas econômicas.

Quanto ao aspecto subjetivo, é possível afirmar que a regulação é o processo estatal de normatização, de fiscalização, de incentivo, de planejamento e de mediação da atividade econômica dos particulares.

Somando-se os aspectos anteriores conclui-se que a regulação conforma uma medida estatal empenhada em garantir a prevalência dos princípios da ordem econômica e do respectivo interesse coletivo, com a finalidade de efetivar a observância das políticas públicas norteadoras do planejamento econômico.

Para Ribeiro (2000), as políticas regulatórias praticadas no Brasil em diversos setores da economia e do aparelho estatal sofreram profundas alterações ao longo da década de 1990. O ritmo acelerado das transformações tecnológicas e o ambiente nacional e internacional de reforma do setor público alteraram o perfil básico da regulação no sentido de torná-la mais especializada e adaptada aos casos.

### 2.2.1 Dos motivos para a regulação

A princípio, o Estado encontra motivo para promover a regulação de algum setor da economia caso venha a existir uma das chamadas falhas de mercado. Estas devem vir associadas à insatisfação social e precisam ser politicamente inaceitáveis.

Tais falhas se manifestam de diversas maneiras, dentre as que estruturam a regulação, como, por exemplo:

- a) Deficiência na concorrência:** Tal falha se manifesta na presença de condições desfavoráveis na disputa por mercado, entre agentes econômicos. Esse fato prejudica o ciclo econômico, em especial quando a produção e a comercialização ficam na mão de um só agente, como no monopólio, ou, ainda, quando tais serviços se alocam nas mãos de poucos agentes, como nos casos de oligopólio. Essas irregularidades geram prejuízo no tocante aos interesses dos consumidores e do interesse público;
- b) Deficiência na distribuição dos bens essenciais coletivos:** ocorre quando o Estado não é capaz de promover o acesso da coletividade aos bens essenciais para a satisfação do mínimo existencial, afetando de modo direto o princípio da dignidade da pessoa humana;
- c) Externalidades:** Estas podem ser definidas como efeitos causados em terceiros, não integrantes da transação econômica. Ocorrem quando o bem-estar de um consumidor ou as possibilidades de produção são diretamente afetados pelas relações de outro agente da economia. Elas podem ser positivas ou negativas. A poluição é exemplo de externalidade negativa, ao passo que um exemplo de positiva é quando os consumidores se beneficiam da redução dos custos de produção de determinados produtos ou serviços;
- d) Assimetria informativa:** Se dá quando o consumidor e/ou o Estado não sabe(m) como o mercado opera ou quando detém(êm) informações imperfeitas, que não refletem a realidade material do setor econômico. As consequências desta falha geram conflitos que lesam os direitos dos consumidores protegidos pelo Código do Consumidor e/ou pelo Código Civil, além de contrariarem as normas de mercados de capitais;

**e) Poderio e desequilíbrio de mercado:** Trata-se do requisito econômico-financeiro que se traduz na relevância do mercado para a economia nacional. Sua avaliação depende da existência de fatores tais como: numerário movimentado, quantidade de empregos gerados, produção e circulação de riquezas sobre o produto interno bruto (PIB), aumento de divisas, equilíbrio da balança comercial, renda *per capita*, dentre outros.

A necessidade de regular mercados surge a partir da combinação e/ou da presença de qualquer uma das falhas apontadas, associadas à existência de uma situação sociopolítica inaceitável para a coletividade, criando prejuízos para a vida em sociedade.

Neste escopo, vale acrescentar o pensamento de Ayres e Braithwaite (1992):

Resumidamente, um mercado livre pode significar que a regulação privada organizada por cartéis impedirá a competição. Por outro lado, a regulação estatal indiscriminada pode ser facilmente contornada por realinhamentos de mercado. Evidências sugerem que uma boa política regulatória combina necessariamente aspectos da regulação estatal com a autorregulação. A regulação é responsiva ao mercado na medida em que diferentes estruturas conduzam a graus e formas diferenciadas de regulação, envolvendo a delegação consciente de certas funções regulatórias. (AYRES, BRAITHWAITE, 1992, p. 158.)

Desta forma, somente haverá regulação quando o mercado privado, por si, não conseguir alcançar os fins colimados pelas políticas públicas adotadas pelo Estado. Nesse aspecto foram identificadas, pelo menos, duas formas de regulação:

**a) Autorregulação ou regulação privada:** Decorre do processo de autocondução exercido pelo próprio mercado, sem a necessidade de interferências externas. Movimenta-se a partir de seus próprios mecanismos de mercado, entendidos estes como quaisquer atos empresariais de cunho privado, praticados pelos agentes econômicos. A atuação do Poder Público ocorre de maneira preventiva na análise dos atos por autoridade antitruste, responsável pela defesa concorrencial.

**b) Heterorregulação ou regulação pública:** Surge da necessidade de o Estado intervir no mercado para garantir a ordem econômica, tendo em vista que este último se mostrou incapaz de fazê-lo por si só. Quando isto ocorre, a regulação se realiza mediante agências reguladoras ou por qualquer órgão ou entidade integrante da Administração Pública. Como exemplos podem-se citar a Agência Nacional de Aviação Civil (Anac) e o Banco Central.

Vários são os tipos de regulação exercida pelo Poder Público:

**a) Regulação econômica:** É exercida com a finalidade de prevenir práticas abusivas, corrigir assimetrias informativas em defesa do consumidor. A Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP), o Banco Central do Brasil (Bacen) e a Comissão de Valores Mobiliários (CVM) são exemplos de órgãos integrantes da administração pública direta, com poderes para intervenção, na busca por adequação dos níveis de quantidade, qualidade, preço etc. Este tipo de regulação foi bastante intensa na década de 1990, quando o governo brasileiro concedeu à iniciativa privada os monopólios naturais que antes se encontravam sob o domínio de empresas estatais.

**b) Regulação de serviços públicos:** Tem como objetivo garantir aos usuários a prestação de serviços públicos por parte da administração pública. Sua principal finalidade é assegurar a universalização da prestação dos serviços públicos. São exemplos a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel) e a Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel).

**c) Regulação social:** Objetiva preservar e garantir o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana no que tange ao acesso e ao uso dos bens necessários à vida em sociedade. Atua de modo a proteger o interesse público, definindo padrões para a saúde, a segurança e os mecanismos de oferta

desses bens, a exemplo da garantia da educação gratuita para o ensino fundamental, do acesso universal da assistência à saúde pública, da isenção do pagamento de passagens aos idosos etc.

**d) Regulação ambiental:** Tem por fim promover a preservação do meio ambiente, bem como a coexistência harmônica dos agentes econômicos com os fatores de produção naturais, determinando sua exploração racional, garantindo seu acesso às futuras gerações; como exemplo tem-se o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama).

**e) Regulação cultural:** Visa ao fomento da produção cultural, à preservação do patrimônio histórico-cultural e dos valores morais da sociedade; como exemplo tem-se a Agência Nacional do Cinema (Ancine).

No tocante ao objeto deste trabalho, repousa o mercado de seguro de saúde privado na forma de heterorregulação do tipo de regulação social.

### 2.3 Agências Reguladoras

No cenário jurídico brasileiro subsistem dois tipos de agências: a reguladora e a executiva, conforme se passa a expor.

As agências reguladoras são fruto da mudança na relação do Estado com a sociedade e, em especial, com a ordem econômica. A falência do Estado intervencionista e o movimento de desestatização da ordem econômica, com a finalidade de diminuição dos gastos estatais, levaram o Estado a adotar a postura de agente regulador do mercado, não mais explorando atividades econômicas, salvo no tocante às exceções constitucionais previstas no artigo 173 da Constituição Federal, já citado.

Nesse inovador modelo estatal regulador, a preocupação central é o interesse público, mediante a coexistência pacífica entre os interesses privados e os coletivos. Desta forma, tal objetivo vem a ser a essência da função do órgão regulador.

As agências reguladoras conformam figuras recentes no cenário da Administração Pública brasileira e têm como escopo a intervenção em mercados específicos. Sua concepção teve lugar, marcadamente, no modelo anglo-saxão,

quando se iniciou o processo de privatização de setores específicos da economia. Nos Estados Unidos, sua criação foi voltada para as correções de falhas de mercados oriundas do monopólio natural do transporte ferroviário.

Essas agências reguladoras surgiram com a necessidade de o Estado gerir determinados segmentos estratégicos da economia nacional (petróleo, energia elétrica e telecomunicações), como também mercados de relevância social para a coletividade (suplementação dos serviços de saúde, abastecimento de águas, transportes terrestres e aquáticos, por exemplo), os quais ficavam ora sob o monopólio estatal, ora à mercê tão-somente de interesses privados, em detrimento de toda a sociedade.

É pautado no interesse coletivo que a reforma desencadeia o sistema de privatização de empresas públicas, estimulando a competitividade entre setores monopolizados. O redesenho adotado pelo Estado e sua capacitação profissional influenciam as políticas regulatórias, culminando na criação de agências. Este cenário se desenvolve a partir de 1994, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, calcado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1995). No Quadro 1 é demonstrado o como se deu o surgimento das agências, entre os anos de 1996 e 2000.

Quadro 1 – Comparativo da legislação regulatória. Brasil, 1996-2000.

<b>Agências</b>	Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel)	Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel)	Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis (ANP)	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS)	Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
<b>Lei</b>	Lei n. 9.427, de 26 /12/1996	Lei n. 9.472, de 16/07/1997	Lei n. 9.478, de 06/08/1997	Lei n. 9.782, de 26/01/1999	Lei n. 9.961, de 28/01/2000
<b>Regime</b>	Autarquia sob regime especial*	Autarquia sob regime especial*	Autarquia sob regime especial*	Autarquia sob regime especial*	Autarquia sob regime especial*
<b>Objetivo</b>	Regular e fiscalizar o setor de energia elétrica, conforme política e diretrizes do governo federal.	Regular o setor de telecomunicações e implementar políticas nos termos da Lei Geral de Telecomunicações.	Regular, contratar e fiscalizar as atividades econômicas no setor do petróleo, gás natural e biocombustíveis e implementar a política nacional de petróleo.	Controle sanitário da produção, comercialização e distribuição de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária.	Regular e fiscalizar o mercado de saúde suplementar, promover a defesa do interesse público na assistência para o desenvolvimento das ações de saúde no País, conforme política e diretrizes do governo federal.
<b>Diretoria</b>	Diretor geral e quatro diretores, sendo um na função de ouvidor.	Conselho diretor com cinco membros e um ouvidor, cujo mandato é de dois anos, permitida uma recondução.	Diretor geral e quatro diretores.	Diretoria de cinco membros, com um diretor-presidente, um ouvidor, um corregedor e um procurador.	Diretoria de cinco membros, com um diretor-presidente, um ouvidor, um corregedor e um procurador.
<b>Grau de Insulamento</b>	Proibição de vínculo a agentes ou órgão representativo do setor.	Mandato de cinco anos, vedada a recondução; proibida a exoneração imotivada; proibição de vínculo a agentes ou órgãos representativos do setor e de exercício profissional, salvo como	Proibição de vínculo a agentes ou órgãos representativos do setor nos 12 meses anteriores; mandato de quatro anos, não coincidentes, sendo permitida a recondução;	Mandato de três anos, admitida a recondução; exoneração imotivada apenas nos quatro meses iniciais; proibição de vínculo a agentes ou órgãos representativos do setor, salvo a	Mandato de três anos, admitida a recondução; exoneração imotivada apenas nos quatro meses iniciais; proibição de vínculo a agentes ou órgãos representativos do setor, salvo a

		professor universitário; quarentena de 12 meses.	quarentena de 12 meses.	atividades em entidades públicas de ensino e pesquisa; quarentena de 12 meses.	atividades em entidades públicas de ensino e pesquisa; quarentena de 12 meses.
<b>Nomeação</b>	Presidência da República, após aprovação pelo Senado Federal.	Presidência da República, após aprovação pelo Senado Federal.	Presidência da República, após aprovação pelo Senado Federal.	Presidência da República, após aprovação pelo Senado Federal.	Presidência da República após aprovação pelo Senado Federal.
<b>Contrato de gestão</b>	Sim	Não	Não	Sim	Sim
<b>Receitas</b>	Taxas de fiscalização e outros rendimentos de operações financeiras; recursos de convênios e contratos celebrados; doações e similares; venda ou aluguel de imóveis e móveis.	Rendimentos de operações financeiras; multas e indenizações, convênios, acordos e contratos, doações e similares, prestação de serviços técnicos.	Participações por implementação da legislação; convênios, acordos ou contratos, doações e similares; taxas e multas, vendas ou locação de imóveis.	Taxa de fiscalização sanitária, retribuição por serviços prestados; multas e dívidas; convênios, contratos ou acordos; doações e similares; rendas de bens móveis e imóveis.	Taxa de fiscalização, taxa de fiscalização retribuição por serviços prestados; multas e dívidas; convênios, contratos ou acordos; doações e similares; rendas de bens móveis e imóveis.
* Autarquia sob regime especial parte da administração pública indireta e se caracteriza por independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes, autonomia financeira e ausência de subordinação hierárquica.					
*Adaptado de Ribeiro, José Mendes e Costa, Nilson do Rosário na Reforma da Criação e Regulamentação dos Serviços de Saúde, ANS, 2002					

A legislação regulatória converge, em setores bem diferenciados. Primeiramente, sua elaboração é recente, cobrindo o período de dezembro de 1996 a janeiro de 2000. Um aspecto relevante está na adoção do modelo autárquico especial, e a autonomia daí decorrente, que repercute no grau de insulamento dos diretores nomeados. Embora a duração dos mandatos varie, assim como a possibilidade de recondução, existem cláusulas de estabilidade nas funções, tal como regulamentos voltados a isolar os diretores entre os agentes econômicos e os atores políticos no setor. Este grau de insulamento mostra-se marcante quando cotejado com as funções bastante amplas desempenhadas por essas agências, em razão do caráter recente desse ordenamento. De modo geral, as agências possuem competências bastante amplas para intervir sobre o mercado, fixar parâmetros, fiscalizar o comportamento dos agentes e estabelecer normas.

Na opinião de Ribeiro (2000), as reformas sucessoras redirecionaram as funções do Estado rumo à maior especialização na sua atuação. O conjunto de leis e normas dispersas pelo conjunto das instituições públicas foi progressivamente realocado para agências regulatórias, enquanto muitas atividades foram efetivamente delegadas ao mercado ou a estruturas intermediárias, na forma de uma autorregulação vigiada. De modo geral, as instituições públicas preservaram o monopólio coercitivo e as iniciativas políticas ao longo do processo reformador.

Quanto aos aspectos jurídicos, políticos e sociais das agências reguladoras, vale citar Carlos Ari Sundfeld (2001):

A existência de agências reguladoras resulta na necessidade de o Estado influir na organização das relações econômicas de modo muito constante e profundo, com emprego de instrumento de autoridade e do desejo de conferir, às autoridades incumbidas dessa intervenção, boa dose de autonomia frente à estrutura tradicional do poder político. (SUNDFELD, 2001, p. 18.)

Assim é que as agências reguladoras foram geradas com o escopo de normatizar os mercados econômicos, bem como os setores dos serviços públicos delegados, buscando o equilíbrio entre o Estado, os usuários (consumidores) e os delegatários.

No Brasil, as agências reguladoras foram constituídas como autarquias sob regime especial integrantes da Administração Pública indireta, vinculadas ao ministério competente para o trato da respectiva atividade apenas para fins organizacionais, caracterizando-se por sua independência política, pela autonomia administrativa e financeira, bem como pela prerrogativa da permanência de seus dirigentes no cargo.

Desta forma é possível conceituar as agências reguladoras como entidades públicas encarregadas da regulação, da política neutra e imparcial e de setores de mercados com a proposta de estabilizar o convívio de interesses públicos, coletivos e privados. Por agências executivas entende-se o ente público encarregado de dar cumprimento às políticas públicas estabelecidas para determinados setores, sem exercer a função de garantia da estabilização de mercados econômicos e de setores de relevante interesse público. Tratam-se as agências reguladoras de pessoas jurídicas de Direito Público, qualificadas por ato administrativo do chefe do Executivo, mediante celebração de contrato de gestão e plano estratégico com o respectivo ministério, com o qual se encontram vinculadas, para realização de metas e atividades institucionais (BRASIL, 1998a).

No que se refere à previsão constitucional, muito embora o texto refira-se apenas à regulação do mercado de telecomunicações e à comercialização do petróleo, expressos no artigo 21 da Constituição Federal, o entendimento dos artigos 177 e 174 concede ao Estado a competência normativa e reguladora da atividade econômica.

As agências são dotadas de características que lhe são peculiares, tais como:

a) Capacidade técnica: é requisito essencial, necessário ao acompanhamento permanente da atuação de sua área de competência, tendo em vista as inovações tecnológicas.

b) Permeabilidade: deve primar por manter o diálogo aberto com os agentes econômicos, os consumidores e o Poder Público.

c) Independência: procura dar base à imparcialidade e neutralidade no exercício dos poderes regulatórios.

### 3 FORMAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

#### 3.1 SAÚDE NO DIREITO BRASILEIRO

Em 1934, o direito brasileiro passou a focar a saúde como matéria de ordem constitucional, por meio do artigo 10, §II da Carta Política, na qual se estabelecia que o cuidado com a saúde e a assistência pública seria da competência do Executivo e dos demais Estados.

Nas constituições anteriores, as de 1824 e de 1891, a assistência à saúde não fora mencionada nem os cuidados a ela inerentes. A prestação relacionada a esses serviços, quando efetivada, era realizada por organizações privadas ou pelo assistencialismo religioso.

Foi na Constituição de 1937 que a saúde se firmou como competência da República, pois a competência legislativa ficou a cargo da União, cabendo, porém, aos estados legislar em caráter suplementar, para o caso de complementaridade das normas federais.

Assim, no artigo 16 da citada Constituição encontra-se a ordem para a proposição de normas fundamentais da defesa e da proteção da Saúde, em especial a da criança, e, no artigo 18, a faculdade de virem os estados a regular sobre assistência pública, acerca de obras relativas à higiene popular, de casas de saúde, de clínicas, de estações de clima e de fontes medicinais.

As Cartas políticas de 1946 e 1964 seguiram a mesma orientação, embora, com o advento da Constituição de 1988, os serviços de saúde tenham passado a se orientar pelo princípio da universalidade, erigindo-se ao *status* de direito e garantia fundamental, norma de eficácia plena conforme previsão contida no artigo 196:

Art. 196: a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nas lições de Carlos Ari Sundfeld e Dinorah Adelaide (2002), entende-se por princípio da generalidade ou universalidade:

(...) uma manifestação do princípio da igualdade, isto é a possibilidade de que o serviço possa ser exigido e usado por todos. Significa que o mesmo deve

atender, indistintamente a todos que dele necessitem, independentemente do poder aquisitivo, satisfeitas as condições para sua obtenção. Sua manutenção constitui um dever legal, podendo ser exigido tanto daqueles que tenham competência para instituí-lo quanto daqueles que o executem. (...) A simples leitura do texto acima revela a importância da questão do ponto de vista social, vedando a elitização do serviço público e a criação ou reforço de graus de cidadania na sociedade, uns participando do Poder Público e recebendo seus serviços e outros excluídos da sociedade civilizada e seus benefícios. Assim, a prestação dos serviços públicos deve considerar as condições e diferenças dos usuários e a determinação da expansão dos serviços votada para a consecução do atendimento universal, de modo a possibilitar o acesso a tais serviços a todos independentemente das forças do mercado. (GROTTI, 2002 apud SUNDFELD, ADELAIDE, 2002, p. 55)

A Constituição de 1988 estabeleceu ainda que os serviços de saúde serão prestados por meio do esforço conjunto de todos os entes estatais, consoante previsão do seu artigo 198, garantindo ainda a exploração daqueles serviços pela iniciativa privada através do texto contido no artigo 199.

Sob o aspecto infraconstitucional, os serviços de saúde encontram-se organizados em complexo sistema que envolve a participação da União, dos estados-membros, do Distrito Federal e dos municípios, atuando sempre em regime de direito público, bem como de entidade privada, estas ora em regime de direito público ora de direito privado.

Embora tenha havido a ordenação de que os serviços de saúde são de relevância pública, permitiu-se que tais serviços fossem prestados por terceiros, sejam pessoas físicas (médicos) ou jurídicas (clínicas particulares) de direito privado. Desta forma, a iniciativa privada recebeu permissão legal para atuar na saúde pública de forma complementar e suplementar.

A configuração desse sistema brasileiro de saúde encontra-se bem definida no relatório intitulado “A Saúde no Brasil”, emitido no ano de 1998 pela Opas/OMS:

O sistema de serviços de saúde brasileiro está formado por uma rede complexa de provedores e financiadores, que abarca o segmento público e privado. O segmento público engloba os provedores públicos dos três níveis de governo, que no nível federal são o Ministério da Saúde (gestor nacional do SUS), os hospitais universitários do Ministério da Educação e os serviços das Forças Armadas. Os níveis estadual e municipal compreendem a rede de estabelecimentos próprios das respectivas instâncias. A cobertura dos serviços públicos de saúde complementada por serviços prestados pelas entidades privadas, contratadas pelo governo sob responsabilidade do SUS,

chega a 75% da população. O segmento exclusivamente privado compreende os serviços lucrativos pagos diretamente pelas pessoas e as instituições provedoras de planos e seguros privados. Na área hospitalar, o sistema se baseia predominantemente no reembolso público dos serviços prestados por entidades privadas (80% das entidades hospitalares que prestam serviços ao SUS são privados). Por outro lado 75% da assistência ambulatorial prestada pelo SUS é produzida pelos estabelecimentos públicos. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1998, p. 33).

Este cenário já havia sido comentado por Viacava e Bahia (1996):

O sistema de saúde brasileiro é caracterizado como um sistema misto, onde os setores públicos e privados atuam no provimento e no financiamento de bens e serviços de saúde. A Constituição de 1988 garante acesso aos serviços de saúde como direito universal e igualitário de todos os cidadãos, mas permite a coexistência ao sistema público de saúde de um sistema de saúde suplementar. A participação do setor privado se dá de forma generalizada: além de um sistema de saúde suplementar, parte dos serviços financiados pelo setor público é ofertada por instituições privadas (75% dos leitos, 83% das clínicas médico-ambulatoriais e 40% das unidades de complementação diagnóstica e terapêutica). (VIACAVA, BAHIA, 1996 apud REIS, 2000, p. 123).

Há neste cenário, portanto, serviços públicos custeados pelo Estado, mas prestados por instituições de direito público ou de direito privado, bem como serviços de assistência privada custeados por particulares, prestados por instituições de direito privado.

A definição do sistema de saúde citado por Faveret e Oliveira (1990) corrobora os estudos de Viacava e Bahia (1996):

O sistema de saúde se desenvolveu na década de 70, com base na relação público-privado, mas na década seguinte, o surgimento de novos mecanismos de financiamento levou à maior autonomia do setor privado. O aumento da cobertura assistencial culminou na universalização do atendimento na Nova República, quando se detectou a auto-exclusão de alguns grupos sociais, notadamente, as camadas médias da população, configurando-se então o caráter excludente da universalização do acesso ao sistema de saúde. Esses grupos passaram a ser o público-alvo das operadoras de planos de saúde. (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990, p.139).

### 3.2 Saúde Pública

O sistema público, fundado no artigo 198 da Constituição de 1988, foi devidamente regulamentado pela lei n. 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes, além de outras providências, formatando, desta maneira, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os serviços prestados pelo SUS estão pautados nos direitos fundamentais do cidadão, consubstanciados nos princípios da dignidade humana, através dos princípios da universalização do atendimento, pela integralidade dos serviços, bem como pela participação da sociedade. O atendimento efetuado não está cerceado somente pelas instituições públicas, podendo ser prestado em rede privada, devidamente conveniadas e remuneradas pelo Poder Público.

### 3.2.1 Saúde complementar

O artigo 199 da Constituição Federal (CF) institui que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS. Desta maneira, as instituições que celebram contratos de direito público ou convênios com o SUS submetem-se aos princípios e às diretrizes que orientam o serviço público.

Assim, um hospital privado que assina contrato com o SUS deverá prestar assistência integral gratuita e será posteriormente remunerado pelo poder público. Esta autorização é dada pela Lei de Organização do SUS, n. 8.080/1990, em seu artigo 24:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único: A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. (BRASIL, 1990C.)

### 3.2.2 Saúde suplementar

O legislador constituinte, quando disciplinou a prestação dos serviços de saúde por intermédio de um Sistema Único de Saúde, a ser observado pelos esforços conjuntos de todos os entes estatais, também manteve e garantiu a assistência à saúde privada, inclusive às empresas constituídas com finalidade lucrativa.

Assim, além dos serviços públicos a que todos têm direito constitucionalmente, aqueles que desejarem tratamento diferenciado daqueles que estão postos à disposição pelo Estado, podem contratá-lo com os particulares (art. 199 da CF).

Por um lado, a assistência à saúde é dever do Estado, mas, por outro, o Poder Público admite que as ações e os serviços de saúde sejam prestados pela iniciativa privada. Desta maneira, conclui-se que a assistência à saúde não constitui monopólio do Estado, tampouco serviço de utilidade pública exclusivo deste. Entretanto, por se tratar de direito fundamental de relevância pública, a prestação desse serviço por entidades privadas estará submetida à regulamentação, à fiscalização e ao controle do Poder Público.

A essa assistência exercida por entidades privadas e financiadas diretamente pelo beneficiário denomina-se saúde suplementar. Para o relatório da Opas, tal serviço é tido como exclusivamente privado — e é assim de modo efetivo, pois sua manutenção cabe exclusivamente aos consumidores.

Por saúde suplementar entende-se o regime participativo do particular nos serviços de saúde, concomitantemente com os serviços públicos prestados pelo Estado sob forma opcional e facultativa ao respectivo beneficiário, com o fim de ampliar o leque de serviços à disposição do cidadão, seja para servir de aditamento ou para suprir as deficiências do sistema público.

Tais serviços podem ser diretamente contratados com o ente privado prestador do atendimento médico ou com entidade que lhe garanta atendimento preferencial em rede médica credenciada, com cobertura do respectivo ônus financeiro, mediante pagamento de contribuição pecuniária periódica nos termos do contrato previamente estabelecido entre as partes.

A prestação suplementar de serviços de saúde é atividade econômica, regendo-se, exclusivamente, por normas de direito privado, não havendo como considerá-los modalidade de serviço público, em que pese a essencialidade da atividade para coletividade.

Nesta lógica expressa Alexandre Santos Aragão (2009):

Com efeito, não é possível sustentar que a Constituição tenha tal conceito de serviço público, abrangente de atividades exclusivamente privadas de forte interesse público (serviços essenciais de relevância pública, saúde, educação privadas, instituições financeiras, táxis, despachantes, algumas atividades de potencial riscos à saúde, serviços funerários quando o

município não tenha publicizado a atividade, etc.) pois, se fosse assim, seria despcienda a referência a 'tais serviços de relevância pública'. (Aragão, 2009: 37).

Desta forma, a participação da iniciativa privada no setor da saúde suplementar conforma um exemplo de atividade econômica, até porque se trata de atividade que não é desenvolvida pelo Estado diretamente ou por intermédio de concessão ou permissão, não lhe sendo cabível o artigo 175 da CF. O ingresso nesse nicho de mercado se faz mediante autorização de funcionamento fornecida pela ANS, que é o instituto típico pelo qual o direito administrativo defere à iniciativa privada participar em determinado setor econômico, conforme preconizado no artigo 170 da CF.

Por tais razões, a saúde suplementar encontra-se constituída sob as bases do direito, fundamentado no regramento jurídico e orientado por normas do direito público e privado, visando disciplinar as relações multilaterais entre o Estado, os agentes econômicos e os prestadores de serviços médicos, a saber, o mercado de assistência privada à saúde.

Em que pese a exploração dos serviços de assistência suplementar à saúde ser atividade privada típica de mercado, trata-se de setor com relevante interesse para a coletividade, não ficando à margem do jugo, tampouco, da fiscalização estatal, ante expresso mandamento constitucional (conforme art.197 da CF).

### 3.3 Do Mercado Brasileiro

O mercado de suplementação privada dos serviços de saúde teve seu início por volta dos anos de 1940 e 1950, quando empresas públicas e privadas, utilizando o sistema de captação de recursos via repartição simples, oriundos dos modelos de economia popular, ofereciam serviços assistenciais médicos e previdenciários aos seus funcionários.

Este mercado cresceu concomitante ao processo de industrialização no país, na época em que empresas de grande porte se instalaram no Brasil, em especial as do setor automobilístico. Assim, o acesso aos serviços só era possível com vínculo empregatício, fato este que limitava a oferta do mercado.

Duas grandes instituições, hoje operadoras de planos de saúde, se destacaram neste cenário: a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil, atualmente Cassi; e a assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários, hoje Fundação de Seguridade Social (GEAP).

No processo de evolução dos serviços prestados surgiu a oferta do serviço médico-hospitalar, hoje caracterizado como planos de saúde.

As formas organizacionais, surgidas a partir de 1950 no âmbito estadual, merecem destaque no tocante ao setor público, pois eram destinadas aos funcionários públicos dos organismos estaduais.

A oferta dos serviços suplementares se configurou inicialmente por serviços médicos destinados exclusivamente aos empregados e servidores públicos com regimes próprios de previdência fechada (institutos e caixas assistenciais). Estes possuíam serviços próprios e, de modo concomitante, utilizavam o sistema de reembolso. Os empregados eram atendidos nos serviços médicos das fábricas, nos ambulatórios das caixas e por provedores privados pagos pelos clientes, que eram posteriormente reembolsados.

A intensidade em que eram utilizados os serviços oferecidos pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões da Previdência Privada Social das redes municipais ou estaduais variava de acordo com as coberturas contratadas pelas empresas empregadoras.

Com o decorrer do tempo, modificações nas relações entre os financiadores e os prestadores de serviços foram delineando um novo processo de configuração empresarial da medicina e da saúde, por conta das negociações comerciais entre as empresas empregadoras e as empresas médicas (cooperativas médicas e medicina de grupo).

Dessa maneira, o panorama médico-empresarial, antes voltado para a comercialização dos serviços somente nas redes próprias, ganhou força na organização dos prestadores de serviços de saúde em detrimento da prática liberal e da autonomia de cada estabelecimento hospitalar.

### 3.4. Da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é responsável pela suplementação da saúde de mais de 60 milhões de brasileiros, incluindo aqueles contratantes de assistência médica e assistência odontológica, os quais se valem dos serviços oferecidos pela iniciativa privada como alternativa ao SUS.

O objetivo da Agência é promover a defesa e a higidez do mercado de saúde suplementar, que é importante nicho mercadológico. Configura-se juridicamente como autarquia, criada sob regime especial, portanto é pessoa jurídica de direito público e integra a Administração Pública indireta.

Apesar da existência do mercado de saúde suplementar desde 1940, este passou a ser regulado somente a partir da criação do marco regulatório, ou seja, da lei n. 9.656/1998 (BRASIL, 1998c), a Lei dos Planos de Saúde. O início da regulação foi marcado por política bipartite, em que a relação jurídica entre o Estado e as empresas responsáveis pela operação era de responsabilidade da Superintendência de Seguros Privados (Susep), ligado ao Ministério da Fazenda, e as relações entre o consumidor e as operadoras de planos eram de responsabilidade do Departamento de Saúde Suplementar (Desas), órgão do Ministério da Saúde.

Contudo, tendo em vista a enorme complexidade do assunto e a necessidade de se aliar a regulação econômica e a social em face de um mercado estritamente singular e de relevante interesse coletivo, foi concebida a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) via medida provisória n. 1.928/1999, que foi reeditada pelas medidas provisórias n. 2.003/1999 e 2.012/1999, até que estas foram convertidas posteriormente na lei n. 9.961/2000 (BRASIL, 2000).

A execução da missão institucional a ANS] está prevista nos quatro primeiros artigos mediante os quais se estrutura o seu Regimento Interno (RN n. 81/2004).

### 3.5 Da Relação entre Operadoras e Prestadores de Serviço

Entre os regramentos jurídicos expostos na lei n. 9.656/1998 (BRASIL, 1998c) e demais regramentos infralegais, diversos são os destinados ao relacionamento entre operadoras e prestadores. O artigo 17 da referida lei trata da inclusão como contratados, credenciados ou referenciados dos produtos as entidades hospitalares,

e determina sua relação de compromisso frente aos consumidores, durante a vigência dos contratos para com estes. Fica também expressa pelo normativo a proibição de exclusividade por parte das operadoras em relação à unidade contratada.

O mesmo artigo espelha o ciclo econômico estabelecido no mercado de suplementação de serviços, no qual as operadoras de planos privados, a rede médica própria, credenciada ou referenciada, juntamente com as clínicas, hospitais e laboratórios conveniados se constituem nos agentes econômicos do setor.

A relação entre operadoras e prestadores é norteadada pelos normativos da ANS, além dos limites impostos pela Constituição, principalmente no que concerne ao abuso do poder econômico.

Esse ordenamento impede que uma operadora exija exclusividade de sua rede médica de atendimento, pois, se assim lhe fosse concedido, causaria dificultosa barreira de entrada aos demais agentes econômicos, que não teriam como formar uma rede de prestadores suficientes para a demanda de beneficiários. Nesse sentido, a CF e a lei antitruste n. 8.884/1994 (BRASIL, 1994) impedem que haja dominação de mercado (monopólio), garantindo a liberdade de iniciativa de todos os demais agentes que nele queiram ingressar.

Os dispositivos seguintes descrevem com clareza os atos que são impedidos de serem praticados pelas operadoras de planos, não somente no que se refere à exclusividade de prestadores, mas também aos demais e possíveis atos econômicos inerentes ao mercado de saúde suplementar:

Art. 20. Constituem infração da ordem econômica, independentemente de culpa, os atos sob qualquer forma manifestados, que tenham por objeto ou possam produzir os seguintes efeitos, ainda que não sejam alcançados:

- I – limitar, falsear ou de qualquer forma prejudicar a livre concorrência ou a livre iniciativa;
- II – dominar mercado relevante de bens ou serviços; [...]

Art. 21. As seguintes condutas, além de outras, na medida em que figurem hipótese prevista no art. 20 e seus incisos, caracterizam infração da ordem econômica: (...).

### 3.6 Do Registro, Manutenção e Operação dos Produtos de Planos de Saúde

Do ordenamento jurídico da ANS, reporta-se a regulamentar a entrada dos planos ou produtos a resolução normativa (RN) n. 85/2005, atualizada pela RN n. 100/2005. A partir desta resolução outros dispositivos complementam o mesmo fim, a instrução normativa (IN) do Dipro n. 23/2009 e a RN n. 259/2011. A operadora que desejar comercializar plano de saúde necessitará obter o registro do mesmo junto à ANS, e para que isso ocorra é preciso o cumprimento de diversos requisitos, entre os quais chama a atenção o Planejamento Assistencial do Produto, Anexo V da RN n. 259/2011.

Dentre alguns requisitos a operadora deverá providenciar o pagamento da Taxa de Saúde Suplementar referente ao Registro do Produto (TRP); encaminhar a Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP), respeitando a exigência normativa específica, cujo objetivo é demonstrar como se deu a formação do preço do produto a ser comercializado. E a partir daí enviar pelo aplicativo RPS as cláusulas contratuais que compõem o Instrumento Jurídico, de acordo com as normas específicas de cada segmentação assistencial e tipo de contratação, além das informações referentes à rede assistencial, devendo ser informados todos os prestadores de serviço, da rede própria e/ou contratualizada, direta ou indiretamente, necessários ao atendimento integral da cobertura prevista na lei que regula os planos de saúde.

O Planejamento Assistencial do Plano, Anexo V, determina que a operadora deva informar o ajuste de rede, que consiste na proporção mínima de prestadores de serviços e/ou leitos a ser mantida em relação à quantidade de beneficiários do produto, visando ao cumprimento de prazos estipulados, pelo órgão regulador, para atendimento aos beneficiários do produto.

Quanto à estrutura e aos serviços assistenciais disponíveis nos prestadores de serviços responsáveis pelo atendimento aos beneficiários, serão considerados aqueles constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), observando-se a sua disponibilidade na área prevista para cobertura assistencial do produto.

Os prestadores inscritos e informados no sistema RPS formam uma rede composta essencialmente por hospitais e clínicas de diagnóstico e terapias, responsáveis pelas coberturas constantes do Rol de Procedimentos da ANS. Uma vez cadastrada, torna-se característica fundamental do produto a ser comercializado,

sendo automaticamente vinculada ao produto registrado. A partir daí, a operadora passa a ter a obrigação de manter essa rede de prestadores hospitalares enquanto houver beneficiário adquirente do respectivo produto, salvo as alterações de exclusão permitidas em lei.

A indicação de um determinado prestador para a composição da rede hospitalar tem como referência básica a inscrição do hospital no Cnes. Esse cadastro é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde, e se constitui como base para operacionalizar os sistemas de informações em saúde do país. Neste banco de dados encontram-se disponíveis os estabelecimentos de saúde responsáveis pelo atendimento médico e odontológico do país.

Os hospitais, com seus respectivos serviços e leitos, uma vez cadastrados no produto, estão aptos a prestar serviços ao setor público e ao setor privado, podendo ser contratados por todas as operadoras de plano de saúde no Brasil.

Toda e qualquer operadora pode organizar suas redes de atendimento, baseada em suas estratégias de mercado, oferecendo produtos de captação em diversas classes de renda da população, em todas as regiões do país.

Os produtos destinados às classes mais abastadas, cujos preços são mais elevados, encontram-se nos hospitais de alto nível de hotelaria e serviços. Os produtos destinados às classes de renda mais baixa situam-se nos hospitais de custos mais acessíveis, que, por isso, compõem produtos de preços mais baratos.

As operadoras têm a obrigatoriedade de formalizar um contrato de prestação de serviços, que pode ser feito de maneira direta com a operadora contratante ou de maneira indireta, ou seja, por intermédio de outra operadora.

Os serviços contratados dos hospitais pelas operadoras podem ocorrer de forma total ou parcial, ou seja, podem ser contratados apenas os serviços de leito de internação para certa especialidade e não para outras, podem ser contratos leitos de UTI para adultos e não os pediátricos, leitos clínicos e não obstétricos, leitos de CTI e não de UTI, como também serviços de urgência e emergência e não serviços de imagens e diagnósticos.

Os hospitais são livres para ofertar seus leitos e serviços a quantas operadoras desejar – não há quaisquer limites normativos emanados pelo órgão regulador da assistência suplementar. Do mesmo modo, não há qualquer critério ou parâmetro para contratação de hospitais pelas operadoras, a não ser o fato de que devem declarar a

existência de prestadores necessários ao atendimento através da demonstração do planejamento assistencial (Anexo V), que informa a quantidade de beneficiários em relação à quantidade de prestadores e serviços. Por essa dinâmica de mercado, as operadoras podem contratar os mesmos leitos e serviços já contratados por suas concorrentes.

## 4 DAS FRAGILIDADES E DOS EFEITOS DA REGULAÇÃO NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A partir dos estudos de Ugá et al., (2007), Silvia Gerschman, Maria Alicia D. Ugá, Margareth Portela e Sheila Maria Lemos de Lima, desenvolveram interessante artigo intitulado “O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos e prestadores de serviços”.

A noção de regulação propicia a passagem de um conjunto de racionalidades limitadas à possibilidade de coerência dinâmica de um sistema no seu conjunto...Qualquer forma institucional difunde um princípio de socialização que, ainda que parcial, torna possível a passagem do plano macro ao plano micro. Mas nenhum ator ou grupo desempenha o papel de articulador de sistemas diversos, de modo a assegurar, mediante uma ação consciente e deliberada, a estabilização dinâmica da economia.

O de Gerschman et al., enfatiza o pensamento desenvolvido à luz da saúde coletiva, pelo qual o sentido mais apropriado para o conceito de macrorregulação em saúde compreende o próprio processo de formulação e implementação de políticas; as relações entre os setores público e privado; as fontes e mecanismos de financiamento da política; as relações de trabalho no âmbito dos recursos humanos em saúde; a relação com outras políticas sociais e a participação da sociedade (controle social). E, como microrregulação, deve-se compreender o dia a dia da assistência à saúde, tanto no setor público quanto no privado.

Dessa forma, a pesquisa, visando abordar aspectos da assistência intrínseca ou intrínsecos, se estiver a falar dos aspectos à microrregulação, perpassa questões mais políticas, tal como a reflexão da intervenção do Estado através da ANS, de modo a regulamentar e limitar interesses particulares no campo da saúde pública. Este pensamento surge do fato de que a pesquisa desenvolvida por Ugá (2007) aponta para as seguintes descobertas:

- O parque hospitalar privado, que presta serviços às operadoras de planos de saúde, é composto, na sua maioria, por unidades de pequeno porte; destas, 72% integram a rede de prestadores do SUS;

- Há uma forte concentração, tendendo ao monopólio no mercado de operadoras de plano de saúde;
- Predomina nesses hospitais uma baixa presença de estruturas e práticas de qualificação da gestão assistencial, sendo que, nos que prestam assistência ao SUS, essa presença é menor ainda;
- Os hospitais privados, que integram o SUS, tendem a ser os que menos investem na qualidade assistencial;
- Nesses hospitais, o monitoramento de indicadores centra-se preponderantemente na questão da produção – tempo médio de permanência e taxa de ocupação de leitos;
- Os indicadores de resultados da assistência acompanhados mais frequentemente são somente a taxa de infecção hospitalar e a taxa de mortalidade geral;
- Os indicadores mais precisos de qualidade da gestão assistencial mostram baixíssima ocorrência de práticas mais apuradas de gestão da clínica;
- É baixíssima, quase nula, a microrregulação que as operadoras de planos de saúde exercem sobre os hospitais em termos de qualificação da assistência;
- Um enorme conjunto de prestadores hospitalares privados não se percebem como pertencentes a nenhuma rede de prestadores privados;
- Os contratos efetuados entre operadoras e prestadores são meramente comerciais;
- Não há preocupação explícita com as instalações dos hospitais nem com a qualidade da atenção oferecida;
- Dá-se pouca importância aos aspectos legais obrigatórios a serem preenchidos pelos hospitais e relativos ao Cnes, à Vigilância Sanitária e ao Sistema de Qualificação da Agência Nacional.

Segundo as autoras, os resultados encontrados na pesquisa coincidem com outra pesquisa publicada pela ANS em 2005: **“Duas faces da mesma moeda:**

**microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**”, na qual é estudado o fenômeno da microrregulação das operadoras de planos de saúde sobre os prestadores, a partir de uma amostra de conveniência, abrangendo importantes empresas que atuam no segmento. Dentre os resultados, destaca-se:

- No que tange aos aspectos financeiros, administrativos e comerciais, os pontos críticos são: fluxo de pagamentos (inadimplência, glosas), utilização de órteses e próteses e a incorporação de tecnologias de alto custo, dentre outros;
- No que concerne à transição tecnológica e à prática médica, verificou-se um verdadeiro processo que consubstancia uma real reestruturação produtiva da prática médica, onde, segundo os autores da pesquisa, pode-se estar vivendo uma transição tecnológica no setor saúde, caracterizada não mais pela incorporação de tecnologias duras ao processo do cuidado, mas por uma efetiva tentativa de captura de autonomia dos médicos, através de sofisticados mecanismos gerenciais voltados apenas para a contenção de custos.

Segundo Gerschman (2008), a não existência de políticas de microrregulação das operadoras, nem do SUS, favorece a segmentação e especialização do mercado de serviços hospitalares privados, sem que haja uma saudável competição para o aperfeiçoamento da qualidade dos ofertados pelo segmento privado.

Na análise das pesquisadoras fica evidente a dimensão em que esses serviços podem ferir o direito à atenção integrada e à qualidade da saúde pública. Relevante será acrescentar que este ferimento se estende igualmente aos usuários da saúde suplementar.

A pesquisa evidencia a ausência de regulação quanto à qualidade exigida pela operadora na relação com os prestadores, além de identificar com clareza a visão mercantil das operadoras no intuito de maximizar a renda.

Outro aspecto relevante evidenciado é que 80% dos hospitais têm contrato com a Unimed, demonstrando enorme concentração entre operadoras e hospitais. Além disso, a Geap e a Cassi dominam em conjunto o mercado de prestadores e definem a qualidade da assistência no país. Nesse sentido cita o artigo que uma única

operadora pode pôr-se no lugar da agência regulatória, dada a proporção e influência que ocupa.

O trabalho faz referência, também, a constante inexistência de contratos formais, entre hospitais e operadoras. Em relação a este aspecto, vale acrescentar que as cláusulas mínimas obrigatórias normatizadas pela ANS, por meio da RN n. 42/2004 (BRASIL, 2003a), pouco ou nada contribuem para as questões assistenciais, referindo-se apenas às relações de cunho meramente mercantil. Inexiste em tal normativo qualquer obrigação relacionada ao controle de oferta e demanda sobre os leitos contratados. O mesmo raciocínio, de natureza stritamente mercantil, também está presente na RN n. 54/2003 (BRASIL, 2003b), referente às contratações de serviços de apoio diagnóstico.

Nos dispositivos relacionados à regulação da qualificação da assistência prestada às operadoras, prestadores e beneficiários (resoluções normativas n. 139/2006, 193/2009, 282/2011, 264/2011, 275/2011 e 277/2011), encontram-se algumas de caráter facultativo, ou seja, que não estabelecem a obrigatoriedade da participação de todos os agentes envolvidos do setor. O caráter imperativo de inscrição no programa de qualificação da assistência se restringe aos hospitais próprios das operadoras, o que leva o grande número de hospitais contratados no sistema suplementar a permanecerem no estágio em que foram encontrados quando da realização da pesquisa pelas referidas autoras, perpetuando assim o desequilíbrio entre demanda, oferta e qualidade da assistência.

No artigo intitulado **“Reformas Regulatórias Contemporâneas”**, Ribeiro (2000) cita o pensamento de Ayres e Braithwaite (1992), alertando que a “(...) A regulação é responsiva ao mercado na medida em que diferentes estruturas conduzam a graus e formas diferenciadas de regulação, envolvendo delegação consciente de certas funções regulatórias” (Ribeiro, 2000, p. 65). Chama a atenção o fato de que a simples publicação de resultados operacionais e de indicadores de qualidade mostram efeitos positivos no desempenho de hospitais, por exemplo (HIBBARD et al., 2003).

Os instrumentos existentes na regulação do setor, tais como os indicadores desejáveis de melhoria do atendimento, utilizados em alguns programas de qualificação da assistência no setor IDSS/Qualiss, não alcançam o cerne do problema, ou seja, o desequilíbrio na oferta de leitos.

A fragilidade por parte do órgão regulador, demonstrada por sua pouca ou nenhuma interferência nas relações entre operadoras e prestadores, responde pelo cenário encontrado nas pesquisas científicas, nos noticiários de mídia e no imenso número de reclamações existentes nos setores de defesa dos consumidores, Judiciário e na própria ANS, como na série de matérias a seguir:

Número de clientes cresce, mas planos reduzem leitos

**Cliente de convênio médico que não for internado por falta de leitos tem o direito de receber o atendimento, mesmo em hospital que não seja coberto pelo plano de saúde**

Mais usuários e menos leitos. Esse é o panorama do setor de saúde privada ao longo dos últimos três anos, segundo apontam números da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). De setembro de 2009 até o mesmo mês de 2011, o número de contratos de plano de saúde cresceu 13,5% - de 41,4 milhões para 47 milhões. Por outro lado, os leitos caíram em 10,45% - de 511,6 mil a 458,1 mil (somadas as redes pública e privada).

“As operadoras venderam mais planos em comparação com o número de leitos. Essa é a realidade”, afirma Dante Montagnana, presidente do Sindicato dos Hospitais de São Paulo (Sindhosp). “Esse é um problema que deve ser solucionado pelas empresas, e não pelos hospitais. E a ANS deveria sentar com as operadoras e resolver isso”. O problema é que a ANS não regulamenta a parte de leitos que as operadoras de saúde oferecem.

A advogada Sandra Regina Montanhani paga convênio médico para sua família e quando seu filho de 2 anos precisou ser internado, teve problemas. “Ele chegou ao hospital com falta de ar e a médica mandou interná-lo imediatamente”. Mas o menino só foi encaminhado três horas depois, após muita insistência. “Foi o próprio funcionário responsável pelas internações que me informou da falta de vagas”, diz Sandra. O hospital era da própria operadora do plano da qual ela é cliente.

**Menos hospitais** – O grande problema, principalmente na cidade de São Paulo, explica o presidente do Sindhosp, foi o fechamento de hospitais. “Muitas operadoras de plano de saúde que tinham hospitais próprios foram liquidadas. E esses espaços estão inoperantes”, diz Montagnana. Além disso, novos segurados ingressaram no setor. “As classes C e D cresceram e as operadoras estão facilitando o pagamento para um plano popular”.

De acordo com a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), o número de leitos no Brasil caiu por razões alheias aos convênios médicos, embora isso não tenha prejudicado os consumidores. “Muitos hospitais acabaram fechando, mas, em São Paulo novos leitos foram construídos”, defende Arlindo de Almeida presidente da Abramge. “Pode haver um local onde falem leitos, mas isso é pontual. Não sentimos quaisquer problemas aqui no que diz respeito às internações”.

Já a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa as 15 maiores operadoras, informa, de acordo com o Ministério da Saúde, que o número de hospitais credenciados aos planos privados de saúde cresceu 9,7%, entre maio de 2010 e maio de 2011. A ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados)

projeta que haverá um crescimento de 10% na rede hospitalar privada até o fim de 2012.

**Direitos** – O cliente de convênio médico que não for internado por falta de leitos tem o direito de receber o atendimento, mesmo que seja num hospital que não seja coberto pelo plano de saúde. “Ao recorrer à Justiça, o consumidor, nesse caso, pode conseguir uma liminar e é internado na hora, antes mesmo de o juiz analisar o caso”, explica a advogada especializada em direito do consumidor Rosana Chiavassa. O cidadão pode conseguir isso junto ao Juizado Especial Cível.

“O mais importante, no entanto, é como ele vai provar que não tinha vaga”, ressalta Rosana. A advogada aconselha que o consumidor tenha uma testemunha que não seja da família, de preferência. “Para a Justiça, o depoimento familiar tem um comprometimento de interesse”, conta.

O presidente do Instituto Brasileiro do Direito de Saúde Suplementar (IBDSS) e advogado José Luiz Toro da Silva acrescenta que o hospital que negar a internação por falta de leito comete o crime de omissão de socorro. “Nesse caso, a operadora tem de arrumar outro hospital para internar o paciente e é obrigada a arcar com o custo”, aponta.

Fonte: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/numero-de-clientes-crece-mas-planos-de-saude-reduzem-leitos>>. Acesso em: 27 jun 2011.

---

## Saúde

Investimentos não suprem falta de leito hospitalar

Cintia Esteves - Fabiana Parajara e Regiane de Oliveira - 29/08/11  
12:03

### **Em três anos, número de leitos subiu 38,4%, mas o de pacientes teve alta de 50%, graças à ascensão das classes emergentes.**

Os altos investimentos dos hospitais privados nos últimos anos não têm sido suficientes para acompanhar o crescimento do número de pacientes. De 2007 a 2010, a quantidade de leitos subiu 38,4%, para 7,6 mil.

No mesmo período, os pacientes atendidos por dia aumentaram quase 50%, para 2,1 milhões, segundo levantamento da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), entre os seus associados.

“Grandes hospitais como Sírio Libanês, Samaritano e Albert Einstein estão em plena expansão”, diz Iago Whately, analista da corretora Fator. Mas o mercado de saúde privada, com cada vez mais entrantes, especialmente de classes populares, quer mais.

Os planos de saúde tentam fazer sua parte. A Amil, maior do segmento, investiu R\$ 222,7 milhões em expansão no primeiro semestre do ano, 28% mais em relação ao mesmo período de 2010. Deste total, R\$ 112,8 milhões foram para aquisições. Na Intermédica, o investimento anual ficará entre R\$ 70 milhões e R\$ 80 milhões, com abertura de dois hospitais.

O movimento é seguido pelos concorrentes, diz Whately. “Desde 1998, as empresas de medicina de grupo, as quais possuem planos básicos, voltaram as atenções para hospitais próprios”.

Apesar dos investimentos, o conflito entre hospitais e planos de saúde continua.

“O hospital quer receber o máximo possível do convênio. O operador de plano de saúde, por sua vez, quer pagar o menor preço possível ao hospital”, diz Whately.

“Hospitais, como o Santa Catarina, estão privilegiando pacientes de maior poder aquisitivo, que não é o público da Intermédica”, afirma Paulo Barbante, presidente do conselho da Intermédica.

Por conta dessa disputa, quem hoje se associa a um plano de saúde mais básico terá dificuldade para ser atendido na maioria dos hospitais de referência da cidade de São Paulo. Internação, certamente não terá.

Os planos de entrada são, em geral, para internação em enfermarias, que já não existem mais em hospitais como São Luiz, Nove de Julho, Hospital do Coração e Oswaldo Cruz. No Samaritano – que também não tem mais enfermaria –, um funcionário avisa que os planos básicos de Golden Cross, Dix e Green Line não são aceitos.

Para a maioria desses clientes, a opção de atendimento particular recai sobre unidades hospitalares dos próprios convênios. A Green Line, por exemplo, tem o Centro Médico São Gabriel e o Hospital Salvalus, que pertencem à sua rede e atendem clientes do plano mais barato.

Na maioria dos hospitais privados, a preferência é por seguradoras como Bradesco e Sul América. Na Beneficência Portuguesa, por exemplo, eles são os únicos planos individuais aceitos para internação. Mesmo assim, a restrição a enfermarias continua.

No Nove de Julho, no setor de internação, a informação é de que há um leito para pacientes do Bradesco Top Nacional Enfermaria. É a única exceção à regra do hospital, que é de ter apenas quartos individuais, como ocorre no São Luiz.

Para exames e pronto-atendimento, algumas categorias de planos não são aceitas ou são aceitas apenas em algumas unidades. Para não perder a viagem, o interessado tem de checar antes de sair de casa, porque o credenciamento é feito sem anúncio prévio.

Hospitais de médio porte, como Bandeirantes e Leforte, ainda mantêm enfermarias, às quais os associados de planos mais básicos podem recorrer. Mas também é preciso checar antes, porque não faltam casos de credenciamento.

O Santa Catarina, por exemplo cancelou contrato com Dix, Unimed Pleno e Intermédica. A unidade Ipiranga do hospital São Camilo e o Santa Joana mantêm suas enfermarias, porém, entre planos básicos questionados - essencial da Golden Cross, standard da Dix e classic da Green Line - somente o essencial é aceito e só no São Camilo.

Fonte: <[http://www.brasileconomico.com.br/noticias/investimentos-nao-suprem-falta-de-leito-hospitalar\\_106251.htm](http://www.brasileconomico.com.br/noticias/investimentos-nao-suprem-falta-de-leito-hospitalar_106251.htm)>. Acesso em: 27 jun 2011.

---

## **Reclamação dos planos de saúde**

Seis em cada dez usuários da saúde suplementar tiveram, no último ano, alguma experiência negativa como atendimento oferecido pelos planos de saúde. Os dados integram pesquisa realizada pelo Datafolha e divulgada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) nesta terça-feira (21).

De acordo com a pesquisa, reclamações mais comuns estão relacionadas com a demora no atendimento ou fila de espera no pronto-socorro, no laboratório ou na clínica (26%). Percentual significativo dos entrevistados também relatou existir poucas opções de médicos, hospitais e laboratórios (21%) disponíveis para o atendimento de suas necessidades. Outros 14% relatam que tiveram que buscar a assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) por conta da negação de cobertura ou restrição de atendimento do plano de saúde contratado.

Com relação ao atendimento médico, a principal queixa dos entrevistados é a dificuldade de marcar uma consulta (19%) e o descredenciamento do profissional médico procurado (18%). O excesso de burocracia foi outro ponto de reclamação dos usuários: 13% vivenciaram demora para a autorização de exames ou a liberação de guias, inclusive de internação e 12% tiveram negativa de cobertura de procedimento ou exame.

Fonte: Portal Brasil Medicina

<<http://www.brasilmedicina.com.br/noticias/>>. Acesso em: 27 jun 2011

---

Quase 60% dos usuários têm reclamações contra planos de saúde

27 de junho de 2011 | postado por Cinthya Leite

Pesquisa divulgada neste mês pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) revela que seis, em cada dez usuários da saúde suplementar, tiveram alguma experiência negativa com o atendimento oferecido pelos planos de saúde no último ano.

O levantamento, realizado pelo Datafolha, comprova a alta correlação entre a experiência negativa vivenciada pelos pacientes e a insatisfação com o atendimento prestado pelos planos. De acordo com a investigação, as reclamações mais comuns estão relacionadas com a demora no atendimento ou com a fila de espera no pronto-socorro, no laboratório ou na clínica (26%).

Percentual significativo dos entrevistados também relatou poucas opções de médicos, hospitais e laboratórios (21%) disponíveis para o atendimento de suas necessidades. Outros 14% relatam que tiveram que buscar a assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) por negação de cobertura ou restrição de atendimento do plano.

Com relação ao atendimento médico, a principal queixa dos entrevistados é a dificuldade de marcar uma consulta (19%) e o descredenciamento do profissional médico procurado (18%). O excesso de burocracia foi outro ponto de reclamação dos usuários: 13% vivenciaram demora para a autorização de exames ou a liberação de guias, inclusive de internação. Já 12% tiveram negativa de cobertura de procedimento ou exame.

Todos os dados são do estudo patrocinado pelo CFM e realizado pelo Datafolha, nos dias 4 e 5 de abril de 2011. Foram ouvidas 2.061 pessoas, distribuídas em 145 municípios, com mais de 16 anos.

Entre os entrevistados, 26% disseram possuir plano ou seguro saúde, na condição de titulares ou dependentes, compondo amostra final de 545 indivíduos. Desse total, 52% possuíam plano coletivo (da empresa ou da instituição em que trabalham). O restante afirmou

contar com planos individuais ou familiares comprados diretamente no mercado.

Ainda segundo a pesquisa, oito em cada dez pessoas que têm plano de saúde buscaram algum tipo de atendimento ou assistência médica no último ano. Do total, 75% o fizeram para ter acesso a consultas médicas e cerca de dois terços (67%) para realizar exames diagnósticos (raio X e exames de sangue, entre outros).

Cerca de um terço (32%) utilizou o pronto-atendimento ou pronto-socorro e 15% usaram os planos de saúde para internação hospitalar. Do total, 21% dos usuários relataram não ter acionado o plano de saúde nos últimos 12 meses.

Fonte: <<http://casasaudavel.ne10.uol.com.br/2011/06/27>>. Acesso em: 27 jun. 2011.

---

### **Reclamação dos planos de saúde**

Fabiano Costa Do G1, em Brasília

O líder da bancada do PSOL na Câmara, Ivan Valente (SP), protocolou nesta quinta-feira (6), na Secretaria-Geral da Casa, um pedido de abertura de uma CPI para investigar denúncias de irregularidades que teriam sido cometidas por operadoras de planos de saúde. O deputado conseguiu 183 assinaturas de apoio à comissão parlamentar de inquérito, 12 a mais que o necessário.

Para instaurar uma CPI na Casa, é preciso a adesão de 171 deputados, mas a decisão de efetivá-la depende do presidente da Câmara, Henrique Eduardo Alves (PMDB-RN). No requerimento entregue à direção da Casa, Valente listou uma série de supostas irregularidades cometidas pelas empresas de saúde. O líder do PSOL enfatizou no documento que, segundo o Procon, as operadoras permaneceram no topo do ranking de reclamações dos consumidores na última década. Para ele, o segmento vive uma situação “caótica” que configura “uma situação de flagrante desrespeito aos direitos do consumidor”.

Fonte: <<http://g1.globo.com/politica/noticia/2013/06/psol-apresenta-pedido-para-abrir->>. Acesso em: 6 jun. 2013.

---

### **Reclamações dos planos de Saúde**

Seis em cada dez usuários da saúde suplementar tiveram, no último ano, alguma experiência negativa como atendimento oferecido pelos planos de saúde. Os dados integram pesquisa realizada pelo Datafolha e divulgada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) nesta terça-feira (21).

De acordo com a pesquisa, reclamações mais comuns estão relacionadas com a demora no atendimento ou fila de espera no pronto-socorro, no laboratório ou na clínica (26%). Percentual significativo dos entrevistados também relatou existir poucas opções de médicos, hospitais e laboratórios (21%) disponíveis para o atendimento de suas necessidades. Outros 14% relatam que tiveram que buscar a assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) por conta

da negação de cobertura ou restrição de atendimento do plano de saúde contratado.

Com relação ao atendimento médico, a principal queixa dos entrevistados é a dificuldade de marcar uma consulta (19%) e o descredenciamento do profissional médico procurado (18%). O excesso de burocracia foi outro ponto de reclamação dos usuários: 13% vivenciaram demora para a autorização de exames ou a liberação de guias, inclusive de internação e 12% tiveram negativa de cobertura de procedimento ou exame.

### **Pagamentos extras**

A cobrança de valores adicionais, além da mensalidade, também foi apontada por 19% dos entrevistados, que tiveram de efetuar pagamento extra para garantir a realização de consultas, exames ou outros procedimentos.

A pesquisa captou ainda relatos de usuários dos planos que tiveram que deixar um cheque caução para ser atendido, não encontraram vaga para internação, foram transferidos para outro hospital por determinação do plano e tiveram alta médica imposta pelo plano antes da determinação do médico.

Os dados constam do estudo patrocinado pelo CFM e realizado pelo Datafolha que, no período de 4 e 5 de abril de 2011, ouviu 2.061 pessoas, distribuídas em 145 municípios com idades de 16 anos ou mais. Dentre os entrevistados, 26% disseram possuir plano ou seguro saúde, na condição de titulares ou dependentes, compondo amostra final de 545 indivíduos.

Desse total de 545 entrevistados, 52% possuíam plano coletivo (da empresa ou instituição em que trabalham). O restante afirmou contar com planos individuais ou familiares comprados diretamente no mercado.

### **Frequência de utilização**

De acordo com a pesquisa, oito em cada 10 pessoas que têm plano de saúde buscaram algum tipo de atendimento ou assistência médica no último ano.

Do total, 75% o fizeram para ter acesso a consultas médicas e cerca de dois terços (67%) para realizar exames diagnósticos (raio-X, exames de sangue, entre outros). Cerca de um terço (32%) utilizou o pronto atendimento ou pronto-socorro e 15% usaram os planos de saúde para internação hospitalar. Do total, 21% dos usuários relataram não ter acionado o seu plano de saúde nos últimos 12 meses.

Dentre os que usaram os planos, consultas e exames diagnósticos foram utilizados, principalmente pelas mulheres, por aqueles com idade entre 35 a 44 anos e pelos que possuem maior renda. Os indivíduos pertencentes às classes A e B, com renda familiar superior a 10 salários mínimos e com escolaridade mais elevada, foram os usuários mais frequentes. De um modo geral, considerando consultas, exames e internações, os entrevistados utilizaram o plano, em média, sete vezes nos últimos 12 meses.

A análise deste dado por localização geográfica mostra que o nível de utilização dos planos é maior nos estados da Região Sudeste (oito vezes, em média, por pessoa/ano) e nas regiões metropolitanas (sete vezes, em média). O número cai nas outras regiões – Norte, Centro-

Oeste, Nordeste e Sul – onde é de cinco vezes, em média, e nos municípios do interior (seis vezes, em média).

### **Perfil do usuário**

Os usuários de planos de saúde têm um nível mais alto de escolaridade do que a população em geral. Dos 545 entrevistados, 31% têm nível superior enquanto na amostra inicial (2.061 entrevistas, incluindo quem não tem plano) este índice não ultrapassa 13%.

A proporção de indivíduos que integram classes A e B também é mais expressiva entre quem tem plano de saúde (53% versus 27% entre aqueles entrevistados da população em geral). A maioria dos entrevistados tem renda familiar mensal superior a três salários mínimos (58% versus 33%), e integram a parte da população economicamente ativa, principalmente como assalariado registrado (34% versus 22%), o que é explicado pela grande presença de planos coletivos no mercado.

### **Avaliação geral**

Mesmo diante dos inúmeros problemas relatados por 58% dos usuários, cerca de três quartos (76%) declaram satisfação com os serviços, sendo que 21% afirmam estar muito satisfeitos e 55% satisfeitos.

Entre quatro itens avaliados, os segurados têm opiniões menos favoráveis com relação ao custo das mensalidades (66%) e ao número de hospitais disponíveis (69%).

A avaliação é melhor no que se refere à quantidade de laboratórios (83%) e de médicos (76%). Sobre o custo das mensalidades deve ser considerado que a maior parte dos entrevistados tem planos coletivos, pagos integral ou parcialmente pelos empregadores.

O resultado é semelhante ao de outros estudos que avaliaram o grau de satisfação com serviços e atendimentos em saúde. A PNAD/IBGE analisou em 2008 o perfil de quem usou serviços de saúde, tanto beneficiários de planos de saúde quanto usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Com base em entrevistas de 392 mil brasileiros, o atendimento foi avaliado como “muito bom ou bom” para 86,4% das pessoas. De todos os atendimentos avaliados pelos entrevistados, 58,6% haviam sido realizados em instituições públicas.

Em pesquisa divulgada em 2011 pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, realizada com 204,4 mil pessoas em 630 instituições hospitalares do SUS, os pacientes deram nota 8,86 ao atendimento recebido (em escala de zero a 10). O Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA já havia concluído, em 2010, que os serviços do SUS são mais bem avaliados por aqueles que costumam utilizá-los, quando comparados com aqueles que não os utilizam.

Em outra pesquisa patrocinada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) com 1626 usuários de planos de saúde no Brasil, a maioria dos entrevistados (80%) se mostrou satisfeita com os planos de saúde. Os dados foram divulgados em março de 2011.

Na opinião do CFM o índice de satisfação positiva de usuários de serviços públicos ou privados deve levar em conta outros fatores que podem não ser captados pelas metodologias usadas nos estudos, mas que são capazes de influenciar o resultado: a satisfação com o simples fato de ter conseguido acessar o sistema de saúde, a satisfação com o estado de saúde individual, com o prognóstico, a cura ou o

tratamento bem sucedido, ou mesmo o contentamento com o atendimento ou atenção recebida pelo profissional médico.

### **Opinião dos médicos**

Já a posição dos médicos com respeito aos planos de saúde é expressamente negativa. Estudo realizado pelo Datafolha, encomendado pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB), com o apoio do CFM, mostrou que a maioria absoluta dos profissionais brasileiros denuncia interferências das empresas na autonomia dos profissionais. Os dados foram divulgados em dezembro de 2010.

De forma geral, o médico brasileiro que trabalha com planos ou seguros saúde atribui, em média, nota 5 para operadoras, numa escala de zero a 10. Do total de entrevistados, 92% dos médicos afirmam que os planos de saúde interferem em sua autonomia profissional.

Fonte: Portal Brasil Medicina

<[http://www.brasilmedicina.com.br/noticias/check\\_printnot.asp?Cod=2137&Area=2](http://www.brasilmedicina.com.br/noticias/check_printnot.asp?Cod=2137&Area=2)>. Acesso em: 4 jun. 2011.

---

### **Planos de saúde voltam a liderar ranking nacional de reclamações**

Após ficar em segundo lugar em 2011, quando foi ultrapassado pelo setor financeiro, os planos de saúde voltaram ao topo de reclamações do ranking do Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor). A área foi a que mais registrou problemas no último ano, seguido pelo financeiro, de produtos e telecomunicações.

As principais queixas dos consumidores são negações de cobertura dos planos, reajuste por faixa etária e anual, e descredenciamento de prestadores de serviço. Um dos motivos, segundo o Idec, é o crescimento dos planos coletivos. O instituto afirma que isso ocorre porque esses contratos não são regulamentados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Fonte: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1240502-planos-de-saude-voltam-a-liderar-ranking-nacional-de-reclamacoes.shtml>>. Acesso em: 5 jun 2013.

---

### **Ranking de reclamações contra planos de saúde é divulgado**

A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) disponibilizou em seu site o ranking de reclamações do setor. A notícia é de que as reclamações continuam em franco progresso, com beneficiários recorrendo à Agência quando não conseguem respostas ou soluções de suas demandas. O ranking refere-se ao mês de abril e é realizado mensalmente.

Dividido entre empresas de grande, médio ou pequeno porte, o ranking traz a média de cada fatia do setor. As empresas de grande porte, que congregam o maior número de beneficiários, estão firmes na escalada de aumento de reclamações. Em maio de 2011, o ranking

apontava para 0,40% dos usuários insatisfeitos, em abril este índice alcançou um universo de 0,80% do total com reclamações junto à ANS, um aumento de 0,48 ponto percentual.

Operadoras de médio porte também fizeram sua escalada rumo ao desagrado de consumidores. Em maio de 2011 apontavam para 0,32% de beneficiários insatisfeitos e, em abril de 2013 já alcançam 0,92% de todo o conjunto, ou seja, um aumento de 0,60 ponto percentual.

As operadoras de pequeno porte, por seu turno, estão se comportando de forma diferente. Em maio de 2011 apresentaram 0,39% de beneficiários com reclamações e, em abril de 2013, este universo chegou a 0,78%, aumento de 0,39 ponto percentual. Embora seja superior ao de maio de 2011, nesta base de comparação, as pequenas empresas estão em queda depois de alcançarem 0,83% em janeiro. A diferença entre janeiro e abril deste ano é de 0,05 ponto percentual. Uma diferença bem pequena, mas ao menos demonstra uma certa reversão da tendência apresentada pelas grandes e médias empresas.

LISTA DE OPERADORAS DE GRANDE PORTE COM MAIS RECLAMAÇÕES POR BENEFICIÁRIO

POSIÇÃO		OPERADORA	ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES
mês atual	mês anterior		
1	1	SULAMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	6,65
2	2	GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE S.A	3,08
3	3	CENTRO TRANSMONTANO DE SÃO PAULO	2,98
4	4	AMICO SAÚDE LTDA.	2,79
5	5	UNIMED PAULISTANA SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	2,57
6	7	CAMED OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE LTDA	2,46
7	10	ASSEFAZ (FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA)	2,41
8	6	GEAP FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL	2,11
9	8	GOLDEN CROSS ASSISTÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE LTDA.	2,06
10	11	AMIL ASSITÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	1,80

Fonte: ANS

### Mais reclamadas

Entre as grandes empresas mais reclamadas, o destaque fica com a Sul América Companhia de Seguros Saúde. A empresa atingiu a marca de 6,65% no índice de reclamações, e mantém-se primeira no ranking há sete meses. A operadora de planos de saúde tem 217.290 beneficiários e, em outubro de 2012 estava cotada com 4,81% no ranking. Continuou subindo chegando a 6,41% no mês de janeiro e daí até 6,65%.

As operadoras entre as dez mais reclamadas (Green Line, Centro Trasmontano São Paulo, Amico Saúde e Unimed Paulista Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico) mantém-se firmes em suas posições de mais reclamadas, junto com a Sul América. As demais, do grupo de grandes empresas, têm alguma variação no posto que ocupam, porém mantendo-se entre as dez mais. A Amil Assistência Médica Internacional, por seu turno, ocupa a 10ª. posição, após uma pequena parada no 11º lugar.

### Médio e Pequeno Portes

A Unimed Guararapes obteve o primeiro lugar entre as operadoras de médio porte em número de reclamações. Seu índice é de 41,90%. Como a operadora mantém 21.653 beneficiários, esta marca indica que 9.073 estão com reclamações ativas na ANS. E bem acima da média do setor para o volume de beneficiários, que é de 0,92%. Real Saúde tem seu índice bem alto, 21,95%, mas é um número inferior ao alcançado em janeiro último, de 29,1%.

Entre as operadoras de pequeno porte, a América Saúde recebeu o pior índice, de 45,92%, porém inferior ao obtido em fevereiro, que ficou perto de 52%. Esta escalada começou em julho de 2012, e só começa a recuar a partir deste mês.

Fonte: <http://www.jornalggn.com.br/blog/ranking-de-reclamacoes-contra-planos-de-saude-e-divulgado> [Acesso em: 15 de maio de 2013].

No que diz respeito ao número excessivo de reclamações relacionadas à não obediência de prazos de atendimento para internação, consultas, exames e procedimentos no setor, a ANS se faz presente com punições de suspensão e cassação dos produtos de planos de saúde, intervenção fiscal e assistencial, providências comumente anunciadas nos veículos de comunicação de massa. No entanto, cabe lembrar que quem autoriza o ingresso dos planos de saúde, de prestadores de serviços e de beneficiários no setor de saúde suplementar é o mesmo órgão que pune as operadoras pela falta de atendimento.

O relato de Vianna (2003), em seu artigo “O Impacto das Ações da ANS no Mercado Operador” reforça a necessidade do alcance político das medidas no setor:

(...) existem dois princípios que norteiam a análise das ferramentas e objetivos da política em torno da regulação dos sistemas de saúde. Primeiro: toda avaliação do impacto de medidas regulatórias deve ser orientada para explicitar os objetivos políticos. Segundo: medidas propostas com a finalidade de se atingir os objetivos delineados, devem necessariamente considerar os arranjos institucionais e organizacionais existentes. (VIANNA, 2003, p. 2).

No capítulo destinado ao pagamento dos compradores e prestadores ele declara que: “a ausência de uma ação regulatória por parte da ANS tem provocado uma grande turbulência no setor, começando a comprometer a própria eficiência com que os serviços estão sendo prestados”. Este pensamento pode ser acrescido com o que afirma CHOLLET; KIRK; SIMON, (2003):

A menos que exista explicitamente uma política de saúde e controle das falhas de mercado na interação com os prestadores, os procedimentos administrativos podem ficar fora de controle. Isto parece ter acontecido nos EUA onde as firmas de *managed care* são criadas por interesses financeiros

de curto prazo dos seus proprietários em mercado ausente de medidas regulatórias. (CHOLLET; KIRK; SIMON, 2003 apud VIANNA, 2003, p. 20).

Em seu artigo “Nota Introdutória sobre Estrutura de Mercado, Concentração e Mercados Relevantes”, DERENGOWSKI (2004) afirma que

(...) o mercado de planos de saúde caracteriza-se pela presença de inúmeras operadoras e prestadores de serviços enlaçados através de uma complexa rede de contratos e acordos. Além disso, a natureza dos contratos de longo prazo estabelecidos entre os ofertantes de serviços e usuários mostra-se também bastante complicada, dando lugar à manifestação de comportamentos oportunistas dos agentes envolvidos. Na realidade, o mercado de serviços de saúde é quase imperfeito por definição, mesmo que comporte um grande número de agentes, empresas e de ofertantes e demandantes.

Segundo Teixeira (2001), o mercado de saúde apresenta entre os agentes envolvidos (especialmente na relação médico-paciente) limitação de informação sobre a qualidade e preços; prática de discriminação de preços, presença de externalidades negativas. Estas características acentuam a incerteza e limitam a realização de escolhas perfeitamente informadas por parte dos agentes, operadores e usuários, dando lugar a comportamentos oportunistas, como o ‘risco moral’ e a ‘seleção adversa’.

Esse mesmo contexto pode ser escorado pela citação do artigo de Alceu Alves da Silva, **“A Relação Entre as Operadoras de Planos de Saúde e os Prestadores de Serviços: um novo relacionamento estratégico”**:

A atuação das Operadoras de Plano de Saúde sempre esteve exageradamente vinculada à supremacia dos interesses econômicos e arriscadamente afastada das políticas de saúde e da mensuração da qualidade prestada. (SILVA, 2003a, p. 4.).

Para ele o poder público apenas contemplou, da margem oposta, a evolução da saúde suplementar. Acrescenta em seu artigo a citação de STRICK (1990):

(...) a regulação consiste na imposição de regras e controles pelo Estado com o propósito de dirigir, restringir ou alterar o comportamento econômico das pessoas, que são apoiadas por sanções em caso de desrespeito” O Estado brasileiro nas atividades iniciais da saúde suplementar esteve afastado do seu papel regulador (...). (STRICK, 1990, p. 3.)

Complementa a sua ideia anterior com a declaração de que

(...) outro grande prejuízo, pelo alijamento do setor de saúde suplementar, das políticas públicas do setor é que os processos, as informações, a análise econômica das políticas públicas do setor, e, em especial, os resultados da qualidade da assistência prestada foram de completo desconhecimento do Ministério da Saúde. (SILVA, 2003, p. 5).

Silva ainda indaga:

(...) com a mesma pacificidade aceitamos que a área da saúde suplementar é competente para fazer sua gestão. Onde estão as evidências? Em que condições foi obtida essa imagem de competência? Com que grau foi obtido este conceito? Onde estão os seus bancos de dados e os seus sistemas de informações epidemiológicas? A sua capacidade de desenvolver, em conjunto com os Prestadores de Serviços, ações de promoção e prevenção à saúde? Onde estão os trabalhos com as populações adstritas junto às áreas de recursos humanos, mostrando os avanços na qualidade de saúde dos funcionários das empresas, segmentos que possui mais de 70% dos usuários de planos de saúde? Onde está a capacidade de articulação com os prestadores de serviço para desenvolver em conjunto, com ganhos conjuntos, programas de gestão racional de recursos? Onde estão os instrumentos de gestão para tratar distintamente os bons e os maus Prestadores? (SILVA, 2003, p. 17)

A ANS é a grande representante do Estado e, portanto, da sociedade. Por óbvio, deverá ser o grande agente público, atuando com autonomia, se mostrando inteiramente ativo no seu papel de regulamentar a relação entre os interesses do Estado, da sociedade e do capital privado. As Operadoras de Plano de Saúde e Prestadores de Serviços deverão criar as condições necessárias para que o setor de saúde suplementar seja fortalecido, dentro das condições inalienáveis de garantir os direitos, o acesso e a qualidade da assistência prestada aos usuários.

No entendimento do autor, a ANS tem se preocupado em demasia com as questões operacionais, distanciando-se dos aspectos estratégicos. Lastima-se que as intervenções do órgão tenham se assemelhado ao papel que cumpre um Juizado de Pequenas Causas, que, como expresso na denominação, tem por papel não resolver as grandes causas.

Para Costa e Castro (2004),

“o regime regulatório para o mercado de planos de assistência à saúde defronta-se com dois problemas relevantes. O primeiro está associado à definição do equilíbrio entre a proteção aos clientes consumidores. Que desenho ótimo de regulação pode permitir a sobrevivência econômica das empresas no setor melhorando as condições dos clientes dos planos de saúde? Existem resultados de soma positiva nesse jogo regulatório?” (COSTA; CASTRO, 2004, p. 56.).

Os argumentos apresentados levam a crer que a crise regulatória é notória e convive em paralelo com a pujança do mercado de saúde suplementar. E as fragilidades abordadas em torno da regulação do mercado privado de saúde acabam por repercutir no sistema público, tornando ainda mais grave o problema da assistência médica no país.

Com o intuito de averiguar mais aprofundadamente essa possibilidade, foram observados os dados coletados das pesquisas AMS de 2002 a 2009, referentes à oferta de leitos e equipamentos de ressonância magnética, tomografia, mamografia e ultrassom disponíveis unicamente no setor de saúde suplementar, e em paralelo ao crescente número de beneficiários de planos de saúde no país e em suas regiões.

## 5 DA INEXISTÊNCIA DE PARÂMETROS PRÓPRIOS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O escopo desta pesquisa é analisar o setor regulado a partir das pesquisas AMS/MSde 2002, 2005 e 2009 e do Caderno de Informações da ANS, utilizando-se dos parâmetros do setor público: portaria do Ministério da Saúde (MS) n. 1101/2002, no que se refere à oferta de leitos e de equipamentos de ressonância magnética, tomografia, mamografia e ultrassom destinados ao setor de saúde suplementar.

A iniciativa para realização da pesquisa é empírica e parte da observação do mercado e de repercussões de conflitos anunciados pela mídia e transcritas no Capítulo III

A lógica da escolha dos parâmetros públicos para analisar o setor regulado parte do reconhecimento de pesquisas já realizadas, como o trabalho desenvolvido por Arantes (2004): **“Um Estudo sobre Parâmetros para a Oferta de Serviços de Saúde: dimensionamento nos planos de assistência à saúde”**.

Esse trabalho contou com a orientação de Nilson Rosário, evidenciando-se como grande instrumento de pesquisa, visto tratar-se, dentre outros aspectos, da indicação para adoção de parâmetros públicos no setor privado a partir da aplicação e observação retiradas do setor público, principalmente no que se refere à forma organizacional e distributiva dos serviços hospitalares e de diagnóstico e terapia – Sadt, entre as regiões brasileiras. Arantes (2004) destaca que:

A preocupação com as características de formação de rede já se fazia presente na ANS – Nota Técnica n. 6 de junho de 2001 da Diretoria de Produtos (Dipro) – onde se esboçava a definição de critérios de oferta, a partir de parâmetros do setor público, para estimar o comportamento do mercado de saúde suplementar. Note-se que a utilização dos parâmetros do setor público sempre esteve presente nas discussões técnicas. (ARANTES, 2004, p. 4.)

Os questionamentos acerca de quais variáveis devem ser consideradas para a análise da oferta de prestadores de serviços de assistência à saúde passam por aspectos de abrangência geográfica e por critérios de uma rede mínima que represente maior garantia da cobertura adquirida. Acrescente-se também a esses o fato de que os prestadores de serviço quase sempre estão vinculados a grande número de operadoras, além de prestarem atendimento a particulares e ao Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, o desenvolvimento histórico dos serviços de saúde, tanto no setor público como no setor privado, aconteceu de maneira heterogênea, sem qualquer lógica quanto à sua localização e ao tamanho. Da mesma maneira, e em menor escala, não ocorreu uma distribuição de serviços e equipamentos de maneira racional, o que acarretou expressivas desigualdades estruturais de acesso. Assim, é em uma rede constituída dessa maneira fragmentada e desarticulada que a população busca solução para os agravos. A avaliação dos trabalhos pelos gestores responsáveis, em geral, é focada principalmente no controle de faturas do serviço remunerado por produção, reduzindo o objeto a ser avaliado ao ato ou procedimento médico ou laboratorial (BRASIL, 2001).

A fragilidade na avaliação dos serviços oferecidos no setor de saúde suplementar já fora percebida por ARANTES (2004), tanto que se utiliza do estudo para sugerir que o embasamento técnico utilizado pelo setor público poderia vir a subsidiar o setor regulado.

#### 5.1 DA UTILIZAÇÃO DA PORTARIA MS N. 1.101/2002

Os parâmetros de cobertura assistencial surgiram sob orientação expedida pela lei n. 8.080/1990 (BRASIL, 1990c), no sentido de que fossem estabelecidos pela Direção Nacional do SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, e que a descentralização das ações de saúde implicasse a elaboração de um planejamento ascendente, através da Programação Pactuada e Integrada, e se tornassem, assim, instrumentos de planejamento, controle, regulação e avaliação do SUS.

No bojo dos esforços de gestores públicos municipais, estaduais e federais, com a colaboração da comunidade técnico-científica, das entidades de classe, dos profissionais de saúde, dos gestores do SUS e da sociedade em geral é que se torna uma realidade a portaria n. 1.101/2002. Tal instrumento foi formalizado, através da Consulta Pública SAS/MS n. 1, de 8 de dezembro de 2000, e estabeleceu os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Estes parâmetros constituem orientações técnicas para realização de planejamento, programação e priorização das ações de saúde. São destinados à cobertura, para fins de estimar necessidades de atendimento a determinada população, em relação a equipamentos, serviços, recursos humanos e materiais e físicos.

Por estas razões, associadas à inexistência de um padrão técnico de aferição, específico para a saúde suplementar, que fosse capaz de mensurar recursos físicos, materiais e humanos face ao crescimento da população de beneficiários de plano de saúde ao longo dos anos pesquisados, é que foram utilizados, para o setor de saúde suplementar, os parâmetros públicos editados pela portaria MS n. 1.101/2002.

A falta de um padrão técnico de aferição foi o que norteou a pesquisa realizada por Luzia Lamosa (ARANTES, 2004), que teve como um dos objetivos oferecer subsídios ao órgão regulador para o aprimoramento das ações destinadas ao monitoramento e adequação da rede de prestadores de serviços.

Além dos leitos não financiados pelo setor público, foram selecionados para este estudo os dados referentes ao uso dos equipamentos destinados a mamografias com comando simples e com estereotaxia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassom com *doppler* colorido e ultrassom com ecógrafo, com base nas pesquisas AMS de 2002, 2005 e 2009 e usando como referência o cálculo para distribuição dos equipamentos conforme disposto na portaria e citado nas tabelas de análises.

## 5.2 Dos Indicadores Existentes na ANS para Avaliação de Serviços Disponíveis

A ANS vem, ao longo dos últimos anos, desenvolvendo alguns programas de qualificação de serviços de saúde. Um desses programas de qualificação da saúde suplementar é o Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS), normatizado pela RN n. 139/2006 e suas atualizações.

Este programa da ANS, de medição da qualidade do serviço das operadoras de planos privados de saúde, conta com quatro dimensões de avaliação: 1. atenção à saúde; 2. gestão econômico-financeira; 3. estrutura e operação; e 4. satisfação do beneficiário. Dessas quatro dimensões, relaciona-se à presente pesquisa a de estrutura de operação, na qual encontram-se os indicadores pertinentes à distribuição de rede de atendimento (hospitais) e de distribuição de Serviços e Procedimentos de Diagnóstico – SADT (equipamentos).

Ao analisar os indicadores propostos nas fichas técnicas que acompanham o programa IDSS, destacam-se os relacionados à realização de exames e à utilização

da rede hospitalar, seguidos das orientações a serem utilizadas na aferição da qualidade do serviço prestado.

#### 5. 2. 1 Indicador: Dispersão de Procedimentos e Serviços Básicos de Saúde – SADT

Para o cálculo do indicador são considerados os seguintes procedimentos e serviços: anatomopatologia, eletrocardiograma, patologia clínica, radiodiagnóstico e ultrassonografia. Os parâmetros adotados para serviços: remetem à disponibilidade dos procedimentos e serviços básicos de saúde em todos os municípios indicados como área de atuação dos produtos. As referências citadas nas respectivas fichas são: RN n. 85, de 7 de dezembro de 2004, e suas posteriores alterações; e IN Dipro n. 23, de 1º de dezembro de 2009, e suas atualizações.

Observa-se que os parâmetros citados no normativo referem-se apenas à existência do serviço, no município, para fins de cobertura da assistência. Não há nenhuma citação referente a qualquer critério técnico exigido pelo órgão regulador quanto à distribuição de ofertas em relação ao número de beneficiários, seleção do serviço ou qualificação, seja de caráter assistencial ou estrutural.

#### 5. 2. 2 Indicador: Dispersão da rede assistencial hospitalar

Os termos utilizados no indicador referem-se aos municípios com disponibilidade de estabelecimentos hospitalares, em que a quantidade de municípios indicados na área de atuação dos produtos com estabelecimentos hospitalares (hospital geral, hospital especializado ou unidade mista) informados na rede assistencial da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde (RPS).

Para os produtos com área geográfica de abrangência estadual, grupo de estados e nacional, são contabilizados todos os municípios contidos em cada UF. Para a quantificação dos municípios são analisados os estabelecimentos, classificados no Cnes na seção “Atendimentos Prestados, Tipos de Atendimento”.

Os estabelecimentos classificados no Cnes no campo “Natureza da Organização” como “Administração Direta da Saúde (MS, SES e SMS)” ou

“Administração Direta de Outros Órgãos (MEC, MEx, Marinha, etc)” não são considerados para a quantificação dos municípios.

Da mesma forma com que foi parametrizada a indicação do serviço de Sadt pela lógica da limitação geográfica, o Cnes também é utilizado, assim como o CPF.

O entendimento obtido a partir da leitura da norma é a de que os parâmetros adotados são a disponibilidade de estabelecimentos hospitalares em todos os municípios indicados como área de atuação dos produtos e que, semelhantemente ao que ocorre na distribuição de serviços de exames, não há também nenhuma exigência relacionada à distribuição desses hospitais o que se encontra disciplinado na RN n. 85/2004 e suas posteriores alterações.

O referido normativo estabelece ainda a obrigatoriedade da informação de algumas características de formação do produto para a comercialização, tais como:

- Área geográfica de abrangência – área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário;
- Informação do Cnes, CNPJ, razão social, município e UF;
- Indicação do padrão de acomodação em internação, se individual ou coletiva;
- Indicação da relação com a entidade hospitalar e disponibilidade dos serviços, se a entidade é própria ou contratada; quando contratada, se de forma direta ou indireta; e, por fim, se a disponibilidade dos serviços é parcial ou total.

Com relação às operadoras que operam exclusivamente na modalidade de livre acesso a prestadores, tais como as seguradoras, não há obrigatoriedade de fornecimento de informações como Cnes e CNPJ, entre outras o que torna a qualidade das informações acerca da rede de hospitais ainda mais precária.

Da maneira como estão dispostos tais requisitos, não é possível identificar parâmetros capazes de contribuir com valores assistenciais aplicados à distribuição ou à utilização de serviços de diagnósticos ou de leitos oferecidos.

Outro normativo apontado na qualificação é o Planejamento Assistencial do Produto (Anexo V), normatizado pela RN 259/2011. Este instrumento se constitui em indicadores a serem utilizados pelas operadoras para obtenção do registro de produto. Através dele a operadora deverá informar o ajuste de rede, que consiste na proporção mínima de prestadores de serviços e/ou leitos a ser mantida em relação à quantidade de beneficiários do produto, visando ao cumprimento dos prazos para atendimento.

Da lista de indicadores apontados, destacam-se apenas aqueles relacionados à pesquisa, ou seja; serviços de Sadt e serviços de internação hospitalares, por corresponderem à necessidade de leitos.

Um anexo da RN n. 159/2007 estabelece os prazos de atendimento e ajuste de rede, como segue:

#### ANEXO V PLANEJAMENTO ASSISTENCIAL DO PRODUTO

<b>Procedimentos e Serviços</b>	<b>Prazo para atendimento</b>	<b>Ajuste de Rede</b>
10. demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	Em até 10 dias úteis	Quantidade de serviço(s) / 1.000 beneficiários
11. procedimentos de alta complexidade (PAC)	Em até 21 dias úteis	Quantidade de serviço(s) / 1.000 beneficiários
13. atendimento em regime de internação eletiva	Em até 21 dias úteis	Quantidade de leito(s) / 1.000 beneficiários
14. urgência e emergência	Imediato	Quantidade de serviço(s) / 1.000 beneficiários

O normativo não vincula os indicadores a nenhum parâmetro. Nos Anexos VI e VII desta pesquisa foram aplicados os indicadores descritos no normativo da ANS (RN 159 ANEXO V) aos dados coletados da AMS para o ano de 2009, relativos a equipamentos de tomografia e ressonância em relação ao número de beneficiários em 2009. O resultado da aplicação dos indicadores revelam, quanto ao número de leitos, uma relação tremendamente satisfatória *está exata a info ou seria insatisfatória?*, demonstrando abundância de oferta nas regiões, e o resultado da aplicação dos indicadores sobre os equipamentos de ressonância e tomografia demonstra que a escassez é extremamente severa em todo o país, o que não se revela verdadeiro quando em comparação com a portaria n. 1.101/2002. Seja sob o aspecto da superoferta ou completa ausência de serviços, o que pode se depreender, mais uma vez, é a existência de fragilidade regulatória.

## **6 DA COLETA DE DADOS**

A coleta de dados para esta pesquisa partiu das informações dispostas nas Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária (AMS), produzidas pelo IBGE com apoio do Ministério da Saúde, relacionadas à oferta de leitos e equipamentos de ressonância magnética, tomografia, mamografia e ultrassom pelo setor privado não financiado pelo SUS, do qual se obtém o perfil da distribuição de serviços no país, nos anos de 2002, 2005 e 2009. Além dessa base de dados, foi utilizado o Caderno de Informação da Agência Nacional de Saúde, no que diz respeito à evolução do número de beneficiários de planos de saúde privados no país.

Os parâmetros utilizados na pesquisa foram os da portaria ministerial n. 1101/2002, quanto aos itens leitos e equipamentos de ressonância magnética, tomografia, mamografia e ultrassom.

Ao revelar algumas características do setor privado sem financiamento SUS, muitos elementos importantes para a identificação de ofertas puderam ser detectados e, a partir daí, contribuir para uma melhor visão da organização da gestão dos recursos privados não financiados pelo SUS destinados aos serviços de saúde suplementar.

### **6.1 DA DISPONIBILIZAÇÃO DE LEITOS PRIVADOS NÃO FINANCIADOS PELO SUS OFERTADOS PELA SAÚDE SUPLEMENTAR**

O objetivo da pesquisa foi contribuir com elementos na investigação da oferta de leitos, privados, não financiados pelo SUS, disponíveis aos beneficiários de plano de saúde e, com isso, inferir sobre a provável fragilidade na regulação de oferta de leitos privados sem financiamento público. Após a leitura dos dados coletados e demonstrados na Tabela 1 foi possível perceber como se desenvolveu o ritmo do crescimento de beneficiários de plano de saúde em relação à oferta de leitos privados não financiados pelo SUS.

Tabela 3 – Leitos privados disponíveis na rede credenciada dos planos de saúde privados não financiados pelo SUS, segundo o número de beneficiários. Brasil e regiões – 2002-2009.

Quantidade total de beneficiários de planos de saúde privados	Ano/Brasil e regiões	Leitos privados não financiados pelo SUS	Parâmetros	Taxa de utilização	Diferenças em n°s absolutos e percentuais	
			Total de leitos esperados privados não financiados SUS beneficiário (3xbenf./1mil)*	Taxa de leitos privados não financiados SUS/beneficiários.	Número absoluto	%
<b>A</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>E</b>	<b>f</b>	<b>g</b>
<b>2002</b>	<b>2002</b>					
<b>31.105.254</b>	<b>Brasil</b>	<b>55.824</b>	<b>93.315</b>	<b>1,7</b>	<b>-37.491</b>	<b>0,40 %</b>
697.620	Norte	3.600	2.092	5,1	1.508	72%
3.534.296	Nordeste	7.702	10.602	2,1	-2.900	-27%
21.580.265	Sudeste	33.665	64.740	1,5	-31.075	-48%
3.801.831	Sul	6.346	11.405	1,6	-5.059	-44%
1.490.101	Centro-Oeste	4.511	4.470	3	-41	0,92 %
<b>2005</b>	<b>2005</b>					
<b>35.010.992</b>	<b>Brasil</b>	<b>52.666</b>	<b>105.032</b>	<b>1,5</b>	<b>52.366</b>	<b>-50%</b>
935.374	Norte	2.711	2.806	2,9	95	33%
4.084.383	Nordeste	6.902	12.253	1,6	-5.351	-44%
23.726.493	Sudeste	32.062	71.179	1,3	-39.117	-55%
4.534.301	Sul	6.673	13.602	1,4	-6.929	-51%
1.730.318	Centro-Oeste	4.318	5.190	2,5	-872	-17%
<b>2009</b>	<b>2009</b>					
<b>41.923.639</b>	<b>Brasil</b>	<b>59.564</b>	<b>125.770</b>	<b>1,4</b>	<b>-66.206</b>	<b>-52%</b>
1.395.430	Norte	3.036	4.186	2,1	-1.150	-28%
5.209.771	Nordeste	8.438	15.629	1,6	-7.191	-46%
27.404.829	Sudeste	36.127	82.214	1,3	-46.087	-56%
5.888.356	Sul	7.279	17.665	1,2	-10.386	-59%
2.025.155	Centro-Oeste	4.684	6.075	2,3	-1.391	-23%

\*Adaptado da portaria MS n. 1.101/2002 para base exclusiva de beneficiários de planos de saúde privados.

Fontes: Pesquisa AMS/IBGE (dados referentes a leitos)

Caderno de Informações/ANS (dados referentes a beneficiários de planos de saúde)

A coluna 'a' da Tabela 1, faz referência ao número de beneficiários de planos privados de saúde, informados no Caderno de Informação da ANS. Observando o quantitativo no período de 2002 a 2009, percebe-se significativo crescimento desse mercado. O aumento no número total de beneficiários no país em 2009 representou 35%, em relação a 2002. Em relação às regiões do Brasil, todas demonstraram

aumento de beneficiários, nesse mesmo período. A Região Norte foi a que mais cresceu, 100%, seguida da Região Sul e do Nordeste, com 55% e 47%, respectivamente. A Região Sudeste foi a de menor crescimento: registrou apenas 27%, enquanto a Centro-Oeste, 36%.

Dados publicados em setembro de 2012, no FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR DA ANS (2012), registram o total de 48,7 milhões de beneficiários de plano de assistência médica e 17,6 milhões de beneficiários no plano de assistência exclusivamente odontológica. Segundo esta mesma fonte, em um ano (junho/2011 a junho/2012), quase três milhões de novos beneficiários foram incorporados ao mercado de saúde suplementar (1,3 milhão em planos de assistência médica e 1,7 em planos exclusivamente odontológicos). Ao comparar o número de beneficiários informados pela Agência, em 2012, com o informado em 2002 (coluna 'a'), tem-se 56% de aumento no número de usuários, num período de dez anos.

Com relação ao número total de leitos privados, não financiados pelo SUS, ofertados no Brasil, o desequilíbrio na oferta é verificado em todos os anos analisados. O resultado da observação do ano de 2009, em relação a 2002, apontou que quanto ao número total, no Brasil, o crescimento foi de apenas 7% (3.740 leitos). Dentre as regiões brasileiras destacou-se a Região Sul, com crescimento de 15%, ao passo que a Região Norte apresentou retração de 16%, deixando de disponibilizar 564 leitos no período. As Regiões Nordeste e Sul cresceram 10% e 15%, respectivamente. A Região Centro-Oeste registrou crescimento de apenas 4%.

Quando analisada cada uma das regiões, ano a ano, verifica-se que o desabastecimento de leitos privados não financiados pelo SUS é drástico e progressivo, provavelmente resultado de um acelerado crescimento comercial de planos, desprovido de qualquer critério técnico de regulação.

Aplicando-se o parâmetro da portaria n. 1.101/2002 (Tabela 1, coluna 'd'), em que se relaciona a quantidade de leitos privados não financiados pelo SUS com o número de beneficiários existentes, encontra-se o quantitativo de leitos esperados para o setor de saúde suplementar. A análise dessa relação revelou-se tremendamente deficitária em praticamente todas as regiões brasileiras, com as raras exceções da Região Norte e da Região Centro-Oeste, no ano de 2002. Nas demais regiões do país registrou-se *deficit* que ultrapassa a casa de 45%, como é o caso da

Região Sudeste, a qual, nos anos de 2002, 2005 e 2009, apresentou percentuais negativos de 48%, 55% e 56% respectivamente.

Os *deficits* registrados em 2009 são progressivos, em todas as regiões, inclusive naquelas em que, em anos anteriores, houve resultados positivos, como foi o caso da Região Norte, que saiu do patamar positivo de 72% para o *deficit* de 28%.

## 6.2 Da Disponibilização De Equipamentos de Ressonância, Tomografia, Mamografia e Ultrassom por Planos de Saúde Privados sem Financiamento pelo SUS, Ofertados pela Saúde Suplementar

### 6.2.1 Equipamentos destinados à ressonância magnética

A ressonância magnética (RM) é uma técnica radiológica que possibilita tomar imagens do interior do corpo humano de maneira não invasiva. Através dela, o paciente é submetido à ação de forte campo magnético, que está acoplado a um emissor de radiofrequência, o qual emite sinais sonoros. A técnica da ressonância magnética consiste basicamente de três etapas: alinhamento, excitação e detecção de radiofrequência:

- Alinhamento – é a propriedade magnética de núcleos de alguns átomos de se orientarem paralelamente a um campo magnético (como a bússola, em relação ao campo magnético da Terra). O núcleo de hidrogênio (próton) é o elemento usado para a obtenção de imagens de seres biológicos, o que inclui os seres humanos. Para que esses átomos sejam orientados em certa direção, é necessário um forte campo magnético: cerca de 1,5 tesla.
- Excitação – cada núcleo de hidrogênio ‘vibra’ em determinada frequência, que depende da intensidade do campo magnético em que está localizado. Assim, em 1,5 T, o hidrogênio tem frequência de 63,8 MHz. O aparelho de ressonância emite uma onda eletromagnética nessa mesma frequência. Há transferência de energia da onda emitida para os átomos de hidrogênio, fenômeno chamado de ‘ressonância’.

- Detecção de radiofrequência – Quando os núcleos de hidrogênio recebem energia, ficam instáveis. Ao retornarem ao estado-padrão, eles emitem ondas eletromagnéticas na mesma frequência. Nesse momento, o aparelho detecta essas ondas e constrói a imagem. Como na tomografia computadorizada TC, a imagem da RM é construída a partir de uma escala de sinal em que os extremos são o preto (menor valor de sinal de ressonância) e o branco (maior valor de sinal de ressonância). A RM pode, através de variações de *hardware* e *software*, obter várias sequências que permitem o estudo e a visualização dos tecidos.
- O parâmetro da portaria MS n. 1.101/2002 para o equipamento de ressonância magnética, utilizado como base para a pesquisa (Tabela 2) é de 1/500 mil habitantes.

Tabela 4 – Equipamentos de ressonância magnética (RM) disponíveis na rede credenciada dos planos de saúde privados não financiados pelo SUS, segundo o número de beneficiários. Brasil e regiões – 2002-2009.

Quantidade total de beneficiários de planos de saúde privados	Ano/Brasil e regiões	Total de equipamentos de RM privados não financiados pelo SUS	Parâmetro (1/500 mil beneficiários)*	Diferenças em n <sup>o</sup> s absolutos e percentuais	
			Quantidade esperada de equipamentos de RM privados não financiados pelo SUS*	Número absoluto de equipamentos de RM	% de equipamentos de RM
<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>e</b>	<b>f</b>
<b>2002</b>	<b>2002</b>				
<b>31.104.113</b>	<b>Brasil</b>	<b>249</b>	<b>62</b>	<b>187</b>	301%
697.620	Norte	6	1	5	500%
3.534.296	Nordeste	20	7	13	185%
21.580.265	Sudeste	155	43	112	260%
3.801.831	Sul	47	8	39	487%
1.490.101	Centro-Oeste	21	3	18	600%
<b>2005</b>	<b>2005</b>				
<b>35.010.869</b>	<b>Brasil</b>	<b>309</b>	<b>70</b>	<b>240</b>	341%
935.374	Norte	5	2	3	150%
4.084.383	Nordeste	29	8	21	262%
23.726.493	Sudeste	203	47	156	331%
4.534.301	Sul	44	9	35	388%
1.730.318	Centro-Oeste	28	3	25	833%
<b>2009</b>	<b>2009</b>				
<b>41.923.541</b>	<b>Brasil</b>	<b>696</b>	<b>84</b>	<b>612</b>	728%
1.395.430	Norte	19	3	16	533%
5.209.771	Nordeste	47	10	37	370%
27.404.829	Sudeste	489	55	434	789%
5.888.356	Sul	86	12	74	616%
2.025.155	Centro-Oeste	55	4	51	1275%

\* Adaptado da portaria MS n. 1.101/2002 para base exclusiva de beneficiários de planos de saúde privados.

Fontes: Pesquisa AMS/IBGE (dados referentes a equipamentos de ressonância magnética) Caderno de Informações/ANS (dados referentes a beneficiários de planos de saúde)

Considerando os equipamentos de RM oferecidos pelo setor privado sem financiamento SUS, em relação ao número de beneficiários, demonstrados na Tabela 2, coluna 'c', evidencia-se que houve, de 2002 a 2009, um crescimento global. Para os números totais Brasil, esta margem foi de 180%. As Regiões Norte e Sudeste obtiveram as maiores taxas: 217% e 215%, respectivamente. A região que apresentou a menor taxa de crescimento foi a Região Sul, com 83%.

A coluna 'd' da Tabela 2 refere-se à aplicação da portaria n. 1.101/2002. Os resultados apresentaram-se superavitários, em todas as regiões do Brasil. O crescimento da oferta foi manifestado a cada ano pesquisado, gradualmente. No ano de 2009, em relação a 2002, revelou-se um crescimento de 35%. A região que demonstrou maior taxa de crescimento com a aplicação do parâmetro foi a Região Norte: 200%. O menor crescimento foi registrado na Região Centro-Oeste: 33%.

A coluna 'e' da Tabela 2 indica a diferença entre o número absoluto de equipamentos esperados com a aplicação da portaria e o encontrado nas regiões. O resultado observado foi que em todas as regiões o número esperado foi infinitamente menor do que o número de equipamentos disponibilizados aos beneficiários. A quantidade total de equipamentos encontrada em 2009, em relação a 2002, aumentou em 424 equipamentos. A região que mais se destacou nesse crescimento foi a Região Sudeste, com 322 equipamentos a mais do que o esperado. A taxa de menor aumento coube à Região Norte, com apenas 11 equipamentos a mais face ao início do período pesquisado, o ano de 2002.

#### 6.2.2 Equipamentos destinados à tomografia computadorizada

O surgimento da tomografia computadorizada (TC), na década de 1970, significou uma verdadeira revolução no campo do diagnóstico, tornando este muito mais preciso e rápido. A TC pode ser utilizada para estudar cérebro, tórax, coluna vertebral e abdômen, guiar o cirurgião durante uma biópsia, identificar massas e tumores e ainda estudar vasos sanguíneos.

O vocábulo 'tomografia' vem do grego, *tomos* (corte) e *graphos* (imagem), ou seja, imagem em cortes. Constitui uma maneira antiga (mais de quarenta anos de idade) de se visualizar o que ocorre dentro do corpo, mediante corte da região examinada em várias camadas. Alguns exames requerem a injeção de contrastes, antes do início ou durante a realização do exame. O contraste serve para realçar certas estruturas do corpo e criar uma imagem mais nítida.

O parâmetro da portaria MS n. 1.101/2002 para o equipamento de tomografia computadorizada utilizado como base para a pesquisa (Tabela 3) é de 1/100 mil habitantes.

Tabela 3 – Equipamentos de tomografia computadorizada disponíveis na rede credenciada dos planos de saúde privados não financiados pelo SUS, segundo o número de beneficiários Brasil e regiões – 2002-2009.

Quantidade total de beneficiários de planos de saúde privados	Ano/Brasil e regiões	Total de tomógrafos privados não financiados pelo SUS	Parâmetro [(1/100 mil beneficiários)*	Diferenças em n <sup>os</sup> absolutos e percentuais	
			Quantidade esperada de tomógrafos privados não financiados pelo SUS	Número absoluto de tomógrafos	% de tomógrafos
<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>e</b>	<b>f</b>
<b>2002</b>	<b>2002</b>				
<b>31.104.113</b>	<b>Brasil</b>	<b>767</b>	<b>311</b>	<b>456</b>	<b>146%</b>
697.620	Norte	27	7	20	285%
3.534.296	Nordeste	77	35	42	120%
21.580.265	Sudeste	488	216	272	126%
3.801.831	Sul	112	38	74	195%
1.490.101	Centro-Oeste	63	15	48	320%
<b>2005</b>	<b>2005</b>				
<b>35.010.869</b>	<b>Brasil</b>	<b>867</b>	<b>350</b>	<b>518</b>	<b>148%</b>
935.374	Norte	29	9	20	222%
4.084.383	Nordeste	94	41	53	130%
23.726.493	Sudeste	539	237	302	128%
4.534.301	Sul	112	45	67	148%
1.730.318	Centro-Oeste	93	17	76	448%
<b>2009</b>	<b>2009</b>				
<b>41.923.541</b>	<b>Brasil</b>	<b>1.547</b>	<b>419</b>	<b>1.128</b>	<b>270%</b>
1.395.430	Norte	51	14	37	264%
5.209.771	Nordeste	168	52	116	223%
27.404.829	Sudeste	1.019	274	745	271%
5.888.356	Sul	179	59	120	203%
2.025.155	Centro-Oeste	130	20	110	550%

\* Adaptado da portaria MS n. 1.101/2002 para base exclusiva de beneficiários de planos de saúde privados.

Fontes: Pesquisa AMS/IBGE (dados referentes a equipamentos de tomografia computadorizada) Caderno de Informações/ANS dados referentes a beneficiários de planos de saúde)

O número de equipamentos de tomografia computadorizada disponibilizados pelo setor privado sem financiamento, conforme demonstrado na coluna 'c' da Tabela 3, aumentou, de 2002 para 2009, em todo o país. O percentual de crescimento total, Brasil, foi de 102%, e representou um acréscimo de 780 equipamentos. A região cuja taxa de crescimento se mostrou mais elevada foi a Região Nordeste: 118%, o que representou mais 91 equipamentos em 2009, em relação a 2002.

A coluna 'd' da Tabela 3 retratou a quantidade de equipamentos necessários à população, em decorrência da aplicação do parâmetro público. Os números encontrados mostraram-se consideravelmente menores do que aqueles disponibilizados pelo setor privado sem financiamento SUS. A diferença entre os equipamentos existentes e os indicados pela portaria, demonstrada na coluna 'e' da Tabela 3, revelou-se superavitária em todas as regiões. As regiões cujos percentuais positivos se mostraram maiores foram as Regiões Norte e Centro-Oeste, que em 2002 já possuíam, nas redes, um número de tomógrafos maior em 285% e 320%, respectivamente, do que o recomendado no parâmetro público. Em 2009 a Região Centro-Oeste foi responsável por um crescimento em 550%, seguida da Região Sudeste, com 271% , ambos em relação a 2002.

### 6.2.3 Equipamentos destinados a ultrassom

O ultrassom é um aparelho com capacidade de emitir ondas ultrassônicas. Esses aparelhos foram desenvolvidos com base na observação da natureza, principalmente entre os morcegos, os golfinhos e as mariposas, que se locomovem, encontram alimentos e fogem de situações perigosas utilizando-se da emissão de ondas ultrassônicas. Após a Segunda Guerra Mundial desenvolveu-se o sonar para detectar objetos sob a água, como submarinos, e também para avaliar a profundidade dos mares. A partir daí, o ultrassom foi aplicado nos mais diversos campos.

O uso do ultrassom de baixa intensidade em medicina para diagnóstico baseia-se na transformação das ondas ultrassônicas captadas em imagens visíveis. O diagnóstico com ultrassom é mais seguro do que a radiação ionizante, como nos aparelhos de raios-X, motivo pelo qual é preferível em exames pré-natais. As vantagens do diagnóstico com o ultrassom são: segurança, conveniência (por ser não invasivo e não traumático), além da capacidade de detectar fenômenos não perceptíveis pelos aparelhos de raios-X.

O parâmetro da portaria MS n. 1.101/2002 para o equipamento de ultrassom utilizado como base para a pesquisa (Tabela 4) é de 1/25 mil habitantes.

Tabela 4 – Equipamentos de ultrassom disponíveis na rede credenciada dos planos de saúde privados não financiados pelo SUS, segundo o número de beneficiários. Brasil e regiões – 2002-2009.

Quantidade total de beneficiários de planos de saúde privados	Ano/Brasil e regiões	Total de equipamentos de ultrassom privados não financiados pelo SUS	Parâmetro (1/25 mil beneficiários)*	Diferenças em n <sup>o</sup> s absolutos e percentuais	
			Quantidade esperada de equipamentos de ultrassom privados não financiados pelo SUS	Número absoluto de equipamentos de ultrassom	% de equipamentos de ultrassom
a	b	c	d	e	f
<b>2002</b>	<b>2002</b>				
<b>31.104.113</b>	<b>Brasil</b>	<b>6.174</b>	<b>1.244</b>	<b>4.930</b>	<b>396%</b>
697.620	Norte	270	28	242	864%
3.534.296	Nordeste	1.167	141	1.026	727%
21.580.265	Sudeste	3.385	863	2.522	292%
3.801.831	Sul	843	152	691	454%
1.490.101	Centro-Oeste	509	60	449	749%
<b>2005</b>	<b>2005</b>				
<b>35.010.869</b>	<b>Brasil</b>	<b>8.530</b>	<b>1.399</b>	<b>7.131</b>	<b>509%</b>
935.374	Norte	286	37	249	672%
4.084.383	Nordeste	2.799	163	2.636	1.617%
23.726.493	Sudeste	3.730	949	2.781	293%
4.534.301	Sul	986	181	805	445%
1.730.318	Centro-Oeste	729	69	660	956%
<b>2009</b>	<b>2009</b>				
<b>41.923.541</b>	<b>Brasil</b>	<b>10.372</b>	<b>1.677</b>	<b>8.695</b>	<b>518%</b>
1.395.430	Norte	441	56	385	687%
5.209.771	Nordeste	2.005	208	1.797	863%
27.404.829	Sudeste	5.435	1.096	4.339	395%
5.888.356	Sul	1.480	236	1.244	527%
2.025.155	Centro-Oeste	1.011	81	930	1.148%

\* Adaptado da portaria MS n. 1.101/2002 para base exclusiva de beneficiários de planos de saúde privados.

Fontes: Pesquisa AMS/IBGE (dados referentes a equipamentos de ultrassom) Caderno de Informações/ANS (dados referentes a beneficiários de planos de saúde)

A análise realizada sobre o número de equipamentos de ultrassom privados não financiados pelo SUS, no período de 2002 a 2009 (Tabela 4), também revelou, na comparação com o parâmetro recomendado pela portaria 1.101/2002, um crescimento e um superávit de equipamentos em todas as regiões do país, como já evidenciado nas pesquisas com outros equipamentos. No cômputo geral, nível Brasil, a taxa de crescimento no número de equipamentos disponibilizados é de 68%. com maior percentual positivo na comparação entre os dois levantamentos (2002 e 2009)

foi a Região Centro-Oeste, com 99% ao passo que a Região Sudeste apontou um crescimento de 61% no número de equipamentos disponíveis.

O crescimento da oferta de equipamentos, demonstrado na coluna 'f' da Tabela 4, deixou evidente o investimento realizado pelo setor privado em todo o país. Todas as regiões apresentaram abundância na oferta. A Região Centro-Oeste registrou um aumento do superávit em relação ao parâmetro público, para 1.148%. A Nordeste apontou o menor crescimento deste superávit: 395%. Já a coluna 'd' da Tabela 4 demonstra o resultado, em valores absolutos, encontrado com a aplicação do parâmetro público: o número de equipamentos de ultrassom disponibilizados foi consideravelmente maior do que o esperado.

#### 6.2.4 Equipamentos destinados à mamografia

A mamografia é um exame radiológico das mamas realizado com baixa dose de radiação, destinado ao rastreamento do câncer em mulheres assintomáticas com mais de quarenta anos de idade. O objetivo da mamografia é produzir imagens detalhadas, com alta resolução espacial, da estrutura interna das mamas, para possibilitar bons resultados de diagnóstico.

Tornou-se a mamografia, a partir de 1990, o método mais efetivo de diagnóstico precoce do câncer e, por isso, o mais requisitado. De acordo com a literatura médica, a mamografia tem sensibilidade entre 88% e 93%. Estima-se que com esse método de rastreamento é possível reduzir em até 25% o índice de mortalidade por câncer de mama.

O parâmetro da portaria MS n. 1.101/2002 para o equipamento de mamografia utilizado como base para a pesquisa (Tabela 5) é de 1/240 mil habitantes.

Tabela 5 – Equipamentos de mamografia disponíveis na rede credenciada dos planos de saúde privados não financiados pelo, segundo o número de beneficiários. Brasil e regiões – 2002-2009.

Quantidade total de beneficiários de planos de saúde privados	Ano/Brasil e regiões	Total de mamógrafos privados não financiados pelo SUS	Parâmetro (1/240 mil beneficiários)*	Diferenças em nºs absolutos e percentuais	
			Quantidade esperada de mamógrafos privados não financiados pelo SUS	Número absoluto de mamógrafos	% de mamógrafos
a	b	c	d	e	f
<b>2002</b>	<b>2002</b>				
31.104.113	<b>Brasil</b>	1.412	130	1.282	986%
697.620	Norte	41	3	38	1.266%
3.534.296	Nordeste	185	15	170	1.133%
21.580.265	Sudeste	824	90	734	815%
3.801.831	Sul	203	16	187	1.168%
1.490.101	Centro-Oeste	160	6	154	2.566%
<b>2005</b>	<b>2005</b>				
31.104.113	<b>Brasil</b>	1.568	146	1.422	974%
697.620	Norte	46	4	42	1.050%
3.534.296	Nordeste	215	17	198	1.164%
21.580.265	Sudeste	950	99	851	859%
3.801.831	Sul	205	19	186	978%
1.490.101	Centro-Oeste	152	7	145	2.071%
<b>2009</b>	<b>2009</b>				
31.104.113	<b>Brasil</b>	2.037	175	1863	1.070%
697.620	Norte	64	6	58	966%
3.534.296	Nordeste	316	22	294	1.336%
21.580.265	Sudeste	1.234	114	1.120	982%
3.801.831	Sul	250	24	226	941%
1.490.101	Centro-Oeste	173	8	165	2.062%

\* Adaptado da portaria MS n. 1.101/2002 para base exclusiva de beneficiários de planos de saúde privados.

Fontes: Pesquisa AMS/IBGE (dados referentes a equipamentos de mamografia) Caderno de Informações/ANS (dados referentes a beneficiários de planos de saúde)

A quantidade de equipamentos oferecidos aos beneficiários pelo setor privado sem financiamento SUS, no ano de 2009, em relação a 2002 (Tabela 5, coluna 'c'), apresentou um aumento médio de 44%, o que equivale a 625 mamógrafos a mais. A Região Nordeste tem a maior taxa de crescimento encontrada no período: 71%. O percentual de crescimento na região Centro-Oeste foi o menor: apenas 8%. Na Região Sudeste a oferta de mamógrafos no período cresceu 50%, o equivalente a 410 equipamentos a mais, em 2009, do que em 2002.

No tocante à aplicação do parâmetro da portaria n. 1.101/2002 do MS – 1/240 mil beneficiários, o resultado não difere do superávit verificado quanto à disponibilidade de outros equipamentos, no período 2002-2009. Ao passo que o mercado já disponibilizava, em 2002, grande quantidade de equipamentos Tabela 5, coluna 'c', a quantidade sugerida pela portaria apontava para números consideravelmente menores Tabela 5, coluna 'd'. Exemplo disto está na Região Nordeste. Pelo parâmetro público, considerando a quantidade de beneficiários, a necessidade era de sete equipamentos; no entanto, o número de tomógrafos encontrado foi de 131 equipamentos Tabela 5, coluna 'c'. Isto representou um superávit de 1.771%. Outra região que também se sobressai é a Região Sudeste. Pela portaria, seriam necessários 24 equipamentos nesse período, mas o número encontrado foi de 410 mamógrafos, tendo sido registrado um percentual superavitário de 1.608%.

A análise de desempenho, com base nos dados do ano de 2009, revelou que a região com maior superávit entre o número de mamógrafos disponibilizados e os parâmetros oficiais foi a Região Centro-Oeste: 2.062% Tabela 5, coluna 'f'. Para esta região o parâmetro indicava a necessidade de apenas oito equipamentos, mas foram disponibilizados 173 mamógrafos. A Região Sul foi a que, apresentou o menor superávit: 941%.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante os dados colhidos na pesquisa, muitas são as observações a respeito da distribuição de leitos e de equipamentos privados não financiados disponibilizados pelo setor de saúde suplementar. Mesmo considerando que a regulação da saúde suplementar ainda caminha para a maturidade regulatória, não se pode concordar que, ainda hoje, passados 12 anos de regulação, acrescidos de mais de quarenta anos de atividade do setor privado suplementar no Brasil, seja cabível conviver com tamanho desequilíbrio entre a oferta de leitos e a de equipamentos de diagnóstico.

É sabido que o serviço ofertado aos clientes de planos privados de saúde não advém de relação graciosa; ao contrário, surge de natureza contratual, na qual há a obrigação de realizar o atendimento por meio da prestação de serviços oferecidos pelas operadoras ao beneficiário, que as remunera, na forma do mutualismo.

Nos meios de comunicação tem sido comum encontrar relatos do sucesso econômico e financeiro de alguns segmentos desse mercado, não somente de operadoras, mas também do setor hospitalar e industrial voltados para a produção de equipamentos. Observa-se, principalmente, o crescente número de beneficiários, em especial os que ingressam em planos coletivos. Apesar da saída de algumas operadoras de planos do mercado regulador por razões ligadas à insuficiência de recursos que afiancem a assistência médica, o ingresso de outras demonstra o interesse econômico voltado para o investimento no setor da saúde suplementar.

No entanto, não se percebe o mesmo dinamismo quando o assunto se relaciona à qualidade do serviço prestado. O mercado de saúde suplementar registra, assim, falhas regulatórias, quando não permite que o mesmo êxito alcançado em termos econômicos, destinado às operadoras e aos investidores, possa ser evidenciado também na distribuição de leitos e de serviços de diagnósticos aos beneficiários.

As questões de falta de leitos ou dos equipamentos pesquisados são frequentes, ocorrendo dentro da área geográfica onde a operadora tem obrigação da cobertura.

É certo que a lei relativa aos planos de saúde assegura a prestação dos serviços contratados pelos usuários. Exemplo disso são as garantias oferecidas àqueles que possuem idade avançada, prevista no artigo 14 da Lei Lei 9.656/98, e

àqueles portadores de doença ou lesões preexistentes, como citado no artigo 11 da mesma lei. (BRASIL, 1998c).

Do mesmo modo, são diversos os normativos voltados às operadoras, alguns até recentemente editados, com o objetivo de fazer com que garantam as coberturas contratadas dentro de determinados prazos indicados pelo órgão regulador do setor de saúde privada. Pensa-se que, por meio das medidas que vêm sendo adotadas, as operadoras venham a rever suas estruturas de rede de atendimento e sejam forçadas a ampliá-las e qualificá-las, sob pena de pagamento de multa por falta de atendimento.

Aparentemente, essa medida viria atender aos casos de repressão de demanda; contudo, a pesquisa identifica que a falha regulatória existente repousa na ausência de dispositivos legais capazes de impor, aos respectivos *players* do mercado de saúde suplementar, a construção de infraestrutura suficiente para atender à demanda crescente de beneficiários, seja esta demanda oriunda das sucessivas crises do sistema público ou dos crescentes benefícios indiretos sustentados pelos empregadores e subsidiados pelo Estado.

O fato é que, da maneira como estão dispostos os normativos infralegais da ANS, não se identifica um que seja competente no sentido de regular as relações entre operadoras e prestadores de serviços, no que tange ao equilíbrio de oferta de leitos e equipamentos.

Na lógica do mercado atual, não há exclusividade por parte do prestador de serviços no que tange ao oferecimento dos leitos ou de qualquer outro serviço. O prestador que possui sessenta leitos em seu hospital pode oferecê-los a quantas operadoras lhe interessar. Inexiste, assim, qualquer ato que oriente esse tipo de contratação.

O relacionamento formal que há entre operadoras, hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais médicos se faz tão-somente norteado pelas RN n. 42/2004, n. 54/2004 e n. 71/2005. Esses normativos têm como objetivo o estabelecimento do cumprimento da formalidade contratual. São detentores de cláusulas mínimas, obrigatórias, com vistas à garantia e à transparência do negócio jurídico realizado entre as partes. O principal objetivo é apenas assegurar a ambas as partes a exequibilidade do negócio realizado quanto ao aspecto financeiro, principalmente, não se relacionando à qualidade e garantia do serviço contratado. A visão restringe-se à concepção meramente mercantil.

Os resultados apontados pela aplicação dos parâmetros públicos (portaria n. 1.101/2002) não pode e nem deve servir de base para ações de saúde do setor privado de saúde suplementar. O setor público tem em sua implementação de serviços uma dimensão que se apoia numa outra política, que preserva entre outros princípios o da reserva do possível, e por essa razão cria suas próprias regras, o que não se coaduna com o serviço privado, que se apoia numa relação contratual de cobertura de riscos e contrapartidas financeiras.

Os indicadores editados pela ANS, pela RN n. 259/2011 e aplicados sobre leitos e equipamentos de Ressonância e Tomografia, Anexos I – II e III, demonstram que a fragilidade é grave, no que diz respeito à regulação da oferta.

Verificou-se, nesta pesquisa, que o mercado de saúde suplementar não vem sendo acompanhado por instrumentos capazes de afiançar o atendimento a que está constitucional e contratualmente obrigado a prestar.

Existem diversos aspectos que merecem atenção por parte do Estado e dos agentes envolvidos. Dentre eles, o que mais chama a atenção é o quanto o afastamento do Estado regulador da esfera privada implica a qualidade assistencial prestada na esfera da saúde pública. Outro fato relevante é a ausência de elementos técnicos suficientemente capazes de produzir barreiras contra o crescimento desacelerado e desequilibrado do setor privado. Não existe, no país, infraestrutura atual capaz de suportar as demandas dos beneficiários. Isto se faz presente e gritante no Brasil todo, mas principalmente na Região Sudeste. Na Tabela 1 a Região Sul pareceu a mais prejudicada, e a diferença entre Sudeste e Brasil foi relativamente pequena (4%).

É interessante também refletir sobre as medidas de regulação adotadas pelo órgão competente, a ANS, na aplicação de penalidades às operadoras, quando estas não atendem às necessidades de realização de exames e de cirurgia dos beneficiários dentro dos prazos de atendimento. Tal medida é consequência da ausência de serviços e leitos disponíveis. No entanto, este mesmo órgão que pune pela falta de serviço ao cliente é o mesmo órgão que regula e em geral admite o ingresso de mais planos e mais beneficiários no mercado.

Este cenário contribui para validar a existência de fragilidade e falta de regulação. Os dados mostrados pela pesquisa fornecem elementos de reflexão e provocação para novas medidas. Urge a realização de novas e mais profundas

investigações, que possam contribuir para a formação de opinião no sentido da construção de novas normas regulatórias do mercado de saúde suplementar.

## **REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, C. **A assistência médica suplementar no Brasil**: panorama atual e tendências. Ipea/PNUD, 1998.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: Ipea; nov. 1998b. 81 p.

ARAGÃO, Alexandre. **Agências reguladoras e a evolução do direito administrativo econômico**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

ARANTES, Luzia Lamosa. Um estudo sobre parâmetros para a oferta de serviços de saúde: dimensionamento nos planos de assistência à saúde. 2004. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

AYRES, Ian; BRAITHWAITE, John. **Responsive regulation**: transcending the deregulation debate. New York: Oxford University Press, 1992.

BAHIA, L. et al. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (org). **Radiografia da saúde no Brasil**. Campinas: Ed. Unicamp, 2001. p. 325-362.

BAHIA, L. et al. O mercado de planos e seguros privados de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 951-965, 2006.

BAHIA, L: **Mudanças e padrões das relações público-privado**: seguros e planos de saúde no Brasil. 1999. Tese de Doutorado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. Decreto n. 59.308, de 23 de setembro de 1966. Promulga o Acordo Básico de Assistência Técnica com a Organização das Nações Unidas, suas Agências Especializadas e a Agência Internacional de Energia Atômica. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 30 set. 1966a, p. 11.334.

BRASIL. Decreto-lei n. 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 nov. 1966b.

BRASIL. Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Leis do cooperativismo. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 dez. 1971.

BRASIL. **Constituição Federativa da República do Brasil de 1988**. Texto promulgado em 5/10/1988. Texto consolidado até a Emenda n. 70 de 29/03/2012. Brasília: Senado Federal, 1988. BRASIL. Lei n. 8.031, de 12 de abril de 1990. Cria o Programa Nacional de Desestatização (PND) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 abr. 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 set. 1990b, seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei n. 8.080/1990. Lei de Organização do SUS. 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**, Brasília, 19 set. 1990c.

BRASIL. Lei n. 8.884, de 11 de junho de 1994. Transforma o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) em autarquia, dispõe sobre a prevenção e a repressão às infrações contra a ordem econômica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 13 jun. 1994.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Câmara da Reforma do Estado, 1995.

BRASIL. Lei 9.649/98. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 maio 1998a.

BRASIL. Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – Consu n. 08/1998. **Diário Oficial da União**, 04 nov. 1998b.

BRASIL. Lei 9.656/98. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Foi alterada pela Medida Provisória n. 1.730-7 de 07.12.1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 jun. 1998c.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998**. Brasil/IBGE, Departamento de Emprego e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2000a. 96 p.

BRASIL. **Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jan. 2000b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Regulamentação dos planos de saúde**. Brasília: CNS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.101**, de 12 de junho de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN n. 42, de 4 de julho de 2003. Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos Jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 128, 7 jul. 2003a, Seção 1, p. 45.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº. 54, de 28 de novembro de 2003. Estabelece os requisitos para a celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 233, 1 dez. 2003b, Seção 1, p. 82.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa nº. 23 de 1º de dezembro de 2009. Dispõe sobre o registro de produtos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 dez. 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa nº 23 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o registro de produtos. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/texto\\_lei.php?id=1554](http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1554)>. Acesso em: 10 jul. 2011.

CHOLLET, D. J.; KIRK, A. M.; SIMON, K. I. **The impact of access regulation on health insurance market structure**. Washington: US Department of Health and Human Services, 2003. Disponível em: <http://aspe.hhs.gov/health/reports/impact/sect01.html#GuaranteedIssue>. Acesso em: 10mar. 2011.

CORDEIRO, H. **As empresas médicas**. Rio de Janeiro: Graal, 1994.

COSTA, Nilson do Rosário; CASTRO, Antônio Joaquim Werneck de. O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. 9 p. (**Regulação & Saúde Suplementar**, v. 3, t. 1).

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José M.; SILVA Pedro Luiz B.; MELO, Marcos André C. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado do setor saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 35, n. 2, p. 193-228, 2001.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luiz B. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n. 3, p. 33-56, jul./set. 1999.

CUELLAR, Leila. **As agências reguladoras e seu poder normativo**. São Paulo: Dialética, 2001.

DERENGOWSKI, Maria da Graça. Nota introdutória sobre estrutura de mercado, concentração e mercados relevantes. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. 65 p. (**Regulação & Saúde Suplementar**, v. 3, t. 1).

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência saúde no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 585-598, 2003.

FAVARET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A universalização excludente: reflexão sobre a tendência do sistema de saúde. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, n. 3, p. 139-152, jun. 1990.

FIGUEIREDO, Leonardo Vizeu. **Curso de Direito de Saúde Suplementar**: manual jurídico de planos e seguros de saúde. São Paulo: MP Ed., 2006.

FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR. Rio de Janeiro: ANS; set. 2012.

GERSCHMAN, Sílvia. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1.441-1.451, set.-out. 2008.

GRAU, Eros. **A ordem econômica na Constituição de 1988**. São Paulo: Malheiros, 2001.

HIBBARD, Judith H.; STOCARD, J.; TUSLER, M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? **Health Affairs**, v. 22, n. 2, p. 84-100, 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998**. Brasil / IBGE, Departamento de Emprego e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 96 p.

KORNIS, George Edward; CAETANO, Rosângela. Dimensão e estrutura econômica da assistência médica suplementar no Brasil. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectiva da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2002. p. 64.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. 13. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

MONTONE, J. Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003. 9 p. (**Regulação & Saúde Suplementar, v. 3, t. 1**).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Brasil). A SAÚDE NO BRASIL. Representação da OPS/OMS no Brasil, 1998. Brasília: OPAS, 1998. 48 p. Disponível em: <[http://www.livrosgratis.com.br/arquivos\\_livros/op000012.pdf](http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/op000012.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2011.

REIS, C. O. O. O Estado e os planos de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 51, n. 1, p.123-146, 2000.

RIBEIRO, J. M. Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003. (**Regulação & Saúde Suplementar, v. 3, t. 1**).

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B. Políticas de saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 4, n. 6, p. 61-84, fev. 2000.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1.431-1.440, 2008.

SANTOS, N.G.P. Regulação de serviços públicos. In: MARSHALL, C.; SOUTO, M. J. V. (Org.). **Direito empresarial público**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2002. p. 215-231.

SILVA, Alceu Alves da. A relação entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003a. 103 p. (**Regulação & Saúde Suplementar, v. 3, t. 2**).

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: Malheiros, 2003b.

SLAIB FILHO, Nagib. **Direito constitucional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004. p. 862-863.

STRICK, J. C. **The economics of government regulation: theory and canadian practice**. Toronto: Thompson Educational Publishing, Inc. 1990.

SUNDFELD, Carlos Ari; ADELAIDE, Dinorah. Introdução às agências reguladoras. In: SUNDFELD, Carlos Ari. **Direito administrativo econômico**. São Paulo: Malheiros, 2002. p. 17-36.

SUNFELD, Carlos Ari. **Direito econômico brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 2001. p.18-36.

TEIXEIRA, Aloisio. Mercado e imperfeições de mercado: o caso da assistência suplementar. **Cadernos de Saúde Suplementar**: 2º Ciclo de Oficinas. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2001.

TRAVASSOS, C., VIACAVA, F., FERNANDES, C., ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

UGÁ, Maria Alice D. et al. **Estudo dos prestadores hospitalares frente às práticas microrregulação das operadoras de planos de saúde**. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: [s.n.], 2007.

VAZ, Manoel Afonso. **Direito econômico**: a ordem econômica portuguesa. Coimbra: Coimbra, 1985. p. 15.

VIACAVA, F.; BAHIA, L. Assistência médico-sanitária: os serviços de saúde segundo o IBGE. Fiocruz, **Radis/Dados**, n. 20, nov. 1996.

VIANA, A. L. et al. **Estado e regulação da saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da Assistência Médica Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

VIANNA, Cid Manso de Mello. **O impacto das ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS no Mercado Operador**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2003. 27 p.

## ANEXOS

### LISTA DE ANEXOS

**ANEXO I** – Quantidade de leitos privados não financiados pelo SUS em estabelecimentos de saúde segundo o número de beneficiários de planos de saúde, no período de a 2009, no Brasil e regiões, sob os parâmetros indicados no Planejamento Assistencial do Produto – Resolução Normativa ANS – 259/11 – Anexo V.

Quantidade total de beneficiários de planos de saúde privados	Ano/Brasil e regiões	Total de Leitos privados não financiados pelo SUS	Parâmetro (1/1mil benef.)*	Diferenças em nºs absolutos e percentuais	
			Quantidade esperada de leitos privados não financiados pelo SUS*	Número absoluto de leitos privados não financiados pelo SUS	% de Leitos
<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>e</b>	<b>f</b>
<b>2009</b>	<b>2009</b>				
<b>41.923.541</b>	<b>Brasil</b>	<b>59.564</b>	<b>41.924</b>	<b>187</b>	<b>42%</b>
1.395.430	Norte	3.036	1.395	5	118%
5.209.771	Nordeste	8.438	5.210	13	62%
27.404.829	Sudeste	36.127	27.405	112	32%
5.888.356	Sul	7.279	5.888	39	24%
2.025.155	Centro-Oeste	4.684	2.025	18	131%

\*Adaptado para aplicação do Planejamento Assistencial do Produto - Anexo V - RN 259/11

Fonte: Pesquisa AMS/IBGE: Para os dados referentes à RM.

Caderno de Informações/ANS: Para os dados referentes ao Beneficiário de Plano de Saúde

**ANEXO II – Quantidade de equipamento de Ressonância privado não financiado SUS em estabelecimentos de saúde segundo o número de beneficiários de planos de saúde privados, no período de 2009 no Brasil e regiões, sob os parâmetros indicados no Planejamento Assistencial do Produto – Resolução Normativa ANS – 259/11 – Anexo V**

Quantidade total de beneficiários de planos de saúde privados	Ano/Brasil e regiões	Total de equipamentos de RM privados não financiados pelo SUS	Parâmetro (1/1mil benef.)*	Diferenças em n <sup>o</sup> s absoluto e percentuais	
			Quantidade esperada de equipamentos de RM privados não financiados pelo SUS*	Número absoluto de equipamentos de RM privados não financiados pelo SUS	% de RM
<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>e</b>	<b>f</b>
<b>2009</b>	<b>2009</b>				
<b>41.923.541</b>	<b>Brasil</b>	<b>1.199</b>	41.924	-41.228	-98%
1.395.430	Norte	59	1.395	-1.376	-99%
5.209.771	Nordeste	132	5.210	-5.163	-99%
27.404.829	Sudeste	734	27.405	-26.916	-98%
5.888.356	Sul	178	5.888	-5.802	-99%
2.025.155	Centro-Oeste	96	2.025	-1.970	-97%

\*Adaptado para aplicação do Planejamento Assistencial do Produto - Anexo V - RN 259/11

Fonte: Pesquisa AMS/IBGE: Para os dados referentes à RM.

Caderno de Informações/ANS: Para os dados referentes ao Beneficiário de Plano de Saúde

**ANEXO III – Tabela de equipamento de Tomografia privado não financiado SUS em estabelecimentos de saúde segundo o número de beneficiários de planos de saúde privados, no período de 2009 no Brasil e regiões, sob os parâmetros indicados no Planejamento Assistencial do Produto – Resolução Normativa ANS – 259/11 – Anexo V**

Quantidade total de beneficiários de planos de saúde privados	Ano/Brasil e regiões	Total de equipamentos de Tomografia privados não financiados pelo SUS	Parâmetro (1/1mil benef.)*	Diferenças em nºs absoluto e percentuais	
			Quantidade esperada de equipamentos de Tomografia privados não financiados pelo SUS*	Número absoluto de equipamentos de Tomografia privados não financiados pelo SUS	% de RM
<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>e</b>	<b>f</b>
<b>2009</b>	<b>2009</b>				
<b>41.923.541</b>	<b>Brasil</b>	<b>3.019</b>	<b>41.924</b>	<b>-40.377</b>	-96%
1.395.430	Norte	134	1.395	-1.344	-96%
5.209.771	Nordeste	428	5.210	-5.042	-97%
27.404.829	Sudeste	1742	27.405	-26.386	-96%
5.888.356	Sul	474	5.888	-5.709	-97%
2.025.155	Centro-Oeste	241	2.025	-1.895	-94%

## **ANEXO IV - Portaria nº 1101/2002 – GM - Ministério da Saúde -**

### **Portaria n.º 1101/GM Em 12 de junho de 2002.**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e considerando,

- o disposto no Capítulo III, artigo 26 da Lei nº 8.080/90, que estabelece, entre outros, que os parâmetros de cobertura assistencial sejam estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde;

- que a descentralização das ações e serviços de saúde, para estados e municípios, para a consistência de um efetivo Sistema Nacional de Saúde, requer a elaboração de um planejamento ascendente, através da Programação Pactuada e Integrada entre os gestores;

- a necessidade, requerida pelos gestores e pela sociedade em geral, da revisão dos parâmetros assistenciais em uso no SUS, datados de mais de vinte anos, face aos avanços verificados em vários níveis de complexidade do sistema de saúde e as necessidades da população;

- a necessidade, imediata, apontada pelos gestores dos três níveis de governo, do estabelecimento de parâmetros como instrumentos de planejamento, controle, regulação e avaliação do SUS;

- a necessidade de flexibilizar, aos Estados e Municípios, a aplicação dos parâmetros propostos, possibilitando ajustes necessários, derivados, entre outros, da diferença do perfil epidemiológico, desde que devidamente justificados e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde, com posterior comunicação a este Ministério, para conhecimento;

- a ampla discussão sobre o estabelecimento de parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, que possibilitou a participação efetiva da comunidade técnico-científica, das entidades de classe, dos profissionais de saúde, dos gestores do SUS e da sociedade em geral, na sua formulação, através da Consulta Pública SAS/MS Nº 01, de 08 de Dezembro de 2000, e

- a deliberação nº 08 de 04 de abril de 2002 do Conselho Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Os referidos parâmetros representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras.

Art. 2º Atribuir à Secretaria de Assistência à Saúde, a responsabilidade pela revisão periódica dos parâmetros estabelecidos.

Art. 3º Esta Portaria entrará em vigor após sua publicação, revogando as disposições em contrário, em especial a Portaria MPAS 3046/82 .

ANEXO

PARÂMETROS ASSISTENCIAIS DO SUS

01. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES:

Os parâmetros de cobertura assistencial do SUS, destinam-se a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, oferecendo subsídios para:

- a) Analisar a necessidade da oferta de serviços assistenciais à população;
- b) Auxiliar na elaboração do Planejamento e da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à saúde. (PPI);
- c) Auxiliar no Acompanhamento, Controle, Avaliação e Auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS.

Para elaboração destes parâmetros, foram considerados, entre outros:

a) Os parâmetros assistenciais, internacionalmente reconhecidos, inclusive os baseados em dados da OMS e da OPAS, para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento.

b) As estatísticas de atendimento prestado aos usuários do SUS, e as incidências nacionais, por especialidade, dos últimos 3 anos.

c) O número de internações hospitalares, de consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e outras, de serviços complementares, inclusive de diagnose e terapia, com base em estudos e pareceres de especialistas, parâmetros assistenciais desenvolvidos e praticados em vários Estados da Federação, estudos do Ministério da Saúde, realizados com a participação de técnicos dos demais níveis de gestão do SUS e de várias instituições de saúde do país.

d) A Portaria MPAS nº 3.046, de 20 de julho de 1982.

Os parâmetros assistenciais, objeto deste estudo, se dividem em:

a) Parâmetros de Cobertura – são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em um determinado período, previamente estabelecido.

b) Parâmetros de Produtividade – são aqueles destinados a estimar a capacidade de produção dos recursos, equipamentos e serviços de assistência à saúde, sejam eles, humanos, materiais ou físicos.

Para a definição dos parâmetros de cobertura assistencial ambulatorial, tomou-se como base, a composição da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS (Grupos de Procedimentos).

Os Grupos de 01 a 05 que referem-se a Atenção Básica, devem seguir as orientações já definidas no Manual da Atenção Básica, editadas pelas Portarias GM nº 3.295 de 13 de novembro 1998; GM nº

832 de 28 julho 1999 e GM nº12 de 07 de janeiro de 2000; GM nº 1158 de 08 de Agosto de 2001 e suas atualizações.

Os demais procedimentos, contemplados na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA-SUS, foram, em linhas gerais formatados, seguindo a mesma lógica de agrupamentos da tabela SIA. Alguns destes Grupos foram subdivididos para melhor explicitar o comportamento esperado dos procedimentos específicos em relação ao total do grupo. Estas subdivisões foram processadas em cálculos percentuais.

No processo de construção dos parâmetros de cobertura assistencial, alguns procedimentos foram calculados com base na população, enquanto outros se derivaram de um procedimento ou ato profissionais. Assim, os procedimentos relativos aos exames, diagnoses e terapias, por serem decorrentes de uma consulta médica, foram calculados com base na estimativa do total de consultas .

Os procedimentos de anestesia foram calculados sobre o somatório dos grupos especiais, onde há indicação dos mesmos; quais sejam: (crianças, idosos e deficientes).

Os parâmetros de cobertura para assistência hospitalar, no geral, foram calculados com base na expectativa esperada de internações por habitante/ano, nas quatro clínicas básicas, quais sejam: Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia contemplando, ainda, as internações decorrentes de Cuidados Prolongados, Psiquiatria, Tisiologia, Reabilitação.

## 2. PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL

### 2.1. PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DAS CONSULTAS MÉDICAS E ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS SOBRE A POPULAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA AÇÕES	PARÂMETROS	GRUPOS/TAB/SIA/SUS
Consultas Médicas (Total )	2 a 3 por hab./ano	Parte dos Grupos - 2 e 7
Atendimentos Odontológicos	0,5 a 2 por hab./ano	Grupos – 3 e 10

FÓRMULA PARA O CÁLCULO:

$$T. A . = População \times Parâmetro \ de \ Atendimento$$

Legenda:

T.A: Total da Ação ( pode ser consulta médica e/ou atendimento Odontológico)

Nota 1 :O total de consultas médicas, divide-se em:

Consultas Básicas de Urgência P 12% do total de consultas programadas

Consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma P 3% do total de consultas programadas

Consultas Médica Básicas P 63% do total de consultas programadas (arredondado).

Consultas Médicas Especializadas P 22% do total de consultas programadas (arredondado).

Exemplo para cálculo:

População Total x 2 consultas/hab./ano = X (X é, portanto, o total de consultas médicas previstas), sendo:

12% de X = consultas básicas de urgência;

3% de X = consultas pré-hospitalar e trauma;

63% de X = consultas básicas (Clínica Médica + Ginecologia + Obstetrícias + Pediatria);

22% de X = consultas especializadas.

## 2.2. PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL RECOMENDADOS, CONFORME UNIDADE DE MEDIDA E POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA-SUS.

GRUPO DE PROCEDIMENTOS, POR ORDEM DE APRESENTAÇÃO NA TABELA SIA-SUS	Varição de Cobertura entre Regiões do país (projeção 2000)	Parâmetros Recomendados	Unidade de medida
a) Procedimentos de Atenção Básica			
01 – Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível médio	2,28 a 6,43	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
02 - Ações Médicas Básicas	1,06 a 1,67	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
03 - Ações Básicas Em Odontologia	0,4 a 1,6	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano
04 - Ações Executadas por outros Profissionais de Nível Superior	0,11 a 0,45	De acordo com Pacto da Atenção Básica	Proced./Hab/ano

05 - Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	Conforme pactuação entre Gestores.		
b) Procedimentos Especializados			
07 - Procedimentos Especializados  Profissionais Médicos,  Outros Nível.Superior e médio	0,54 a 0,84	0,6 a 1,0	Proced./Hab/ano
07.1. Consulta Médica de Urgência (pré hospitalar e trauma)		0,06 a 0,09	% total do grupo 7
07.2. Consultas Médicas Especializadas		0,44 a 0,66	% total do grupo 7
07.3 Demais procedimentos desse grupo		0,10 a 0,25	% total do grupo 7
08 - .Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	0,03 a 0,06	0,05	Proced./Hab/ano
09 - Procedimentos Traumatológico-Ortopédicos	0,03 a 0,07	0,1	Proced./Hab/ano
09.1.Consulta Ortopédica c/ Procedimento provisório.		0,07	% total do grupo 9
09.2.Tratamento e/ou troca gesso		0,03	% total do grupo 9
10 - Ações Especializadas Em Odontologia	0,01 a 0,04	0,04 a 0,06	Proced./Hab/ano
11 - Patologia Clínica	51,68 a 75,99	30 a 50	% total de Consultas
11.1. Exames Básicos: Bioquímica.Hemato. I a VI , microbiologia .		80,26	%total do grupo 11
11.2. Exames Diferenciados: Hormônios I a VIII, Imunologia I,II,III		10,53	%total do grupo 11
11.3. Exames Especiais de Imuno. IV a XII, diagnóstico em Genética, Patologia Clínica Ocupacional I, II, III, IV, líquido Amniótico, sinovial / derrame, líquido I e II, suco gástrico, urina I,II,III		7,12	%total do grupo 11
11.4. Medicina nuclear in vitro I, II, III		2,09	%total do grupo 11

12 - Anatomopatologia e Citopatologia	1,38 as 2,52	2,36	%total de consultas
13 - Radiodiagnóstico	5,49 a 8,91	5 a 8	%total de consultas
13.1. RX simples e Contrastado		94,75	%total do grupo 13
13.2. Outros exames de radiodiagnóstico I e II		4,63	%total do grupo 13
13.3. Proc. Esp. Radiol. I, II, III, IV, V		0,32	%total do grupo 13
13.4. Angiografias		0,24	%total do grupo 13
13.5. Neuroradiologia		0,06	%total do grupo 13
14 - Exames Ultra- Sonográficos	0,80 a 2,47	1,0 a 1,50	%total de Consultas
14.1. Ecografia I, II, III, IV, VII, VIII e IX		76,71	%total do grupo 14
14.2. Ecocardiografia V e VI		23,29	%total do grupo 14
17 - Diagnose	1,61 a 4,69	5 a 6	%total de Consultas
17.1. Alergologia		0,67	%total do grupo 17
17.2. Angiologia		0,35	%total do grupo 17
17.3. Cardiologia		37,97	%total do grupo 17
17.4. Ginecologia/obstetrícia		18,75	%total do grupo 17
17.5. Neurologia		5,36	%total do grupo 17
17.6. Oftalmologia		24,83	%total do grupo 17
17.7 Otorrinolaringologia		4,08	%total do grupo 17
17.8 Pneumologia		1,84	%total do grupo 17
17.9 Urologia		0,87	%total do grupo 17
17.10. Gastroenterologia		4,27	%total do grupo 17
17.11. Fisiatria		1,01	% total do grupo 17
18 - Fisioterapia (por sessão)	4,52 a 10,94	8 a 9	%total de Consultas
19 – Terapias Especializadas (por terapia)	0,53 a 1,21	2 a 3	%total de Consultas
19.1. Alergologia		2,16	%total do grupo 19
19.2. Angiologia		2,69	%total do grupo 19
19.3. Cardiologia		0,32	%total do grupo 19

19.4. Dermatologia		4,08	%total do grupo 19
19.5. Ginecologia / Obstetrícia		5,76	%total do grupo 19
19.6. Oftalmologia		4,48	%total do grupo 19
19.7. Otorrinolaringologia		2,18	%total do grupo 19
19.8. Pneumologia		29,00	%total do grupo 19
19.9. Urologia		8,28	%total do grupo 19
19.10. Endoscopia		2,64	%total do grupo 19
Atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial		36% (no total) distribuído de acordo com modelo assistencial implantado	%total do grupo 19
Atendimento Oficina Terapêutica			
Atendimento Núcleo / Centro Reabilitação			
Demais Procedimentos desse grupo		2,41	%total do grupo 19
21 - Próteses e Órteses	0,20 a 0,74	0,5	%total de Consultas
22 - Anestesia	0,0003 a 1,16	1,0	%dos grupos 3+8+10
c) Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade			
26 - Hemodinâmica	0,01 a 0,03	0,03	%total de Consultas
27 - Terapia Renal Substitutiva (diálise)	0,65 a 2,09	Ver item 2.7.3 e informações complementares (item F).	%total de Consultas
28 - Radioterapia (por Especificação)	1,07 a 1,37	Ver item 2.7.1 e informações complementares (item D)	%total de Consultas
29 - Quimioterapia	0,07 a 0,27	Ver informações complementares (item D)	%total de Consultas
30 - Busca de Órgãos para transplante		Conforme programa específico de Transplantes	%total de Consultas
31 - Ressonância Magnética	0,01 a 0,02	0,04	%total de Consultas
32 - Medicina Nuclear-In Vivo	0,03 a 0,12	0,14	%total de Consultas
33 - Radiologia Intervencionista	0,0003 a 0,01	0,01	%total de Consultas
35 - Tomografia Computadorizada	0,16 a 0,25	0,20	%total de Consultas
36 - Medicamentos Excepcionais	2,63 a 9,73	Ainda não apurado	%total de Consultas

37 - Hemoterapia	3,63 a 7,58	4,0	%total de Consultas
38 - Acompanhamento de pacientes		Ainda não apurado	

2.3. DETALHAMENTO DA COBERTURA DAS CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS, CONTIDAS NO GRUPO 2 E 7 DA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SIA/SUS.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	15,0% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-26,88%
CLÍNICAS BÁSICAS	62,7% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-53,07%
Clínica Médica (inclui PSF)	Distribuição do percentual por especialidade, de acordo com o Pacto da Atenção Básica
Ginecologia (inclui Mastologia)	
Obstetrícia	
Pediatria	
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	22,3% do total de consultas médicas programadas: Média Brasil-20,05%
Alergologia	0,2% ( inclui Imunologia) do total de consultas
Cardiologia	2,0% do total de consultas
Cirurgia Geral	2,3% do total de consultas
Dermatologia	1,1% (inclui hansenologia) do total de consultas
Doenças Vasculares Periféricas (Angiologia)	0,2% do total de consultas
Endocrinologia	0,4% ( inclui Metabologia) do total de consultas
Gastroenterologia	0,7% do total de consultas
Hematologia	0,1% do total de consultas
Medicina Física*	1,2% do total de consultas
Nefrologia	0,1% do total de consultas
Neurocirurgia	0,1% do total de consultas
Neurologia	1,2% do total de consultas
Oftalmologia	2,8% do total de consultas
Oncologia	0,3% do total de consultas
Otorrinolaringologia	1,5% do total de consultas
Proctologia	0,2% do total de consultas
Psiquiatria	2,2% do total de consultas
Reumatologia	0,4% do total de consultas
Tisiopneumologia	1,0% ( inclui Broncoesofagologia) do total de consultas
Traumatologia – ortopedia	2,9% ( não inclui consulta de urgência), do total de consultas

Urologia	0,9% do total de consultas
*Outros	0,5% do total de consultas

Observações:

\* Estão incluídos neste item as consultas de Fisiatria , Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

\*\*Estão incluídas neste item as consultas de: medicina nuclear, homeopatia, geriatria, acupuntura, infectologia, e genética clínica.

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DA NECESSIDADE DE CONSULTAS NO ANO.

Fórmula Geral :

$$\text{Consultas por tipo} = \frac{\text{NTC} \times \text{Parâmetro Recomendado}}{100}$$

Legenda: NTC = Número Total de Consultas

Exemplos:

$$\begin{aligned} 1. \text{ N}^\circ \text{ Total de Consultas de Urgência/Emergência - NTCUE} &= \frac{\text{NTC} \times 15}{100} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 2. \text{ N}^\circ \text{ Total de Consultas Básicas - NTCB} &= \frac{\text{NTC} \times 62,7}{100} \end{aligned}$$

$$3. \text{ N}^\circ \text{ Total de Consultas Especializadas (NTCE) : NTCE} = \frac{\text{NTC} \times 22,3}{100}$$

$$3.1. \text{ N}^\circ \text{ Total de Consultas Psiquiátricas (NTCP): NTCP} = \frac{\text{NTCE} \times 2,2}{100}$$

2.4. OUTROS PROCEDIMENTOS PARA DIAGNOSE E TERAPIA SOBRE CONSULTAS ESPECIALIZADAS:

1.CARDIOLOGIA (consultas)	2,1% do total de consultas
1.1.Ergometria	19% do total de consultas cardiológicas (já incluídas as necessidades de Pneumologia).
1.2. Holter	0,5% do total de consultas cardiológicas
1.3.ECG	60% do total de consultas cardiológicas
1.4. Ecocardiograma	13% do total de consultas cardiológicas
2. NEUROLOGIA (consultas)	1,2% do total de consultas
2.1. EEG	33% do total de consultas neurológicas
2.2.ELETROMIOGRAFIA	1,08% do total de consultas neurológicas (já incluídas as necessidades de outras especialidades).

2.5. NÚMERO DE EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA E RADIODIAGNÓSTICO, POR ESPECIALIDADE MÉDICA, PARA CADA 100 CONSULTAS.

Especialidade	Patologia Clínica	Radiodiagnóstico
Urgência/ Emergência (Geral)	25	5
Clínicas Básicas		
Clínica Médica	65	15
Ginecologia	25	5
Obstetrícia	200	2

Pediatria	30	2
Clínicas Especializadas		
Alergologia	2	1
Cardiologia	60	15
Clínica Cirúrgica	35	8
Dermatologia	20	1
Doenças Vasculares Periféricas	30	5
Endocrinologia	50	2
Gastroenterologia	30	12
Hematologia	150	4
Medicina Física *	10	20
Nefrologia	50	9
Neurocirurgia	25	10
Neurologia	15	8
Oftalmologia	15	1
Oncologia	70	15
Otorrinolaringologia	20	3
Proctologia	35	8
Psiquiatria	5	1
Reumatologia	40	15
Tisiopneumologia	25	20
Traumato – Ortopedia	12	30
Urologia	50	15
Outras	20	5

Observação: \* Nas especialidades de Medicina Física, incluindo Fisiatria, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, as solicitações de exames, geralmente são feitas por outros especialistas.

Nota 1: O quantitativo de exames registrados nesta tabela, é orientador, podendo variar, de acordo com peculiaridades locais.

Nota 2: A Patologia Clínica refere-se somente ao Grupo 11 da Tabela de Procedimentos do SIA-SUS e o Radiodiagnóstico, ao Grupo 12 da mesma Tabela.

## 2.6. FÓRMULAS BÁSICAS PARA AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

a) Para o cálculo do % de execução da Meta Programada:

$$E = \frac{\text{Total de Procedimentos Realizados}}{\text{Meta Programada}} \times 100$$

Onde: E = % de Execução

Total de Procedimentos  
Programados

b) Para o cálculo do % de participação, Por Prestador, no total de atendimentos ambulatoriais do município, região, estado, etc.

$$PP = \frac{\text{Total de Procedimentos Realizados por Prestador}}{\text{Total de Procedimentos Realizados no Município}} \times 100$$

Onde: PP = % de Participação por Prestador

Nota 1: No denominador, o município é a variável; portanto pode ser substituído por Região, Estado etc.

c) Para cálculo da Taxa de Cobertura Ambulatorial – ( TxCA ):

$$TCA = \frac{\text{Total da População Atendida, em determinada atividade, período e área}}{\text{Total da População Alvo no mesmo período e área}} \times 100$$

Onde: TxCA=

Taxa de Cobertura Ambulatorial

d) Para Cálculo da Taxa de Exames por Consultas Médicas: (TxECM):

$$TxECM = \frac{\text{Total de Exames realizados, em determinada atividade, período e área}}{\text{Total de Consultas no mesmo período e área}} \times 100$$

Onde:TxECM=

Taxa de Exames por Consulta Médica

e) Para Cálculo da Taxa Específica de Utilização da Capacidade Operacional (TxeUCO):

$TxeUCO = \frac{\text{Total de Procedimentos Realizados, em determinada atividade, período e área}}{\text{Total da Procedimentos passíveis de serem realizados em determinada atividade, período e área}} \times 100$

Total da Procedimentos passíveis de serem realizados em determinada atividade, período e área

Onde: TxeUCO =

Taxa Específica de Utilização da Capacidade Operacional

f) Para Cálculo da Taxa de Exames Específicos por tipo de Consulta Médica (TxEeCM):

$TxEeCM = \frac{\text{Total de Exames Realizados, por tipo de Exame}}{\text{Total de Consultas Médicas Realizadas, por tipo}}$

Total de Consultas Médicas Realizadas, por tipo

Onde: TxEeCM =

Taxa de Exames Específicos por tipo de Consulta Médica

## 2.7. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA NECESSIDADE, DA PRODUTIVIDADE OU DA COBERTURA DE ALGUNS EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSE E TERAPIA.

Para conhecer a capacidade física instalada dos equipamentos utilizados para exames e terapias, é importante estimar a capacidade dos equipamentos, considerando seu horário de funcionamento diário e nº de dias /mês disponíveis para uso.

Esta informação deverá ser buscada também nos Manuais Específicos dos mesmos.

Elegeu-se aqui, alguns equipamentos de uso no Sistema de Saúde, cujos procedimentos são cobertos pelo SUS.

São eles:

### 2.7.1. ACELERADOR LINEAR OU UNIDADE DE COBALTO (Radioterapia):

- São equipamentos de megavoltagem, (mais de um milhão de eletrovolts), utilizados para tratamento de pacientes oncológicos, normalmente, com capacidade para atendimento de 6 pacientes/hora (10 minutos por paciente).

- Os serviços de radioterapia se subdividem em:

- pequeno porte: aqueles capazes de absorver de 300 a 500 novos pacientes ano.
- médio porte: aqueles capazes de absorver de 501 a 1000 novos pacientes ano.
- grande porte: aqueles capazes de absorver 1001 ou mais novos pacientes ano.
- Para a instalação de um serviço de pequeno porte, prevê-se a abrangência de uma população de 500 mil a 715 mil habitantes.

Nota 1: Ver Portaria GM/MS nº 3.535, de 02/09/98.

#### 2.7.2. MAMÓGRAFO:

- 1/240 mil habitantes.

#### 2.7.3. MÁQUINA PARA DIÁLISE:

- 1/15.000 habitantes (máquina de proporção, em três turnos).
- 1/30.000 habitantes (outras máquinas, até dois pontos, em três turnos).
- 1/1 paciente (cicladoras / uso domiciliar).

Em cada "ponto de diálise", podem ser atendidos até 6 pacientes por semana, com utilização máxima do equipamento.

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado
1º Turno	A	B	A	B	A	B
2º Turno	C	D	C	D	C	D
3º Turno	E	F	E	F	E	F

Fonte: MS/SAS/DECAS/CGSIAH/2000.

Nota 1: A, B, C, D, E, F correspondem à simulação da escala de pacientes;

Nota 2: 1º, 2º e 3º Turnos correspondem ao período de funcionamento = manhã, tarde e noite respectivamente;

Nota 3: As máquinas recomendadas para TRS devem ser as de proporção e que possuem somente um "ponto";

#### 2.7.4. ÓSTEO-DENSÍMETRO:

- 1/140 mil habitantes.

Nota 1. Ver Portaria GM/MS 1.327, de 11/11/99.

#### 2.7.5. TOMÓGRAFO POR RAIOS X COMPUTADORIZADO:

- 1/100 mil habitantes.
- 1/1.500 leitos de internação em hospital de atenção terciária

#### 2.7.6. TOMÓGRAFO POR RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA:

- 1/500 mil habitantes.
- 1/1.500 leitos de internação em hospital de atenção terciária.

#### 2.7.7. APARELHO DE ULTRASSONOGRAFIA, RADIOLOGIA SIMPLES (sem contraste) E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA:

- 1/25.000 habitantes

### 3. PARÂMETROS DE COBERTURA HOSPITALAR

#### 3.1. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No geral, estima-se que de 7 a 9% da população terá necessidade de internações hospitalares durante o ano, em determinada região. Sendo assim, a fórmula para cálculo das internações hospitalares esperadas numa determinada região e ano, é a seguinte:

$$\text{NIHE} = \frac{\text{Total da População} \times \text{Parâmetro Recomendado de Internações/ano}}{\text{Total da População}}$$

Legenda:

NIHE = Número de Internações Hospitalares Esperadas.

### 3.2. FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES, POR ESPECIALIDADE, PARA DETERMINADA POPULAÇÃO NO ANO.

INTERNAÇÕES POR ESPECIALIDADE	FÓRMULA
Cirúrgica	(Pop.x 0,08) x 20%
Clinica Médica	(Pop.x 0,08) x 33%
Cuidados Prolongados (crônicos)	(Pop.x 0,08) x 0,80%
Obstétrica	(Pop.x 0,08) x 20,25%
Pediátrica	(Pop.x 0,08) x 15%
Psiquiátrica	(Pop.x 0,08) x 3,50%
Reabilitação	(Pop.x 0,08) x 1,08%
Tisiologia	(Pop.x 0,08) x 0,13%
Fator de Ajuste *	(pop.x 0,08) x 6,24%
TOTAL	100%
Psiquiatria Hospital Dia	(Pop.x 0,08) x 0,50%

FONTE: MS/SAS/DECAS/CGCA/2000

Observação: \* Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada, em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.

Nota 1. Para municípios, regiões e estados que, em decorrência da influência de fatores estruturais e/ou epidemiológicos, apresentam percentuais de cobertura hospitalar diferentes do utilizado na fórmula acima (8%), deve-se substituir, na fórmula, o coeficiente ali escolhido pelo real apurado (0,08 por 0,07 ou 0,09 etc).

Nota 3: A média/Brasil, em 1999, de AIH pagas sobre a população, foi de 7,58%.

#### COMPARAÇÃO DO PARÂMETRO EXEMPLIFICADO COM A VARIAÇÃO ENTRE AS REGIÕES

INTERNAÇÃO POR ESPECIALIDADE	Variação entre as Regiões	Parâmetro Exemplificado	Unidade de Medida
Cirúrgica	1,39 a 3,4	1,60	% int/pop./ano
Clínica Médica	1,73 a 3,59	2,64	% int/pop./ano
Cuidados Prolongados (Crônico)	0 a 0,06	0,06	% int/pop./ano
Obstétrica	1,18 a 2,01	1,62	% int /pop./ano
Pediátrica	0,7 a 1,53	1,20	% int/pop./ano
Psiquiátrica	0,17 a 0,29	0,28	% int/pop./ano
Reabilitação	0 a 0,02	0,09	% int/pop./ano
Tisiologia	0,003 a 0,03	0,01	% int/pop./ano
Fator de Ajuste*	-----	0,50	% int/pop./ano
TOTAL	5,1 a 10,93	8,00	% int/pop./ano
Psiquiatria Hospital Dia	0,005 a 0,07	0,04	% int/pop./ano

Observação: \* Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.

Nota 1: O parâmetro do quadro acima mudará conforme o coeficiente de internações determinado pelo gestor na fórmula explicitada no item 3.2.

#### 3.3.PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA TAXA DE TEMPO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR.

O tempo de média de permanência (TMP), é um dos indicadores, usado para definir o rendimento/produktividade/de leitos em cada especialidade.

#### PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA TAXA DE TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

ESPECIALIDADES	VARIAÇÃO ENTRE REGIÕES/1999/AIH 's PAGAS	PARÂMETRO	UNIDADE DE MEDIDA
Cirúrgica	3,9 a 5,6	4,8	Dias/ano por internação

Clínica Médica	4,8 a 6,1	5,2	Dias/ano por internação
Cuidados prolongados (Crônicos)	12,4 a 76,8	45,0	Dias/ano por internação
Obstétrica	2,0 a 3,5	Média 3,0	Dias/ano por internação
Parto normal e Cirúrgico			Dias/ano por internação
Pediátrica	4,6 a 6,0	6,0	Dias/ano por internação
Psiquiátrica	31,6 a 52,7	Média 28,0	Dias/ano por internação
Hospital Geral		5,5	Dias/ano por internação
Hospital Psiquiátrico		40,0	Dias/ano por internação
Reabilitação	24,6 a 31,7	28,0	Dias/ano por internação
Tisiologia	16,1 a 30,6	Média 21,40	Dias/ano por internação
TBC		7,0	Dias/ano por internação
TBC C/ Lesões extensas		25,0	Dias/ano por internação
Psiquiatria Hospital Dia	29,5 a 38,9	35,0	Dias/ano por internação

Fonte: MS/SAS/DECAS/CGSIAH/2000.

Nota 1. A média de permanência hospitalar/Brasil/SUS/99 é de 5,98 dias, sendo a maior média registrada a do Rio de Janeiro com 8,92 dias e a menor a do Estado de Rondônia com 3,64 dias.

Nota 2: A TMP, em algumas especialidades, no quadro acima, foi calculada por média ponderada.

### 3.4 NÚMERO DE INTERNAÇÕES/LEITO/ANO, POR ESPECIALIDADE VARIANDO POR TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR.

O Brasil apresentou, em 1999, uma média de 48% de ocupação/leito/ano para o SUS, contra 80 a 85% que seria a média desejável.

Todavia, os percentuais de produtividade hospitalar variam por Hospital, Município, Região e/ou Estado, influenciando, diretamente, na média de ocupação/leito/ano.

	Número de Internações/Leitos/Ano/ taxa ocupação Hospitalar(TOH)
--	---

ESPECIALIDADES	TOH = 48%	TOH = 80%
Cirúrgica	36,5	60,8
Clínica Médica	33,69	56,15
Cuidados Prolongados (Crônico)	3,89	6,48
Obstétrica	58,4	97,33
Pediátrica	29,20	48,66
Psiquiátrica	6,26	10,42
Reabilitação	6,26	10,42
Tisiologia	8,19	13,64
Psiquiatria Hospital Dia	5,01	8,34
Fator de Ajuste *	29,30	48,82

Observação: \* Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais. No exemplo acima, foi usado 5,98 como Tempo de Média de Permanência (TMP) (Média Brasil/ 1999). Quando este coeficiente for aplicado em alguma especialidade deverá ser usada a TMP da respectiva especialidade.

Nota 1. Estes cálculos determinam quantas internações, em média, cada especialidade pode gerar por leito, estabelecida uma relação direta com a média de permanência e taxa de ocupação hospitalar.

### 3.5. NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES

Em linhas gerais, estima-se a necessidade de leitos hospitalares da seguinte forma :

- a) Leitos Hospitalares Totais = 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes;
- b) Leitos de UTI: calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares; (média para municípios grandes, regiões, etc.).
- c) Leitos em Unidades de Recuperação (pós-cirúrgico): calcula-se, em média de 2 a 3 leitos por Sala Cirúrgica;
- d) Leitos para Pré Parto: calcula-se, no mínimo, 2 leitos por sala de Parto.

FÓRMULAS PARA CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS EM DETERMINADA REGIÃO, PARA DETERMINADA POPULAÇÃO

Para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares, deve-se levar em consideração o percentual de internações programadas pelo gestor sobre a população, a taxa de ocupação hospitalar e o tempo da média de permanência de cada especialidade.

$$CIL = \frac{365}{TMP} \times TOH$$

Legenda:

CIL = Capacidade de Internações por leito/ano

TMP = Tempo de Média de Permanência

TOH = Taxa de Ocupação Hospitalar (vide item 3.7.2.)

$$LN = \frac{NIP}{CIL}$$

Legenda:

LN = Leitos Necessários

NIP = Nº De Internações Programadas

CIL = Capacidade De Internações Por Leito

### 3.6. PARÂMETROS PARA CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES, POR CLÍNICA, PARA CADA 1.000 HABITANTES.

LEITOS POR ESPECIALIDADE	Variação entre as Regiões	PARÂMETROS RECOMENDADOS		Unidade de Medida
		% sobre Necessidade total de leitos	Número absoluto de leitos sobre total da população	
Cirúrgica	0,44 a 0,70	14,99	0,44	Leitos/1.000hab.
Clínica Médica	0,67 a 1,13	26,82	0,78	Leitos/1.000hab.
Cuidados Prolongados (Crônico)	0,02 a 0,18	5,62	0,16	Leitos/1.000hab.
Obstétrica	0,43 a 0,63	9,49	0,28	Leitos/1.000hab.
Pediátrica	0,45 a 0,62	14,06	0,41	Leitos/1.000hab.
Psiquiátrica	0,05 a 0,61	15,31	0,45	Leitos/1.000hab.
Reabilitação	0 a 0,01	4,72	0,14	Leitos/1.000hab.
Tisiologia	0,01 a 0,02	0,43	0,01	Leitos/1.000hab.
Psiquiatria Hospital Dia	0,01 a 0,02	2,73	0,08	Leitos /1.000hab.

Fator de Ajuste*	----- -----	5,83	0,17	Leitos /1.000hab.
TOTAL	2,07 a 3,38	100	2,92	Leitos/1.000hab.

Observação: \* Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.

Nota 1: Não é aconselhável contratar mais leitos psiquiátricos onde já exista capacidade de 0,45 ou mais leitos/1000 habitantes, para internação em psiquiatria.

Nota 2: Multiplicando-se o percentual de necessidade de leitos pelo número de leitos/1000 habitantes escolhido, tem-se o número real de leitos/1000 habitantes em cada especialidade (mantendo TOH = 48% e TMP do quadro 3.3).

### 3.7. ALGUMAS FÓRMULAS BÁSICAS PARA AVALIAÇÃO HOSPITALAR

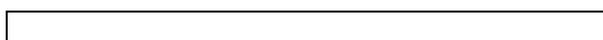
#### 3.7.1. TAXA DE PRODUTIVIDADE HOSPITALAR (TxPH):

$$\text{TxPH} = \frac{\text{Numero de Internações/ano} \times \text{Média de Permanência} \times \text{Número de Leitos existentes/ano}}{365 \text{ dias ao ano}} \times 100$$

Legenda:

TPH corresponde à Taxa de Produtividade Hospitalar

#### 3.7.2. TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (TxOH) :



$$\text{TxOH} = \frac{\text{NPD}}{\text{NLD}} \times 100$$

Legenda:

NPD = Nº de Pacientes Dia (num período)

NLD = Nº de Leitos Dia (mesmo período)

Nota 1. A Taxa de ocupação média Brasil, em 1999, foi de 48%, sendo 74% no Distrito Federal e 24% no Maranhão.

### 3.7.3. TAXA DE MÉDIA DE PERMANÊNCIA (TxMP)

$$\text{TxMP} = \frac{\text{TPD}}{\text{TPA}}$$

Legenda:

TPD = Total de Pacientes Dia ( em um Período)

TPA = Total de Pacientes com Alta (mesmo período)

Nota 1. O total de pacientes saídos corresponde ao somatório de altas + óbitos + transferências

Nota 2. A média de permanência hospitalar no Brasil /SUS, em 1999 foi de 5,98 dias, sendo 8,92 no Rio de Janeiro e 3,64 em Rondônia (1999).

### 3.7.4. TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR (TxMH)

$$\text{TxMH} = \frac{\text{NOP}}{\text{NAP}} \times 100$$

Legenda:

NOP = Numero de óbitos no período

NAP = Numero de altas no período

Nota 1. A mortalidade hospitalar no Brasil, apresenta uma média de 2,63% sendo 4,05% RJ e 0,88% no MA (1999)

#### 3.7.4.1- TAXA MORTALIDADE OPERATÓRIA (TxMO) (até 2%)

$$\text{TxMO} = \frac{\text{NOAC}}{\text{TAC}} \times 100$$

Legenda:

NOAC = Número de Óbitos ocorridos durante o Ato cirúrgico no período

TAC = Total de Atos Cirúrgicos no mesmo período

#### 3.7.4.2 - TAXA DE MORTALIDADE PÓS-OPERATÓRIA (TxMPO) (até 1%)

$$\text{TxMPO} = \frac{\text{NOPO}}{\text{NAC}} \times 100$$

Legenda:

NOPO = Número de Óbitos ocorridos no Pós Operatório no período

NAC = Número de Atos Cirúrgicos no mesmo período

#### 3.7.4.3 - TAXA DE MORTALIDADE MATERNA HOSPITALAR (TxMMH):

$$\text{TxMMH} = \frac{\text{NOO}}{\text{NPO}} \times 100$$

Legenda:

NOO = Número de Óbitos em Obstetrícia no período

NPO = Número de Pacientes Obstétricos com alta no mesmo período

#### 3.7.4.4 - TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL HOSPITALAR (TxMNeH)

$$\text{TMNeH} = \frac{\text{NORN}}{\text{NNV}} \times 100$$

Legenda:

NORN = Número de Óbitos de Recém Nato com até 28 dias no período.

NNV = Número de Nascidos Vivos no mesmo período

3.7.5. TAXA DE PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR- TxPIH ( % depende do tipo e complexidade hospitalar)

$$\text{TxPIH} = \frac{\text{NIO}}{\text{NIO}} \times 100$$

NAP

Legenda:

NIO = Número de Infecções Ocorridas no período

NAP = Número de Altas<sup>1</sup> no mesmo Período

<sup>1</sup> : Alta =  $\Sigma$  de cura ou melhorado + transferidos + óbito

3.7.6. TAXA DE COMPLICAÇÃO HOSPITALAR: ( TxCo) (até 3% a 4%)

$$\text{TxCH} = \frac{\text{NPC}}{\text{NAP}} \times 100$$

Legenda:

NPC = Número de Pacientes com Complicações no Período

NAP = Número de Altas<sup>1</sup> no mesmo Período

<sup>1</sup> : Alta =  $\Sigma$  de cura ou melhorado + transferidos + óbito

3.7.7. TAXA DE INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS (TxIO) (até 7%)

$$\text{TxIO} = \frac{\text{NIO}}{\text{NAP}} \times 100$$

NTP

Legenda:

NIO = Número de Intercorrências Obstétricas no Período

NTP = Número Total de Partos no mesmo Período

3.7.8 - TAXA DE CESARIANAS ( TxCe) (até 15% por Estado )

$TxCe = \frac{NPC}{NTP} \times 100$

NTP

Legenda:

NPC = Número de Partos Cirúrgicos do período

NTP = Número Total de Partos no mesmo Período

Nota 1. A média no Brasil de cesáreas, em 1999, foi de 24,9% , sendo de 30,1% no Mato Grosso do Sul e de 11,3% no Amapá .

Nota 2. Ver Portaria MS/466 de 14 de junho/2000

#### 4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

#### CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES E ESPECÍFICAS SOBRE ALGUMAS ESPECIALIDADES:

A) HEMATOLOGIA (Hemoterapia + Terapia em Hematologia), considerar:

· A OMS – (Organização Mundial da Saúde) recomenda que se substitua o doador de reposição (parente ou conhecido de quem está em cirurgia), por doador voluntário e habitual; e que se tenha, como meta, o alcance de 3 a 5% da população, como perspectiva para diminuir alguns índices abaixo:

- Na triagem clínica, tem-se como média Brasil que 20% dos doadores são excluídos;

A quantidade de bolsas de sangue coletadas, deve ser igual ao número que vai para sorologia;

- Após a triagem de sorologia, são rejeitados de 9,24% a 16,10% do sangue dos doadores (média Brasil, em 1999 = 11,08%);

- Após cumpridas todas as etapas de coleta e preparo, quando o sangue já está armazenado e pronto para ser usado, os serviços, em média, descartam de 20 a 40% (sangue vencido, lipemia, hemólise, icterícia do plasma, etc) do material coletado.

A expectativa é de total aproveitamento dos concentrados de hemácias (CH) e que o descarte não ultrapasse 5% das bolsas coletadas.

- O uso terapêutico do plasma, normalmente, não excede a 20% do produzido.

Recomenda-se que o plasma excedente; ou seja os 80%, em média, sejam encaminhados à produção de hemoderivados em laboratórios especializados.

Para o cálculo de quantidades específicas, de acordo com o tipo de unidade, sugere-se seguir as orientações abaixo:

**NÚMERO DE BOLSAS DE SANGUE NECESSÁRIAS PARA TERAPIA TRANSFUSIONAL EM UNIDADES HOSPITALARES, POR TIPO DE UNIDADE, NO ANO.**

<i>TIPO DE UNIDADE HOSPITALAR</i>	TOTAL DE BOLSAS/LEITO/ANO
Hospital sem UTI e sem Pronto Socorro	3 a 5
Hospital com UTI ou Pronto Socorro	6 a 9
Hospital com UTI e com Pronto Socorro	10 a 15
Hospital com UTI/ Pronto Socorro e Alta Complexidade	16 a 20
Hospital de Referência estadual com Urgência e Emergência/Cirurgia cardíaca	21 a 50
Hospital com leitos de hematologia (hemofilia/hemoglobinopatias/oncologia hematológica)	100

Fonte: MS/PPI estaduais –GGCA - ANVISA

Nota 1 Os hospitais que ultrapassarem os limites estabelecidos na tabela, deverão ser avaliados.

## B) ODONTOLOGIA:

As metas da OMS para 2000, em países em desenvolvimento, foram:

- No máximo 3 dentes cariados, perdidos ou obturados, por criança de até 12 anos de idade;
- 50% das crianças entre 5 e 6 anos, devem estar livres de cáries;
- 85% dos indivíduos com 18 anos devem apresentar todos os dentes;
- 50% de redução do edentulismo (ausência de dentes), na população entre 35 e 44 anos;
- Redução de 25% no nível de edentulismo na população com 65 anos ou mais.

## C) OFTALMOLOGIA:

· Para cirurgias oftalmológicas, calcular 0,57% do total de consultas (não só as oftalmológicas), e deste total, espera-se:

- a) Cirurgias de Catarata: 65%;
- b) Outras cirurgias oftalmológicas: 35%

Para cada cirurgia deve-se calcular, em média, 4 consultas (pré e pós operatório).

Quando instituída a avaliação oftalmológica em escolares, deve-se considerar que, aproximadamente 8% dos consultados, necessitarão de óculos e 5% apresentarão outros problemas oftalmológicos. Estes percentuais podem variar de acordo com as regiões do país.

## D) ONCOLOGIA:

De acordo com o INCA – Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, estima-se que o câncer acomete de 0,13% a 0,24% da população, anualmente.

Deste total, estima-se que 18% dos casos de Câncer no Brasil, são de pele, não melanótico, de fácil diagnóstico e de baixo custo de tratamento.

- Quimioterapia (QT) e Hormônioterapia (HT):

A estimativa é de que 70% dos doentes de Câncer serão tratados com quimioterapia, em algum momento da evolução da sua doença.

A média/Brasil é de 6 meses de tratamento/paciente; sendo no mínimo 03 e no máximo 30 meses para QT.

Exemplo:

Na prevalência de 0,24% para uma população de 100.000 habitantes:

- Incidência de 240 casos por ano;
- Equivalência de 20 casos (pacientes)/mês;
- 14 casos de quimioterapia/mês (70%)

Para avaliar a relação de procedimentos de QT entre criança e adolescente/adulto, considerando-se 100% dos casos de Câncer totalmente atendidos, utiliza-se como parâmetro a proporção 1/16; ou seja, uma criança ou adolescente para 16 adultos (terminologia utilizada na Tabela de Procedimentos Quimioterápicos do SUS) .

As finalidades nos tratamentos oncológicos podem ser: curativa, paliativa, adjuvante ou prévia (neoadjuvante).

Hormonioterapia (exemplos de tratamento):

- Adjuvantes-(Carcinoma de mama) tratamento de 03 a 60 meses (a maioria dos pacientes com tratamento de 2 anos);
- Paliativa – (Carcinoma de mama, endométrio e próstata) de 03 a 120 meses.(a maioria dos pacientes com tratamento de 4 anos).

No carcinoma de mama podem ser usadas até duas finalidades (adjuvante e paliativa), não concomitantes.

No carcinoma de próstata e endométrio com somente a finalidade paliativa.

Na quimioterapia e hormônioterapia adjuvantes há somente uma linha (tipo de esquema terapêutico) de tratamento, enquanto nas paliativas podem ocorrer até 3 linhas terapêuticas.

- Radioterapia:

Estima-se que 60% dos doentes de Câncer serão tratados com Radioterapia em algum momento da evolução da sua doença.

No tratamento com irradiação, o quantitativo mais comum é 54 campos/paciente em 23 dias, o que corresponde à média de 2,3 campos/paciente/dia.

Um paciente pode ser irradiado em até 3 áreas concomitantes.

- Consultas oncológicas:

Referem-se ao número de consultas que qualificam o atendimento, após instituído o tratamento oncológico.

Paciente em tratamento:

- 1 consulta ao mês/quimioterapia
- 1 consulta semana/radioterapia

Paciente pós-tratamento:

- até 6 meses - 1 consulta mensal
- do 7º ao 18º mês -1 consulta trimestral
- do 19º ao 36º mês -1 consulta semestral
- Após o 36º mês -1 consulta anual.

Nota1: Ver Portaria GM/MS nº 3535 de 02/09/98 e DATASUS, [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) Bases Técnicas para autorização de procedimentos em alta complexidade/APAC Oncologia e SAS w3.saude.gov.br/mweb/homesas.htm -SUS Onco (informe mensal)

#### E) PATOLOGIA E RADIODIAGNÓSTICO:

Os municípios que não estão desenvolvendo, rotineiramente, ações de controle dos Diabetes, Hipertensão, Pré-natal, etc, deverão programar percentuais de exames inferiores ao mínimo recomendado.

Os percentuais recomendados em Patologia Clínicos de 30% a 50% devem ser empregados pelos gestores que disponibilizam para a população, todos ou quase todos os tipos de exames laboratoriais (grupo 11) e de 5% a 8% para radiodiagnóstico (grupo 13) da tabela do SIA-SUS.

Para o cálculo do número de exames de Densitometria óssea necessário, considerar que no acompanhamento dos casos de osteoporose, recomenda-se um exame anual por paciente.

#### F) TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (Diálise):

De acordo com estudos sobre os dados da OMS e especialistas da área, estima-se que 40 pacientes/100.000 habitantes/ano, necessitarão desta terapia. Este parâmetro aplica-se a países em desenvolvimento e relaciona-se diretamente com a expectativa de vida ao nascer de países ou regiões. Após atendida toda a demanda, estima-se o acréscimo anual, em 10% sobre o número de pacientes dializados (considerados óbitos e pacientes novos).

A PT GM/MS/Nº 82 de 03/01/2000, que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes, junto ao SUS, considera o ingresso do paciente no tratamento dialítico, por indicação médica, mediante avaliação clínica e quando o seu exame laboratorial detectar o valor igual ou inferior a 10ml/min para depuração do "clearance" da creatinina.

Os pacientes que apresentarem, no exame, valores maiores, poderão entrar em tratamento com justificativa médica especial, encaminhada ao Gestor do SUS.

O SUS, em 1999 pagou 96% das Diálises em pacientes/Brasil contra 4% financiados por outras fontes.

Dos pacientes em tratamento dialítico no Brasil, em 1999, a distribuição por procedimento, apresentou os seguintes percentuais: Hemodiálise: 90%; CAPD: 7%; DPA: 2% e DPI: 1%.

#### G) RAZÃO DE ALGUNS RECURSOS HUMANOS POR HABITANTE

- Médico por habitante. 1/1000 hab.
- Médico generalista por habitante - 0,8/1000 hab.
- Médico especialista por habitante - 0,2/1000 hab.
  
- Odontólogo por habitante. - 1/1.500 a 5.000 hab.
- Enfermeiro - vide nota nº 2
- Equipe do Programa de Saúde da Família - 1/750 a 1000 famílias

· Equipe do Programa de Agentes Comunitários - 1/150 a 250 famílias

Nota 1: Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS) : Ver Portaria GM 1.886, de 18/12/97 e subseqüentes ou consultar site [www.saude.gov.br/sps/](http://www.saude.gov.br/sps/).

Nota 2: Para dimensionamento da necessidade de profissionais da área de enfermagem, a Resolução COFEN nº 189/96, dispõe que deverá ser consideradas, entre outras, as características relativas à instituição/empresa; à missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas .

#### G.1) CAPACIDADE DE PRODUÇÃO, EM CONSULTAS, DE ALGUNS RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DE SAÚDE:

Recursos Humanos	Carga Horária Semanal	Atendimentos
Assistente Social	30 horas	03 consultas/hora
Enfermeiro	30 horas	03 consultas/hora
Fisioterapeuta	30 horas	4,4 atendimentos/hora
Médico	20 horas	04 consultas/hora
Nutricionista	30 horas	03 consultas/hora
Odontólogo	20 horas	03 consultas/hora
Psicólogo	30 horas	03 consultas/hora
Psiquiatra	20 horas	03/consultas/hora

Nota 1.: Os dados acima, podem sofrer variações de acordo com convenções sindicais, dissídios coletivos das respectivas categorias profissionais e/ou adoção de políticas de saúde específicas, pelo gestor.

#### H) AGRUPAMENTOS DEMOGRÁFICOS PARA PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL:

Para programação de ações e serviços de saúde sobre a população, sugere-se elaborar alguns agrupamentos demográficos, variáveis por faixas etárias específicas, raça, sexo, local de residência, etc.

Para programação de Consultas Médicas, por exemplo, poder-se-á utilizar o seguinte agrupamento:

População Menor de 1 ano Þ aproximadamente 3% da população geral;

População de 1 a 4 anos Þ aproximadamente 7% da população geral;

População de 5 a 14 anos Þ aproximadamente 20% da população geral;

População de 15 a 44 anos P aproximadamente 50% da população geral;

População de 45 a 59 anos P aproximadamente 12% da população geral;

Maiores de 60 anos P aproximadamente 8% da população geral;

Nota 1: Os percentuais acima podem sofrer variações decorrentes de fatores tais como: redução da taxa de natalidade; agravos específicos por grupos populacionais, fatores epidemiológicos, etc; portanto, sugere-se avaliar as especificidades locais.

#### I) SISTEMA DE ATENÇÃO MÉDICA SUPLETIVA :

Segundo Eugênio Vilaça Mendes<sup>1</sup>, pode se considerar, que em média, 28% da população, principalmente urbana utiliza o Sistema de Atenção Médica Supletiva – SAMS<sup>1</sup> (Cooperativas, Planos ou Seguro de Saúde); destes, mais de 70% são patrocinados por empresas (total ou parcialmente) e menos de 30%, por opção .

Outro estudo mostra, que em média, os Planos de Saúde têm 1.4 dependentes por plano.

Considerando a abrangência dos contratos, outro estudo mostra que 91,7% dos SAMS<sup>1</sup> (exceto Planos Odontológicos) incluem: consulta, exames complementares e internações hospitalares.

Outro fator quase nunca considerado, é o Sistema de Desembolso Direto -SDD<sup>1</sup> (medicina liberal) que pelo IBGE/PNAD, em 1994 atingia 33,9% da população; em 1996 atingia 29,4% e em 1998, atingia 24,2%, com movimentação financeira semelhante ao SUS e ao Sistema de Atenção Médica Supletiva<sup>1</sup>.

Sugere-se, portanto, que ao se definir o perfil assistencial de um determinado município, região, estado, etc. leve-se em consideração a importância de se pesquisar qual, realmente é a população local adstrita ao Sistema de Atenção Médica Supletiva.

#### J) ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

Segundo a PNAD/IBGE/1999, estimava-se em 112,6 milhões (71,2% da população brasileira), o número de pessoas que tinham um serviço de saúde de uso regular. Dentre os serviços de uso regular, em ordem de importância, apareceram:

Posto ou Centro de Saúde: 41,8%

Ambulatório de Hospitais: 21,5%

Consultório Particular: 19,7%

Ambulatório ou Consultório de Clínica: 8,4%

Pronto Socorro: 4,8%

Farmácia: 2,2%

Ambulatório de Empresa ou Sindicato: 1,5%

Agentes Comunitários: 0,1%

L) PERFIL DE SEGMENTO/ USUÁRIOS SUS POR REGIÃO:

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES  
ESTRUTURA AGREGADA NA ORDEM DE 3  
DÍGITOS

SUS	Total	Norte/Centro Oeste	Nordeste	Sul	Sudeste
Exclusivo	39%	39%	51%	32%	33%
Frequente	20%	20%	23%	17%	19%
Eventual	21%	16%	13%	31%	26%
Não Usuário	15%	16%	9%	15%	20%
Sem informação	5%	-	-	-	-

Fonte: IBOPE – Pesquisa Nacional com cotas proporcionais (sexo, idade, atividade e localização geográfica). 1998.

<sup>1</sup> MENDES, Eugênio.V.. O Sistema de Saúde no Brasil: Situação Atual e Perspectiva. 1998.

M) NÚMEROS DE LEITOS/HABITANTE/ANO:

a) Os parâmetros de cobertura hospitalar (necessidade de leitos) referem-se aos leitos SUS + os leitos SAMS (Sistema de Atenção Médica Supletiva) + leitos SDD ( Sistema de Desembolso Direto) ;

b) Hospitais locais ou Unidades Básicas de Internações (clínicas básicas: médica, ginecológica, obstétrica, pediátrica) atendido por médico generalista ou especialista nestas áreas, têm como parâmetro, 2 leitos/1000/hab. na área urbana da sede do Município, mais 1 leito/1000hab. na área rural;

c) Hospitais Regionais (Clínicas Básicas mais especialidades consideradas estratégicas e necessárias para a área programática (área geográfica da Programação). O parâmetro de 2 leitos/1000hab. na área urbana da sede, mais 1 leito por 1000hab. na área rural da sede, mais 1 leito/1000hab. nas outras áreas urbanas atingidas, e mais 0,5 leitos/1000hab. nas outras áreas rurais atingidas.

Em conceitos mais recentes, a classificação de hospitais, por porte, (acima de 20 leitos), deve levar em consideração o número de leitos, leitos de UTI, tipos de leitos de UTI, procedimentos de alta complexidade que realiza, se possui atendimento de urgência/emergência, atendimento a gestante de alto risco e quantidade de leitos cirúrgico como itens mínimos de avaliação.

A média Brasil de leitos cadastrados no SIH/SUS/99 / 1.000 habitantes é de 2,57, apresentando a variação de 4,35 no Maranhão e 1,64 no Pará.

Cerca de 86% do total dos leitos hospitalares dos prestadores do Sistema Único de Saúde estão cadastrados no SIH/SUS: (1999).

Quanto aos leitos de U T I, a média Brasil (SIH/SUS) está em torno de 2,64% dos leitos cadastrados, variando de 5,54% no Rio Grande do Sul e 0,22% em Rondônia.(1999), segundo a fonte MS/SAS/DECAS/CGCAH/2000-Assistência Hospitalar SUS.

#### Referências Bibliográficas:

1. BORGES, Delano & MOURA FILHO, José Francisco. Parâmetros para Recursos Humanos para Unidades Médico -Assistenciais. Rio de Janeiro, R.J.: 1980
2. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social.Portaria GM nº 3046. Brasília, DF:1982.
3. BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Manual de Definição dos Indicadores e Parâmetros Médicos Hospitalares. Brasília, D.F.: 1986.
4. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Enfermagem. Contribuição Para um Cálculo de Recursos Humanos. Rio de Janeiro, R.J : 1988.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1158. Brasília, DF:1997.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1230. Brasília, DF: 1998.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3295. Brasília, DF: 1998.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3408. Brasília, DF: 1998
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3535. Brasília, DF: 1998.
10. MENDES, Eugênio.V. O Sistema de Saúde no Brasil. OPAS. Brasil: 1998.
11. BRASIL. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio – PNAD. Brasília, DF: 1998.
12. BRASIL. IBOPE. Pesquisa Nacional com cotas proporcionais (sexo, idade, atividade e localização geográfica. Brasília, DF: 1998.
13. BRASIL. OPAS-OMS. A Saúde no Brasil. Brasília, DF: 1998.
14. USA. OPAS. La Salud em las Américas, vol. I e II. Washington, D.C.:1998.
15. BRASIL. OPAS. O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde no Brasil. Brasília, DF: 1998.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 35. Brasília, DF: 1999.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 832. Brasília, DF: 1999.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1327. Brasília, DF: 1999.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Gerência Geral de Sangue e Hemoderivados, ANVISA. Brasília, DF: 1999.
20. BRASIL. UFRS. Activity – Based Casting (ABC) (Tese de Mestrado). Porto Alegre, RS: 1999.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 12. Brasília,DF: 2000.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 82. Brasília,DF: 2000.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 466. Brasília, DF: 2000.
24. BRASIL. Gazeta Mercantil, UNICAMP/NEPP. Campinas, SP : 2000.
25. DEL VIGNA, Eugênio, F. Planejamento de um Serviço de Radioterapia. Instituto de Radioterapia do Hospital Belo Horizonte. Belo Horizonte. MG:2000.

26. BRASIL. Gazeta Mercantil, UNICAMP/NEPP, Estudo Francês/Plassais. Campinas, SP : 2000.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. As Condições de Saúde no Brasil – Retrospectiva 79 a 95. Brasília, DF: 2000.
28. BRASIL. Ministério da Saúde/FUNASA. Informe Epidemiológico do SUS, vol. 9, nº 1 e 2. Brasília, DF: 2000.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. O Setor Saúde e o Complexo de Saúde no Brasil, vol. 1 e 2 (pesquisa UNICAMP/NEPP. Brasília, DF: 2000.
30. BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Diretrizes Para Reorganização, Reorientação e Acompanhamento da Assistência Oncológica, Rio de Janeiro, R.J. : 2000.
31. USA. OPAS/OMS. Situación de Salud en Las América. Washington, D.C.: 2000.
32. BRASIL. Ministério da Saúde/OPAS/RIPSA.. Indicadores e Dados Básicos – IDB. Brasília, DF: 1997/1998/2000.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. SUS Descentralização. Brasília, D.F.: 2000.
34. SESSO, Ricardo. Inquérito Epidemiológico em Unidades de Diálise/Brasil. SBN. Jornal Brasileiro de Nefrologia , suplemento JBN, 22/6. 2000.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1158. Brasília, DF:2001.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1886. Brasília, DF:2001.
37. BRASIL. IPEA/OPAS. Medindo as Desigualdades de Saúde no Brasil (Monitoramento). Brasília, DF: 2001.
38. BRASIL. Ministério da Saúde/INCA. Estimativas da Incidência de Mortalidade por Câncer no Brasil. Brasília, DF: 2000/2001.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 95. Brasília, DF: 2001.
40. BRASIL. OPAS/OMS/IPEA. Medindo as Desigualdades Em Saúde no Brasil. Brasília, D.F.: 2001.
41. BRASIL. Ministério da Saúde/FUNASA/OPAS. Epidemiologia das Desigualdades de Saúde no Brasil. Brasília, D.F.: 2001.
42. BATISTA, Paulo, Lopes, Antônio & outros. Estudo Epidemiológico Brasileiro sobre Terapia Renal Substitutiva



## ANEXO V

### Resolução Normativa nº 259 de 2011 - ANS

#### RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 259, DE 17 DE JUNHO DE 2011

*Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO.*

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõe os incisos II, XXIV, XXVIII e XXXVII do art. 4º e o inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do art.86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009; em reunião realizada em 15 de junho de 2011 adota a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor presidente, determino a sua publicação.

#### CAPÍTULO I DA DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos produtos - DIPRO.

Parágrafo Único. Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se: (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Para fins do disposto nesta Resolução, considera-se:(Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)

I - Área Geográfica de Abrangência: Área em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora de acordo com a Área Geográfica de Abrangência; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - Área de Atuação do Produto: Municípios ou Estados de cobertura e operação do Plano, indicados pela operadora no contrato de acordo com a Área Geográfica de Abrangência; (Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)

III - Município de Demanda: Local da federação onde o beneficiário se encontra no momento em que necessita do serviço ou procedimento; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

IV - Rede Assistencial: Rede contratada pela operadora de planos privados de assistência á saúde, podendo ser credenciada ou cooperada; (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

V - Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; e (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

VI - Indisponibilidade: ausência, inexistência ou impossibilidade de atendimento nos prazos estabelecidos no art. 3º, considerando-se, inclusive o seu § 2.

Parágrafo Único. As regiões de saúde serão objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet ( [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ). (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º As regiões de saúde serão objeto de Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão divulgadas no endereço eletrônico da ANS na Internet ( [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)). (Redação dada pela RN nº 268, de 01/09/2011, após retificação publicada no Diário oficial da União em 20 de Outubro de 2011, Seção 1, página 45)

## CAPÍTULO II

### DAS GARANTIAS DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO

#### Seção I

##### Dos Prazos Máximos Para Atendimento ao beneficiário

Art. 2º A operadora deverá garantir o acesso do beneficiário aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas nos arts. 10, 10-A e 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no município onde o beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do produto.

Art. 3º A operadora deverá garantir o atendimento integral das coberturas referidas no art. 2º nos seguintes prazos:

I – consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;

II – consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

III – consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

IV – consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

V – consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

VI – consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

VII – consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

VIII – consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

IX – serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

X – demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

XI – procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;  
XII – atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;  
XIII – atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis; e  
XIV – urgência e emergência: imediato.

§ 1º Os prazos estabelecidos neste artigo são contados a partir da data da demanda pelo serviço ou procedimento até a sua efetiva realização.

§ 2º Para fins de cumprimento dos prazos estabelecidos neste artigo, será considerado o acesso a qualquer prestador da rede assistencial, habilitado para o atendimento no município onde o beneficiário o demandar e, não necessariamente, a um prestador específico escolhido pelo beneficiário.

§ 3º O prazo para consulta de retorno ficará a critério do profissional responsável pelo atendimento.

§ 4º Os procedimentos de alta complexidade de que trata o inciso XI são aqueles elencados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, disponível no endereço eletrônico da ANS na internet.

§ 5º Os procedimentos de que tratam os incisos IX, X e XII e que se enquadram no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS como procedimentos de alta complexidade, obedecerão ao prazo definido no item XI.

## Seção II

Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Ausência ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto

### Subseção I

Da Ausência ou Inexistência de Prestador Credenciado no Município

## Seção II

Da Garantia de Atendimento na Hipótese de Indisponibilidade ou Inexistência de Prestador no Município Pertencente à Área Geográfica de Abrangência e à Área de Atuação do Produto (Título da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

### Subseção I

Da Indisponibilidade de Prestador Integrante da Rede Assistencial no Município (Título Subseção I da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 4º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador credenciado, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em prestador não credenciado no mesmo município.

§ 1º O pagamento do serviço ou procedimento será realizado diretamente pela operadora ao prestador não credenciado, mediante acordo entre as partes.

§ 2º Na impossibilidade de acordo entre a operadora e o prestador não credenciado, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, independentemente de sua localização, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º.

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia.

Art. 4º Na hipótese de indisponibilidade de prestador integrante da rede assistencial que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador não integrante da rede assistencial no mesmo município; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º No caso de atendimento por prestador não integrante da rede assistencial, o pagamento do serviço ou procedimento será realizado pela operadora ao prestador do serviço ou do procedimento, mediante acordo entre as partes. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Na indisponibilidade de prestador integrante ou não da rede assistencial no mesmo município ou nos municípios limítrofes a este, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º O disposto no caput e nos §§ 1º e 2º se aplica ao serviço de urgência e emergência, sem necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 8 e 13, ambas de 3 de novembro de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

## Subseção II

### Da Ausência ou Inexistência de Prestador no Município, Credenciado ou Não

## Subseção II

Da Inexistência de Prestador no Município (Título Subseção II da Seção II com redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 5º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço ou procedimento demandado, no município pertencente à

área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir atendimento em: (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - prestador integrante ou não da rede assistencial nos municípios limítrofes a este; ou (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - prestador integrante ou não da rede assistencial na região de saúde à qual faz parte o município. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Na inexistência de prestadores nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitados os prazos fixados no art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Nas hipóteses listadas nos incisos I e II deste artigo, a operadora estará desobrigada a garantir o transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 6º Na hipótese de ausência ou inexistência de prestador, credenciado ou não, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município pertencente à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até o prestador credenciado para o atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º

Parágrafo único. O disposto no caput prescinde de autorização prévia.

Art. 6º Na hipótese de inexistência de prestador, seja ele integrante ou não da rede assistencial, que ofereça o serviço de urgência e emergência demandado, no mesmo município, nos municípios limítrofes a este e na região de saúde à qual faz parte o município, desde que pertencentes à área geográfica de abrangência e à área de atuação do produto, a operadora deverá garantir o transporte do beneficiário até um prestador apto a realizar o devido atendimento, assim como seu retorno à localidade de origem, respeitado o disposto no inciso XIV do art. 3º. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Parágrafo único. O disposto no caput dispensa a necessidade de autorização prévia, respeitando as Resoluções CONSU nº 08 e 13, de 1998, ou os normativos que vierem a substituí-las. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

### Subseção III

Das Disposições Comuns Referentes à Ausência ou Inexistência de Prestador no Município

### Seção III

Das Disposições Comuns (Título da "Subseção III" alterado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

### Subseção I

Do Transporte (Subseção I da Seção III acrescentada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 7º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º e 5º não se aplica aos serviços ou procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que contenham diretrizes de utilização que desobriguem a cobertura de remoção ou transporte.

Art. 7-A. A escolha do meio de transporte fica a critério da operadora de planos privados de assistência à saúde, porém de forma compatível com os cuidados demandados pela condição de saúde do beneficiário. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 8º A garantia de transporte prevista nos arts. 4º, 5º e 6º estende-se ao acompanhante nos casos de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos, pessoas portadoras de deficiência e pessoas com necessidades especiais, estas mediante declaração médica.

Parágrafo único. A garantia de transporte prevista no caput se aplica aos casos em que seja obrigatória a cobertura de despesas do acompanhante, conforme disposto no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

## Subseção II

Do Reembolso (Subseção II da Seção III acrescentada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 9º Se o beneficiário for obrigado a pagar os custos do atendimento, na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

Parágrafo único. Para os produtos que prevejam a disponibilidade de rede credenciada mais a opção por acesso a livre escolha de prestadores e não ocorrendo as hipóteses de que tratam os arts. 4º, 5º ou 6º, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente, caso o beneficiário opte por atendimento em estabelecimentos de saúde não participantes da rede assistencial. (Revogado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 9º Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no caput deste artigo. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de co-participação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 4º Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

## CAPÍTULO III

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10 A autorização para realização do serviço ou procedimento, quando necessária, deverá ocorrer de forma a viabilizar o cumprimento do disposto no art. 3º.

Art. 10-A. Para efeito de cumprimento dos prazos dispostos no art. 3º desta Resolução, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão fornecer número de protocolo gerado por seus serviços de atendimento ao consumidor. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

Art. 11 Respeitados os limites de cobertura contratada, aplicam-se as regras de garantia de atendimento dispostas nesta RN aos planos privados de assistência à saúde celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, salvo se neles houver previsão contratual que disponha de forma diversa.

Art. 12 O descumprimento do disposto nesta RN sujeitará a operadora às sanções administrativas cabíveis previstas na regulamentação em vigor.

Art. 12-A. Ao constatar o descumprimento reiterado das regras dispostas nesta Resolução Normativa, que possa constituir risco à qualidade ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários, a ANS poderá adotar as seguintes medidas: (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

I - suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde; e (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

II - decretação do regime especial de direção técnica, respeitando o disposto na RN nº 256, de 18 de maio de 2011. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 1º Na hipótese de adoção da medida prevista no inciso II, a ANS poderá determinar o afastamento dos dirigentes da operadora, na forma do disposto no § 2º do art. 24, da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 2º O disposto neste artigo não exclui a aplicação das penalidades cabíveis, conforme previsto no art. 12 da presente resolução. (Acrescentado pela RN nº 268, de 02/09/2011)

§ 3º Durante o período de suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora de planos privados de assistência à saúde, não serão concedidos registros de novos produtos que apresentem características análogas ao do produto suspenso, tais como: (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

I - Segmentação assistencial; (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

II - Área Geográfica de Abrangência; e (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

III - Área de Atuação do Produto. (Incluído pela RN nº 334, de 01 de agosto de 2013)

Art. 13 O inciso III do art. 2º; e o parágrafo único do art. 7º-A, ambos da Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO, passam a vigorar com as seguintes redações:

“Art. 2º .....

I - .....

II - .....

III – O Planejamento Assistencial do Produto, conforme artigo 7º-A e na forma do Anexo V da presente Instrução Normativa, exceto para os produtos que irão operar exclusivamente na modalidade de livre acesso a prestadores.

Parágrafo único. ....” (NR)

“Art. 7º-A. ....

Parágrafo único. A operadora deverá informar o Ajuste de Rede, que consiste na proporção mínima de prestadores de serviços e/ou leitos a ser mantida em relação à quantidade de beneficiários do produto, visando ao cumprimento dos prazos para atendimento fixados em Resolução Normativa específica editada pela ANS.” (NR)

Art. 14 O anexo V da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO, passa a vigorar nos termos do anexo desta resolução.

Art. 15 Ficam revogados os §§ 1º ao 5º do art. 7º; e os incisos I e II do parágrafo único do art. 7º-A, todos da IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da DIPRO.

Art. 16 Esta RN entra em vigor 90 (noventa) dias após a data de sua publicação.

Art. 16. Esta RN entra em vigor no dia 19 de dezembro de 2011. (Redação dada pela RN nº 268, de 02/09/2011)

MAURICIO CESCHIN

DIRETOR-PRESIDENTE\_\_

## ANEXO VI

### Anexo V da Resolução Normativa ANS Nº 259/11

Procedimentos e Serviços		Parâmetro	
		Prazo Para Atendimento	Ajuste de Rede
1	Consulta básica: pediatria clínica médica-cirurgia geral-ginecologia-obstetrícia	Em até -----dias úteis	----Profissional(is)/1000 benef.
2	Consulta nas demais especialidades básicas	Em até -7 dias úteis	-----Profissional(is)/1000 benef.
3	Consulta/sessão c/fonoaudiólogo	Em até -14 dias úteis	-----Profissional(is)/1000 benef.
4	Consulta/sessão c/nutricionista	Em até 10-dias úteis	-----Profissional(is)/1000 benef.
5	Consulta/sessão c/psicólogo	Em até -10 dias úteis	-----Profissional(is)/1000 benef.
6	Consulta/sessão c/terapeuta ocupacional	Em até 10 dias úteis	-----Profissional(is)/1000 benef.
7	Consulta/sessão c/fisioterapeuta	Em até 10 dias úteis	-----Profissional(is)/1000 benef.
8	Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião dentista	Em até 7 dias úteis	-----Profissional(is)/1000 benef.
9	Serviço de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	Em até 3 dias úteis	-----Serviço (s)/1000 benef.
10	Demais serviços de diagnóstico e terapia	Em até 10 dias úteis	Serviço (s)/1000 benef.
11	Procedimento de alta complexidade (PAC)	Em até 21-dias úteis	Serviço (s)/1000 benef.
12	Atendimento em regime de hospital dia	Em até 10 dias úteis	Leito (s)/1000 benef.
13	Atendimento em regime de internação eletiva	Em até 21 dias úteis	Leito (s)/1000 benef.
14	Urgência e emergência	Imediato	Serviço (s)/1000 benef.

## ANEXO VII

### RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 85, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004

*Dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências*

A DIRETORIA COLEGIADA DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, considerando o disposto nos arts. 8º, 9º e 19 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, nos incisos XII, parágrafo 3º do art. 1º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, bem como, no Contrato de Gestão celebrado em 10 de abril de 2002 na forma dos seus respectivos Termos Aditivos celebrados em 22 de novembro de 2002 e 11 de dezembro de 2003, no que se refere à necessidade de estabelecer disposições relativas à concessão da autorização para o funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, em Reunião Extraordinária realizada em 7 de dezembro de 2004, resolve: <sup>[1]</sup>

Art. 1º A presente Resolução dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento às Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, assim definidas no inciso II do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e no art. 2º da Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. (Redação dada pela RN nº 189, de 2009)

#### CAPÍTULO I

#### DA CONCESSÃO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO

Art. 2º As pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar, para obterem a Autorização de Funcionamento, deverão atender aos seguintes requisitos:

- I - registro da operadora; e (Redação dada pela RN nº 189, de 2009)
- II - registro de produto. (Redação dada pela RN nº 189, de 2009)

Parágrafo único. A autorização para funcionamento será publicada e noticiada à interessada através de ofício da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras- DIOPE, após a conclusão do registro de produto. (Redação dada pela RN nº 189, de 2009)

Art. 3º Os pedidos de registros deverão ser encaminhados pela pessoa jurídica à ANS, conforme disposto nesta Resolução e demais documentos que venham a ser definidos em Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO. (Redação dada pela RN nº 100, de 2005)

Parágrafo único. A análise dos pedidos será realizada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data do protocolo de entrega à ANS da respectiva documentação necessária. (Redação dada pela RN nº 100, de 2005)

Art. 4º Os pedidos incompletos, em que não estejam presentes todos os documentos ou itens de apresentação obrigatória exigidos nesta Resolução e nas Instruções Normativas a serem editadas, não serão encaminhados para análise técnica, sendo toda a documentação devolvida à pessoa jurídica.

Art. 5º Durante a análise do pedido de registro, a ANS concederá prazo de 30 (trinta) dias, se necessário, prorrogável por uma única vez, por igual período, para envio de esclarecimentos ou para alteração de condições de operação do produto, quando imprecisas ou conflitantes com a legislação em vigor. (Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

Art. 6º Não cumpridos os requisitos ou constatado qualquer impedimento legal ao registro, o pedido será indeferido, não havendo impedimento à sua posterior adequação ou à apresentação de novo pedido.

## CAPÍTULO II

### DO REGISTRO DA OPERADORA

Art. 7º Para o procedimento de registro, as pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar deverão atender, no que couber, as disposições contidas no Anexo I desta Resolução.

Art. 8º As pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar deverão proceder à capitalização necessária, em observância aos limites de Patrimônio Mínimo Ajustado - PMA, conforme regulamentação normativa específica em vigor. (Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

Art. 9º O objeto social da pessoa jurídica deve ser exclusivamente o relacionado à assistência à saúde suplementar, em atenção ao disposto no art. 34 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. (Redação dada pela RN nº 100, de 2005)

Parágrafo único. A obrigatoriedade prevista neste artigo não alcança: (Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

I - as operadoras que possuem rede própria de atendimento para satisfação das finalidades previstas no artigo 35-F da Lei nº 9.656/1998; (Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

II - as entidades de autogestão definidas no inciso I do artigo (Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012) 2º da RN nº 137, de 21 de novembro de 2006 e suas posteriores alterações; e (Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

III - as entidades fechadas de previdência complementar que, na data da publicação da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001, já prestavam serviços de assistência à saúde, na modalidade de autogestão. (Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

Art. 10. Cumpridas todas as exigências legais e infralegais, a pessoa jurídica receberá o número do seu registro de operadora, que será comunicado por Ofício da Diretora de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e que a habilitará ao procedimento de registro de produto. (Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

§1º Os documentos relativos ao pedido de registro de produto deverão ser encaminhados à Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO no prazo máximo de sessenta dias,

contados da data de recebimento do ofício que comunica a concessão do registro de operadora, sob pena de cancelamento, nos termos do art. 24, inciso VI, do presente normativo. (Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

§2º O procedimento de registro da operadora por si só não autorizará a mesma a iniciar suas atividades de comercialização ou disponibilização de seus produtos, estando sujeita às penalidades cabíveis, tal como previsto no art. 18 da RN 124, de 30 de março de 2006, e suas posteriores alterações. (Redação dada pela RN nº 189, de 2009)

§ 3º Recebido o registro de operadora, a pessoa jurídica deverá observar a legislação de saúde suplementar e sua regulamentação normativa, no que lhe for aplicável, especialmente no que diz respeito ao envio das informações periódicas exigidas e adoção do Plano de Contas Padrão da ANS. ( Includo pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

## CAPÍTULO III

### DO REGISTRO DO PRODUTO

Art. 11 Os planos privados de assistência à saúde a serem ofertados pelas operadoras, de que trata o art. 1º desta Resolução, deverão ser registrados na ANS como condição para sua comercialização, podendo este registro ser objeto de alteração, cancelamento ou suspensão, de acordo com o disposto nesta Resolução.

Art. 12 Para fins de aplicação dos dispositivos desta Resolução, consideram-se:

I - Ativos – os registros que estejam em situação de regularidade para comercialização ou disponibilização;

II - Ativos com comercialização suspensa - os registros de planos com a oferta proibida para novos contratos, mantendo a assistência prevista nos contratos já firmados;

II - Ativos com comercialização suspensa - os registros de planos em que não é permitido o ingresso de novos beneficiários, à exceção de novo cônjuge e filhos do titular e de beneficiários em exercício dos direitos previstos nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998;(Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

III - Cancelados - os registros tornados inativos, por decisão da ANS ou a pedido da operadora.

§ 1º Sem prejuízo da aplicação das regras dispostas no inciso II deste artigo, nos planos coletivos ativos que estiverem com comercialização suspensa exclusivamente pelo motivo de solicitação da operadora também não será vedado o ingresso de novos beneficiários vinculados à pessoa jurídica dos contratos já firmados. (Includo pela RN nº 320, de 06 de março 2013)

§ 2º O ingresso de novos beneficiários na forma de que trata o § 1º somente será permitido se o plano "ativo com comercialização suspensa" não estiver incorrendo em qualquer das irregularidades do caput do art.21. (Includo pela RN nº 320, de 06 de março 2013)

§ 2º O ingresso de novos beneficiários na forma de que trata o § 1º somente será permitido se o plano "ativo com comercialização suspensa" não estiver incorrendo em qualquer das irregularidades do inciso I do caput do art. 21.(Alterado pela RN nº 324, de 18 de abril de 2013)

### Seção I

## **Dos Requisitos para Obtenção do Registro de Produto**

Art. 13 A concessão do registro dependerá da análise da documentação e das características do plano descritas pela operadora, que deverão estar em conformidade com a legislação em vigor, e disposições do Anexo II.

§1º Além das informações sobre as características do produto, deverão ser apresentados junto com o pedido, comprovante de pagamento de Taxa de Registro de Produto – TRP, rede da operadora para atendimento integral da cobertura prevista no art. 12 da Lei n.º 9.656/98, com número de registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES de todos os prestadores da rede de serviços próprios, ou contratados, credenciados ou referenciados, Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, conforme disposto na RDC n.º 28, de 26 de junho de 2000 e IN DIPRO n.º 8, de 27 de dezembro de 2002, modelos de instrumento jurídico, e outros itens que venham a ser exigidos na Instrução Normativa a ser publicada pela DIPRO. (Redação dada pela RN n.º 100, de 2005)

§2º Justificada a impossibilidade de obtenção do número de registro no CNES de alguns dos prestadores, até 31 de dezembro de 2008 a exigência poderá ser substituída por declaração de suficiência qualitativa e quantitativa da rede de serviços próprios ou contratados, conforme modelo constante no anexo V da presente Resolução. (Redação dada pela RN n.º 100, de 2005, com as alterações feitas pela RN n.º 144, de 2007)

§3º Cessada a causa da impossibilidade mencionada no parágrafo anterior, o número de registro do CNES deverá ser informado no prazo de 30 dias contados da data de sua obtenção. (Redação dada pela RN n.º 100, de 2005)

§4º Nenhum registro de plano será concedido sem que a operadora já tenha registrado, na mesma modalidade de contratação, um plano referência como definido no art. 10 da Lei n.º 9.656/98, quando obrigatório seu oferecimento.

§ 5º Não serão concedidos registros de novos produtos quando não forem observados os requisitos descritos no § 3º do art. 12-A da Resolução Normativa - RN n.º 259, de 17 de junho de 2011. (Incluído pela RN n.º 334, de 01 de agosto de 2013)

Art. 14 O registro será autorizado quando presentes todos os requisitos para sua concessão, sendo o mesmo incorporado ao Sistema RPS da DIPRO com um número que passará a ser a identificação do plano de assistência à saúde junto à ANS.

## **CAPÍTULO IV**

### **DO PLANO DE NEGÓCIOS**

## **CAPÍTULO V**

### **DA MANUTENÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO**

Art. 18 As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde deverão manter, de forma regular e atualizada, o registro de operadora, nos termos do art. 28 da presente Resolução, e o registro de produtos. (Redação dada pela RN n.º 189, de 2009)

## **Seção I**

### **Da Manutenção do Registro da Operadora**

Art. 19 Para a manutenção da situação de regularidade do registro, as Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde deverão notificar quaisquer alterações das informações estabelecidas nos Anexos I e IV<sup>[3]</sup>, inclusive com o envio, quando se fizer necessário, de novos documentos, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da ocorrência da alteração. (Redação dada pela RN nº 189, de 2009)

§1º Os documentos de que trata o caput deverão ser encaminhados em envelope próprio, contendo correspondência assinada pelo representante legal da pessoa jurídica que ateste a veracidade das informações ali contidas.

§2º No caso de alteração do contrato social, de reforma estatutária, de assembléia geral ou de qualquer outro ato societário ou associativo, com alteração ou não dos contratos ou estatutos, as Operadoras somente deverão enviar a cópia após o respectivo arquivamento no órgão competente.

§3º As alterações decorrentes de atos que implicarem transferência de controle societário, cisão, fusão e incorporação serão regidos por norma específica. (Redação dada pela RN nº 100, de 2005)

## **Seção II**

### **Da Manutenção do Registro do Produto**

Art. 20 Para manutenção da situação de regularidade do registro de produto, deverão permanecer inalteradas todas as condições de operação descritas no pedido inicial, devendo a Operadora, para tanto:

I - garantir a uniformidade das condições de operação aprovadas pela ANS para todos os beneficiários vinculados a um mesmo plano de assistência à saúde;

II - enviar regularmente à ANS as informações relativas ao plano, previstas na legislação em vigor;

III - não alterar as características do plano fora dos casos previstos na legislação, ou sem observar os procedimentos definidos pela ANS;

IV - manter as condições de suficiência da rede de serviços;

V - manter atualizada a Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP, de acordo com as normas específicas da ANS; e

VI - manter um fluxo de produção de serviços assistenciais compatível com o universo de beneficiários assistidos e com a segmentação assistencial do plano.

## **Seção III**

## Da Suspensão e Alteração do Registro do Produto

Art. 21. O registro de produto poderá ser suspenso temporariamente, para fins de comercialização ou disponibilização, nas seguintes hipóteses:(Alterado pela RN nº 324, de 18 de abril de 2013)

I - por determinação da ANS, no caso de descumprimento das condições de manutenção do registro de produto e nos demais casos previstos na regulamentação setorial; e(Incluído pela RN nº 324, de 18 de abril de 2013)

II - a pedido da operadora, na forma e nos termos previstos em instrução normativa da DIPRO.( Incluído pela RN nº 324, de 18 de abril de 2013)

§ 1º As operadoras poderão solicitar a alteração da situação de registro dos seus planos ativos com comercialização suspensa por não envio de Nota Técnica de Registro de Produtos - NTRP para "ativo com comercialização suspensa - solicitação da operadora", ressalvando-se que eventual reativação ficará condicionada à atualização da NTRP. (Incluído pela RN nº 324, de 18 de abril de 2013)

§ 2º Após deferimento pela ANS da solicitação de que trata o parágrafo anterior, o referido plano passará a ter o mesmo tratamento de ingresso de beneficiários descrito nos §§ 1º e 2º do art.12 desta Resolução. (Incluído pela RN nº 324, de 18 de abril de 2013) § 3º Na hipótese de suspensão de registro por determinação da ANS, o produto não poderá ser comercializado ou disponibilizado até que sejam corrigidas as irregularidades, sem prejuízo da assistência aos beneficiários já vinculados ao plano, na forma prevista em instrução normativa da DIPRO, ficando a operadora sujeita às penalidades e às medidas administrativas estabelecidas na Lei nº 9.656, de 1998, e na regulamentação setorial.(Incluído pela RN nº 324, de 18 de abril de 2013)

§ 4º Na hipótese da existência de produto com registro suspenso a pedido da operadora, a reativação do produto poderá ser requerida à ANS, na forma e nos termos previstos em instrução normativa da DIPRO.(Incluído pela RN nº 324, de 18 de abril de 2013)

§ 5º A suspensão ou reativação do registro de produto vigorará a partir da data do seu deferimento pela ANS.(Incluído pela RN nº 324, de 18 de abril de 2013)

§ 6º A suspensão de registro de produto, cujo município de comercialização ou disponibilização for compatível com o de produto de operadora em via de ser liquidada, não será autorizada pela ANS no curso de prazo assinalado para o exercício da portabilidade especial de carência.(Incluído pela RN nº 324, de 18 de abril de 2013)

§ 7º Na hipótese do parágrafo anterior, o pedido de suspensão de registro de produto ficará sobrestado até que se encerre o prazo assinalado para o exercício da portabilidade especial de carência.(Incluído pela RN nº 324, de 18 de abril de 2013)

Art. 22 A alteração do registro de produto dependerá de autorização prévia da ANS e poderá ser requerida pela Operadora, de acordo com a forma e os procedimentos definidos em Instrução Normativa da DIPRO.

§1º Não existindo beneficiários vinculados ao plano, poderá ser alterada qualquer das características constantes do registro.

§2º Existindo beneficiários vinculados ao plano, poderão ser alteradas:

I – a rede hospitalar observando, nos casos de redução e substituição, o art. 17 da Lei nº 9.656/98, e sua regulamentação;

II - o nome do plano;

III – os itens abaixo, desde que configurem ampliação de cobertura assistencial ou do acesso à rede de serviços e não impliquem em ônus financeiro para os beneficiários:

A - a rede hospitalar, incluindo tipo de vínculo com a operadora e disponibilidade dos serviços; ( Redação dada pela RN nº 100, de 2005)

B - a rede de prestadores de serviço não hospitalar, mesmo que não seja característica do produto; ( Redação dada pela RN nº 100, de 2005)

C - as regras de livre escolha de prestadores; (Revogado pela RN nº 269, de 29/09/2011)

D - os serviços e coberturas adicionais;

E - a abrangência geográfica e área de atuação; e

F - a segmentação assistencial.

Parágrafo único. As alterações autorizadas pela ANS deverão alcançar a totalidade dos contratos vinculados ao plano, incluindo os anteriormente firmados.

## CAPÍTULO VI

### DO CANCELAMENTO

#### Seção I

##### Do Cancelamento do Registro de Produto

Art. 23 O registro de produto poderá ser cancelado pela ANS, em caráter definitivo, nas seguintes hipóteses:

I - a pedido da Operadora, na forma prevista em Instrução Normativa da DIPRO, desde que não existam beneficiários vinculados ao plano;

II – de ofício, pela ANS:

a) quando decorrerem 180 (cento e oitenta) dias sem beneficiários vinculados ao plano; e b) como etapa precedente ao cancelamento do registro de Operadora.

§1º O plano referência, quando for de oferecimento obrigatório, não será cancelado a não ser a pedido da Operadora que possuir mais de um produto deste tipo com registro ativo, na mesma modalidade de contratação, ou na hipótese da alínea b) do inciso II deste artigo.

§2º Os registros cancelados não serão passíveis de reativação.

#### Seção II

##### Do cancelamento do Registro de Operadora

Art. 24 A ANS cancelará o registro da Operadora nos seguintes casos:

I - incorporação, fusão ou cisão total;

II – inexistência de:

a) registro de produto ativo ou ativo com comercialização suspensa pelo prazo superior a 180 (cento e oitenta) dias, observado o disposto no art. 12, incisos I e II desta Resolução; ou

b) - beneficiários vinculados a planos anteriores a 2 de janeiro de 1999, nas operadoras que não possuam planos posteriores à esta data. (Redação dada pela RN nº 100, de 2005)

III - decretação de regime de Liquidação extrajudicial. (Incluído pela RN nº 100, de 2005)

IV - não saneamento das pendências que venham a ser detectadas posteriormente à concessão do registro de operadora, quando não ultimada e concedida a autorização de funcionamento. (Incluído pela RN nº 189, de 2009)

V - permanecer com o seu endereço inválido no período de 180 (cento e oitenta) dias, contado da publicação no Diário Oficial da União de ato da ANS que comunique a presunção de cessação de atividade da operadora, desde que durante esse período não tenha sido praticado qualquer ato que afaste a presunção de cessação da atividade. (Incluído pelo RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

VI - no caso de não substituição do administrador na forma da RN específica. (Incluído pela RN nº 311, de 01 de novembro de 2012)

VII - ausência de solicitação de registro de produto no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados da data de recebimento do ofício que comunica a concessão do registro de operadora, conforme § 1º do art. 10 desta Resolução. (Incluído pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

VIII - quando deliberado pela Diretoria Colegiada, como medida alternativa à decretação de liquidação extrajudicial. (Incluído pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

IX - baixa de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ. (Incluído pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

§ 1º Os registros cancelados não serão passíveis de reativação. (Incluído pelo RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 2º Para aplicação da hipótese prevista no inciso V do caput deste artigo, a DIOPE previamente encaminhará aos endereços da sede da operadora, dos advogados eventualmente constituídos no respectivo processo e dos administradores, constantes do banco de dados cadastrais da ANS, ofício que solicitará a regularização do endereço no prazo de 30 (trinta) dias, contado do seu recebimento, nos termos do art. 19 desta Resolução, bem como estabelecerá a possibilidade de apresentação de defesa. (Incluído pelo RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 3º Não atendida a solicitação do § 2º, no prazo nele estabelecido, presumir-se-á a cessação da atividade da operadora. (Incluído pelo RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 4º Na hipótese de retornarem negativos os avisos de recebimento de todos os ofícios enviados, a operadora e seus administradores serão intimados mediante publicação no Diário

Oficial da União, na mesma oportunidade da comunicação da presunção de cessação da atividade disposta no § 7º deste artigo. (Incluído pelo RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 5º Na publicação de que trata o § 4º deve estar expresso que a presunção de cessação da atividade somente restará caracterizada após ultrapassado o prazo de resposta da intimação ficta e nenhum dos intimados atender à mesma. (Incluído pelo RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 6º A intimação de que trata o § 4º deste artigo observará, naquilo que for cabível, os requisitos estabelecidos na Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, referentes à publicação do edital de intimação. (Incluído pelo RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 7º A comunicação da presunção de cessação de atividade será publicada no Diário Oficial da União e no endereço eletrônico da ANS, oportunidade em que também serão convocados credores, beneficiários e eventuais interessados, ficando a operadora sujeita à suspensão da comercialização de seus produtos. (Incluído pelo RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 8º Será instaurado, também, o procedimento administrativo sancionador, conforme regulamentação vigente. (Incluído pelo RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 9º O disposto no inciso V do caput deste artigo não se aplica às operadoras em regime especial. (Incluído pelo RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 10º A operadora submetida ao procedimento de cancelamento de seu registro ficará sujeita à suspensão da comercialização dos seus produtos. (Incluído pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

Parágrafo Único. Os registros cancelados não serão passíveis de reativação. (Revogado pelo RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

### Seção III

#### Do Cancelamento da Autorização de Funcionamento pela ANS

Art. 25 A ANS cancelará a autorização de funcionamento da Operadora nos seguintes casos:

I – de cancelamento do registro de Operadora, previsto no artigo anterior;

II - de ocorrência das hipóteses previstas na regulamentação normativa vigente quanto à aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, em conformidade com o art. 25, VI, da Lei nº 9.656/98; (Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

III – de não regularização das informações cadastrais, após esgotadas duas oportunidades para o saneamento das pendências e por deliberação da Diretoria Colegiada da ANS. (Redação dada pela RN nº 189, de 2009)

IV – nas hipóteses previstas no art. 1.125 do Novo Código Civil; ou (Redação dada pela RN nº 175, de 2008)

V - na hipótese de descumprimento do prazo previsto no art.4º, inciso III, da Resolução Normativa – RN nº 175, de 22 de setembro de 2008, se aquele momento ocorrer antes do prazo definido nos demais incisos do mesmo artigo. (Incluído pela RN nº 175, de 2008)

§1º A ocorrência da hipótese prevista no inciso III implicará na preliminar transferência da carteira de planos ou a verificação da inexistência de beneficiários e das demais obrigações junto à ANS. ( Redação dada pela RN nº 189, de 2009)

§3º As obrigações financeiras oriundas de multas, ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar, anteriores à data do efetivo cancelamento, permanecerão, ainda que ultimadas as providências necessárias ao cancelamento da autorização de funcionamento. (Redação dada pela RN nº 189, de 2009)

§ 4º A operadora submetida ao procedimento de cancelamento de sua autorização de funcionamento ficará sujeita à suspensão da comercialização dos seus produtos.(Incluído pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

## Seção IV

### Do Cancelamento da Autorização de Funcionamento por Solicitação da Operadora

Art. 26 Ao efetuar a solicitação do cancelamento da autorização de funcionamento, as Operadoras deverão enviar requerimento direcionado à Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras –DIOPE, devidamente assinado pelo Representante Legal da Operadora informando o código deregistro da operadora junto à ANS e o número do CNPJ, anexando os seguintes documentos:

I - cópia autenticada do ato societário que deliberou pelo encerramento das operações de planos de assistência à saúde, arquivado no órgão competente; (Redação dada pela RN nº 100, de 2005)

II - declaração de inexistência de beneficiário de planos privados de assistência à saúde indicando a data efetiva da inexistência do mesmo; (Redação dada pela RN nº 100, de 2005)

III - declaração de inexistência de obrigações para com a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde; e

IV - declaração de inexistência de contratos de assistência à saúde, como operadora, com pessoa física ou jurídica.

§1º Os pedidos de cancelamento incompletos, em que não estejam presentes todos os documentos exigidos no caput deste artigo, não serão encaminhados para análise técnica, sendo toda a documentação devolvida à operadora. (Redação dada pela RN nº 189, de 2009)

§2º O cancelamento a pedido somente será ultimado após a conferência das informações prestadas junto aos diversos setores da ANS, podendo esta autarquia ainda, caso entenda necessário, solicitar outros meios que comprovem as aludidas declarações. (Redação dada pela RN nº 189, de 2009)

§ 3º Ressalvadas as hipóteses previstas no art. 26-B desta RN, as obrigações das operadoras não são ilididas com o pedido de cancelamento, permanecendo, inclusive, as de caráter financeiro oriundas de multas, ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar - TSS. (Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

§ 4º Estão dispensadas da apresentação dos documentos listados nos incisos II, III e IV do caput deste artigo, as operadoras que solicitarem o cancelamento da autorização de funcionamento em virtude de cisão parcial em que a parcela cindida envolva a totalidade de

sua carteira de beneficiários, desde que os atos societários relacionados à cisão (protocolo de justificação) comprovem que a operadora incorporadora do acervo cindido ficará responsável pela integralidade da carteira de beneficiários, pelas obrigações, conhecidas ou não, com a rede de prestadores de serviços de assistência à saúde e pelos contratos de assistência à saúde. (Incluído pelo RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

Art. 26-A Nos casos dos processos de cancelamento, por solicitação das operadoras, já instaurados anteriormente à edição do presente normativo e não finalizados pela falta de envio de todos os documentos previstos no caput do art.26, será procedida publicação de edital de convocação de eventuais beneficiários e credores, oncedendo prazo de trinta dias para manifestações pertinentes, findo os quais, sem qualquer manifestação, serão adotadas as providências cabíveis ao cancelamento do registro, tal como previsto no §2º do art. 26 do presente normativo. (Incluído pela RN nº 189, de 2009)

## Seção V

### Das Obrigações da Operadora no Curso e Após o Processo

#### de Cancelamento

Art. 26- Art. 26-B. Instaurado o processo de cancelamento de registro de operadora ou de autorização de funcionamento, por solicitação da operadora, ficam suspensas as obrigações de envio periódico das informações a partir da data de protocolização dos documentos que comprovam o cumprimento dos requisitos e pressupostos legais para o cancelamento. (Incluído pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 1º Permanecem exigíveis as obrigações de natureza financeira, oriundas de multas, ressarcimento ao SUS e Taxa de Saúde Suplementar -TSS, dentre outras, que não são alcançadas pela suspensão de que trata o caput deste artigo ou pelo cancelamento da autorização de funcionamento.(Incluído pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 2º Na hipótese de ser mantida a autorização de funcionamento ou o registro da operadora, as informações periódicas, referentes ao período de suspensão de das obrigações de que trata o caput deste artigo, deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da intimação em que a operadora tomar ciência da decisão de manutenção de seu registro de operadora ou de sua autorização de funcionamento.(Incluído pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

Art. 26-C Instaurado o processo de cancelamento de registro ou de autorização de funcionamento, pela ANS, fica mantida a exigência quanto ao cumprimento de todas as obrigações regulamentares, até que seja efetivada a baixa do registro da operadora. (Incluído pela RN nº 301, de 07 de agosto 2012)

Art. 26-D Após o cancelamento do registro de operadora ou da autorização de funcionamento, caso a pessoa jurídica não mantenha atualizado seu endereço de correspondência para fins de intimações por via pessoal, postal ou por qualquer outro meio ou via, proceder-se-á na forma do art. 15 da Resolução Normativa - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003. (Incluído pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 1º Ressalvadas as determinações específicas da ANS, após o cancelamento do registro ou da autorização de funcionamento com a baixa no registro da operadora, cessam as obrigações regulamentares da operadora. (Incluído pela RN nº 301, de 07 de agosto de 2012)

§ 2º A hipótese prevista no § 1º deste artigo não alcança o cumprimento das obrigações cujo fato gerador tenha ocorrido antes da baixa no registro da operadora, que ainda deverão ser exigidas pela autoridade competente, à exceção do disposto no § 3º. (Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

§ 3º Após o cancelamento da autorização de funcionamento ou do registro provisório da Operadora, a ANS não lavrará representação, bem como promoverá o arquivamento dos processos administrativos sancionadores pendentes de decisão de primeira instância.(Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

## **CAPÍTULO VII**

### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 27 As operadoras que estiverem submetidas aos regimes especiais definidos na Lei n.º 9.656/98 e que não apresentem o cumprimento das exigências para o registro de Operadora e de Produto poderão sofrer a suspensão da comercialização de seus produtos, na forma do §4º do art. 9º da Lei n.º 9.656/98, permanecendo ainda suas obrigações com os contratos já firmados.

Art. 28 A autorização de funcionamento será expedida pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE e publicada no Diário Oficial da União. (Redação dada pela RN nº 189, de 2009)

§1º Concedida a autorização de funcionamento, as operadoras deverão manter situação de regularidade quanto às informações cadastrais, dados e exigências econômico-financeiras e outros aspectos relevantes da legislação complementar a esta Resolução, cabendo às áreas técnicas competentes o monitoramento, acompanhamento e verificação da situação de regularidade, no âmbito das respectivas competências. (Redação dada pela RN nº 189, de 2009)

§2º Para a manutenção de regularidade, as operadoras deverão notificar quaisquer alterações das informações prestadas quando da autorização de funcionamento, tal como estabelecido nos Anexos I e IV<sup>[3]</sup>, inclusive com o envio, quando se fizer necessário, de novos documentos devidamente autenticados, no prazo de trinta dias, a contar da ocorrência da alteração, nos termos do art. 19 desta Resolução e posteriores alterações. (Redação dada pela RN nº 189, de 2009)

§3º Caso a operadora não mantenha regularidade quanto às informações cadastrais, aos dados e exigências econômico-financeiras e quanto a outros aspectos relevantes da legislação complementar a esta Resolução, serão adotadas as providências cabíveis, conforme o caso, nos termos dos normativos e legislação específica. (Incluído pela RN nº 189, de 2009)

Art. 29 No caso de pessoas jurídicas que possuam estabelecimentos, tais como, filiais, sucursais, entre outros, somente será concedida uma única autorização de funcionamento, correspondente ao CNPJ da matriz.

Art. 30 A ANS poderá solicitar quaisquer informações adicionais de forma a subsidiar a concessão da autorização de funcionamento.

## **CAPÍTULO VIII**

## DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

### Seção I

#### Das Operadoras com Registro Provisório

Art. 31 As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde que possuem registro provisório junto à ANS terão um prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data de publicação desta Resolução para requerer a autorização de funcionamento, devendo, para tanto, cumprir as seguintes exigências:

- I – possuir situação regular em relação ao registro provisório; e
- II – possuir, pelo menos, um registro ativo de produto, que deverá ser plano referência, quando obrigatório.

Art. 32 As Operadoras de Planos de Assistência à Saúde já registradas deverão atender, no que couber, os requisitos constantes no Anexo IV desta Resolução, para fins de sua regularização.

§1º A ANS poderá dispensar a apresentação dos documentos listados no Anexo IV desta Resolução para as Operadoras registradas que tenham cumprido as etapas preliminares de regularização, na forma definida pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE.

§2º Ficam mantidas a segmentação e a classificação das Operadoras, bem como as demais condições estabelecidas por norma própria. (Redação dada pela RN nº 100, de 2005)

Art. 33 As Operadoras que detêm registros provisórios de planos deverão complementar os dados de registro de acordo com as novas exigências contidas nesta Resolução no prazo de 180 dias, conforme procedimento a ser definido pela DIPRO. (Redação dada pela RN nº 100, de 2005)

### Seção II

#### Do Cancelamento dos Registros Provisórios pela ANS

Art. 34 Decorrido 180 dias da publicação desta Resolução serão cancelados todos os registros provisórios das Operadoras que não tiverem iniciado o processo de autorização de funcionamento. (Redação dada pela RN nº 100, de 2005)

§ 1º A ANS notificará as operadoras para satisfazerem as pendências existentes, no prazo de 30 (trinta) dias, prorrogável por uma única vez, sob pena de cancelamento do respectivo registro provisório. (Redação dada pela RN nº 315, de 28 de novembro 2012)

§2º O cancelamento referido neste artigo não exime a pessoa jurídica do cumprimento das obrigações previstas no âmbito da regulação em saúde suplementar e demais obrigações legais. (Incluído pela RN nº 100, de 2005)

Art. 35 As Operadoras com registro provisório que não cumprirem o disposto nesta Resolução no prazo estabelecido no art. 31, ou tiverem sua solicitação de autorização de funcionamento junto à ANS indeferida por qualquer outro motivo, ficam sujeitas à transferência compulsória da carteira e, conseqüentemente, ao cancelamento do registro provisório.

Parágrafo único. Enquanto não ultimados os processos administrativos de autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde com registro provisório, aplicam-se também as causas de cancelamento do registro de operadora e da autorização de funcionamento contidas nesta Resolução e posteriores alterações. (Incluído pela RN nº 189, de 2009)

## CAPÍTULO IX

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36 As pessoas jurídicas que, na data da publicação desta Resolução, estiverem com processo de registro provisório em curso na ANS estarão sujeitas integralmente às exigências do Capítulo I desta Resolução.

Art. 37 A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE e a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO editarão os atos que julgarem necessários ao aperfeiçoamento e cumprimento desta Resolução.

Art. 38 Os casos omissos nesta Resolução serão tratados pela Diretoria Colegiada.

Art. 38-A Os prazos previstos nesta Resolução, especialmente os relativos a concessão de autorização de funcionamento, de registro definitivo de produto e de operadora, para aquelas que já possuam registro provisório nesta Agência, ficam interrompidos com a edição Resolução – RN nº 100, de 2005. (Incluído pela RN nº 100, de 2005)

Parágrafo único. Os prazos referidos no *caput* deste artigo passam a contar a partir da publicação da Resolução – RN nº 100, de 2005. (Incluído pela RN nº 100, de 2005)

Art. 40 Ficam revogadas as Resoluções de Diretoria Colegiada – RDCs nº 4 e nº 5, ambas de 18 de fevereiro de 2000.

Art. 41 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS  
DIRETOR -