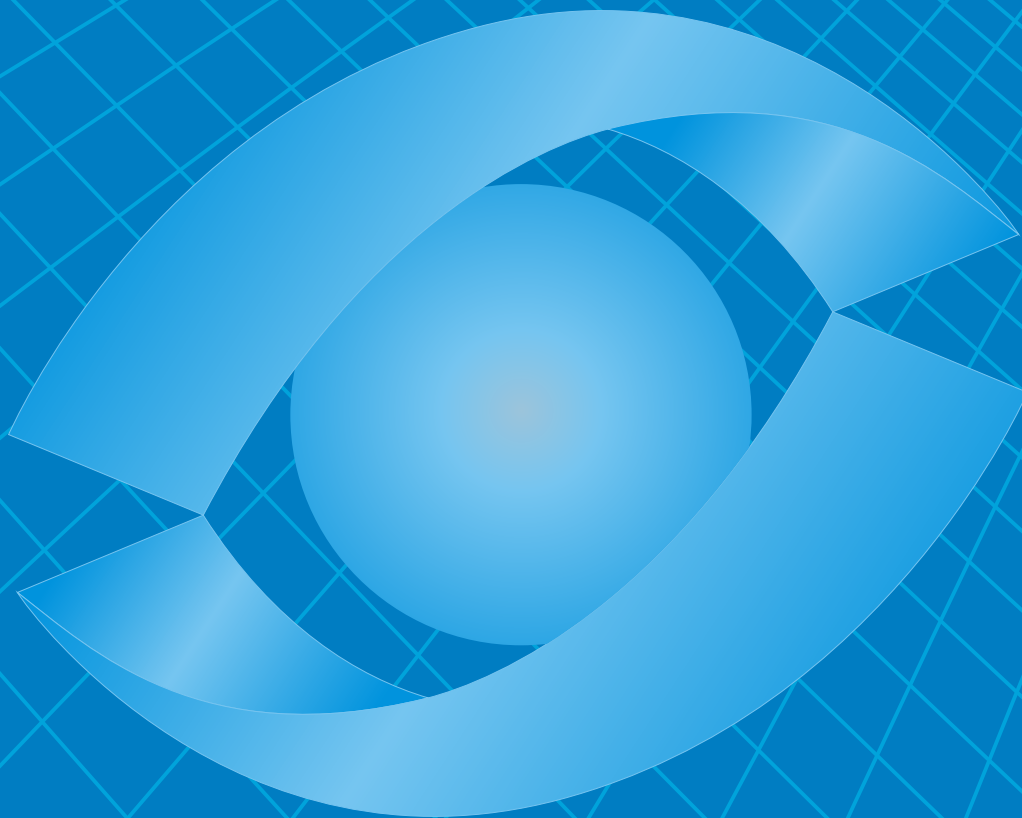


Regulação & Saúde

Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar



REGULAÇÃO E SAÚDE

ESTRUTURA, EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

Apresentação	03
Prefácio	04
Introdução	07

Parte I

Nota sobre a Regulação dos Planos de Saúde de Empresas no Brasil	18
Dimensão e Estrutura Econômica da Assistência Médica Suplementar no Brasil	35
A Regulação da Assistência Suplementar à Saúde: Legislação e Contexto Institucional	66
As Agências de Regulação Independentes	133
Em Busca de um Sistema de Controle e Avaliação da Agência Nacional de Saúde Suplementar	144
Defesa dos Consumidores e Regulação dos Planos de Saúde	156

Parte II

Estado e Regulação da Saúde	195
Renúncia Fiscal e Assistência Médica Suplementar	216
A Regulação da Atenção à Saúde nos EUA	237

© 2002. Agência Nacional de Saúde Suplementar.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 76

Tiragem: 2.000 exemplares

Barjas Negri
Ministro de Estado da Saúde

Otávio Azevedo Mercadante
Secretário Executivo

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Januario Montone
Diretor-Presidente

João Luis Barroca de Andréa
Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos

Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior
Diretor de Desenvolvimento Setorial

Solange Beatriz Palheiro Mendes
Diretora de Normas e Habilitação das Operadoras

Maria Stella Gregori
Diretora de Fiscalização

Januario Montone
Diretor de Gestão

Marcos F. da Silva Moreira
Revisor

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Agência Nacional de Saúde Suplementar
Avenida Augusto Severo, n.º 84, Glória
CEP 20021-040, Rio de Janeiro – RJ

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Catálogo na fonte – Editora MS
FICHA CATALOGráfICA

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da
Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2002.

264 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 76))

ISBN 85-334-0505-7

1. Seguro Saúde – Legislação. 2. Assistência Médica. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Agência
Nacional de Saúde Suplementar. III. Título. IV. Série.

NLM W 100

Regulação e Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas de Assistência Médica Suplementar

Apresentação

Agências reguladoras como a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – são exemplos concretos da nova organização do Estado brasileiro, edificado a partir da segunda metade da década de 90. Esse novo modelo estatal, que trouxe um nível mais amplo de participação da sociedade ao mesmo tempo em que redesenhou o próprio papel do Governo, vem permitindo a expansão da atividade privada em diversos novos campos da economia sem abrir mão da ação governamental em promover equilíbrio e justiça social.

Nesse sentido, a ANS é um bem acabado exemplo dessa atuação do Governo. O estabelecimento de um mercado de saúde suplementar vigoroso, com foco na assistência a saúde, é uma meta a qual a ANS se lançou há pouco mais de dois anos, cujos primeiros resultados começam a aparecer.

Concorreu para o fortalecimento do papel da ANS e, em suma, do próprio setor de saúde suplementar, a busca de acumulação de conhecimentos e o estabelecimento de canais institucionais entre a Agência, Centros de Pesquisa e Universidades, cujo trabalho de pesquisadores e especialistas em economia e políticas públicas de saúde, vem fazendo a capacidade de entendimento do setor, bem como a capacidade de regulação, avançar com velocidade.

A coletânea Regulação & Saúde, fruto dessa união de esforços entre o Governo e os Centros de Produção Acadêmica é a primeira publicação nacional destinada a examinar de forma abrangente o setor de planos e seguros-saúde. Organizada de maneira democrática, uma vez que alguns dos conceitos lançados não explicitam necessariamente o pensamento da ANS, guarda a especial importância de seu pioneirismo (e aqui o leitor deve atentar que estes primeiros textos referem-se a um trabalho anterior de estruturação de um órgão regulador ainda sem a riqueza de informações de que hoje dispomos) e do esforço coletivo em lançar luzes sobre um setor, que aflorou nos últimos 40 anos longe da vigilância do Estado e, portanto, da própria sociedade.

A todos os que colaboraram para essa obra, os agradecimentos da ANS.

Januario Montone
Diretor-Presidente

PREFÁCIO

Esta publicação é resultado de pesquisas desenvolvidas, no ano de 1999, no projeto "Regulação do Mercado de Planos e Seguros Saúde", sob os auspícios do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Seus resultados, obviamente, não expressam a posição oficial da instituição nem implicam qualquer compromisso de implementar sugestões ou idéias ali contidas. Mas são um exemplo de como a interação entre uma agência executiva pública e um conjunto de instituições de pesquisa pode propiciar um ambiente de debate aberto e amplo em que se produzem novos conhecimentos que, em última instância, proporcionarão melhores condições para a ação regulatória da ANS.

Acoletânea reúne uma excelente amostra das primeiras pesquisas, de cunho acadêmico, realizadas no Brasil, na área da economia da saúde e das políticas públicas sobre o mercado de planos de saúde e sua regulação.

As investigações até então disponíveis sobre este mercado tinham sido realizadas por empresas de consultoria e/ou por entidades de representação das operadoras, com exceção das raras teses acadêmicas e dos poucos artigos, publicados em revistas especializadas.

As fontes de informação predominantes eram, portanto, as do próprio mercado, que apresentavam a limitação do relato de dados agregados sobre a quantidade de clientes e o faturamento das empresas.

A construção do novo regime regulador torna evidente a necessidade de se aprofundar o entendimento sobre os elementos e as relações estruturantes da operação de planos e seguros de saúde. Em especial porque a legislação amplia, substancialmente, a presença da esfera pública no campo sanitário, ao instituir a função reguladora da ANS e ao submeter às disposições da Lei n.º 9.656/98 "as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade" (Artigo 1º.).

A regulação de planos e seguros de saúde é uma atividade governamental destinada a corrigir as falhas de mercado e condições contratuais que afetam consumidores e empresas e repercutem negativamente na opinião pública.

Os principais problemas desse mercado são claramente identificáveis, considerando as demandas e as queixas dos consumidores sobre a natureza dos contratos e as imposições unilaterais das empresas:

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

A experiência reguladora ainda é incipiente no setor saúde, mesmo se levarmos em conta as experiências internacionais. Nos casos estudados, a regulação se tem concentrado na definição de teto para as receitas dos provedores na prestação de serviços ao setor público, especialmente dos hospitais.

Também é escassa a experiência reguladora de terceiros, pelo poder público, em um ramo tão pulverizado e de pouca elasticidade da demanda, como é o mercado de empresas operadoras de seguros ou planos privados de assistência.

O objetivo estratégico do regime de regulação na saúde, é, através de leis e resoluções, melhorar a qualidade dos contratos, contribuir para que as empresas se sustentem e gerar incentivos que beneficiem os consumidores.

E se destina a corrigir as falhas de um mercado muito singular de provisão de serviços, se comparado aos serviços de utilidade pública.

Os trabalhos aqui desenvolvidos indicam ser vital para o sucesso do programa de regulação, a análise, em detalhe, do mercado de planos e seguros de saúde e das suas relações com os consumidores e com as políticas públicas.

Um dos aspectos importantes dessa coletânea é a utilização de um conjunto diversificado de referenciais teóricos e metodológicos da pesquisa sobre organização, financiamento e regulação de serviços de saúde.

A questão é analisada sob o ângulo dos estudos sobre o *Estado de bem-estar social*, da reforma do Estado, da organização da operação de planos nos EUA e em países da América Latina e da relação entre a esfera pública e a privada.

Percorreram-se fontes de informação sobre dimensões absolutamente inexploradas da operação de planos de saúde. Desde o levantamento de informações da Receita Federal para

estimar a renúncia de arrecadação fiscal, na área dos planos de saúde, até as queixas contra as operadoras registradas em entidades de defesa do consumidor.

Esse esforço de investigação oferece uma visão mais realista sobre possibilidades e limites de utilização destas fontes.

Em termos metodológicos foi possível caminhar passos largos, uma vez que a interdisciplinaridade presidiu o conjunto das pesquisas realizadas. Foi-se a campo para conhecer os planos empresariais, para entrevistar investidores, para comparar o modelo regulador da ANS com outras agências reguladoras, para entender a mescla de público e privado no Brasil.

Por todas estas razões, estes trabalhos constituem um marco no processo de investigação da regulação dos planos de saúde no Brasil e do desenvolvimento das funções públicas no setor.

João Luis Barroca de Andréa
Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos / ANS

INTRODUÇÃO

Ligia Bahia* & Ana Luiza Viana**

Nos sistemas nacionais de saúde a oferta, o financiamento, a operação e a regulação dos serviços são, em geral, prerrogativas da associação entre as iniciativas pública e privada. E as características e organização destas ações variam, interna e externamente, nos diferentes países, de acordo com o contexto histórico.

Após a segunda grande guerra, consolidou-se a tendência de se instituírem sistemas integrados públicos. Nesses sistemas, cabia ao Estado o financiamento e a provisão de serviços. Para tanto, o Estado valia-se de recursos humanos em regime de contrato com o setor público, ou seja, valia-se de funcionários públicos. O Estado concentrava, as funções de proprietário, financiador e gestor de sistema.

O momento atual evidencia mudanças nas participações pública e privada. E, assim, estimula a reorganização institucional das relações entre essas instâncias, na área da saúde, em consonância com as transformações das funções e do papel do Estado.

A presente fase dos sistemas de saúde caracteriza-se pela introdução de mecanismos de mercado na provisão dos serviços; pelas proposições de renúncia do Estado à responsabilidade por essas funções e pelo fortalecimento da participação da oferta e das despesas privadas em saúde. Acrescente-se, ainda, a diversificação da demanda de saúde em necessidades até então inusitadas, como a busca de tipos alternativos de terapias e medicamentos, de profissionais não-médicos e de atendimento diferenciado segundo a qualidade dos locais de internação, etc.

O aumento do gasto privado dá-se tanto através do desembolso direto quanto da expansão dos planos e seguros privados. Segundo Lassey¹, na maioria dos países europeus o crescimento da despesa privada em saúde acentuou-se, nos últimos anos. E atingiu, em alguns casos, aproximadamente 15% do gasto total, da área através da oferta de planos suplementares de saúde pelas grandes empresas. Segundo o autor, tal

* Professora adjunta do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/UFRJ

** Professora adjunta do IMS/UERJ

¹ LASSEY, M. L. & LASSEY, W. R. & JINKS, M. J. *Health Care Systems around the World. Characteristics, Issues, reforms.* Usa, Prentice-Hall, Inc., 1997.

fenômeno decorre da insuficiência da cobertura do sistema público - em países como Inglaterra e França - ou da substituição, nas faixas de renda mais alta, do sistema público pelos planos privados, como na Alemanha.

No Canadá, por exemplo, o gasto privado cresceu, em parte, em virtude da procura

de terapias e medicamentos alternativos e de profissionais não-médicos, assim como da restrição da cobertura pública e do aumento das tarifas cobradas pelos serviços privados profissionais autônomos.

Os sistemas de saúde são compostos por distintos modelos de gestão de riscos, distribuídos entre Estado, mercado e família. O antigo sistema de proteção social — *Welfare State* — pode ser definido como uma imensa rede de socialização do risco, cuja política de solidariedade implica mecanismos de divisão dos riscos dos seguros entre grupos e classes sociais.

A tendência contemporânea de fortalecimento da esfera do mercado, classes sociais, a diversificação da demanda em saúde, além do impacto do próprio processo de reforma no setor, induziram uma reorientação das funções e responsabilidades do Estado, do setor privado e dos usuários. O Estado passou a ter novas atribuições, como as de regulação, controle e avaliação e ampliou-se a participação do mercado e da família na produção, no gasto e no financiamento do sistema de saúde. Essas mudanças compõem uma (re) institucionalização da relação público-privado.

Porém, como o afirma Esping-Andersen², a transferência dos riscos para instituições privadas, especialmente dos riscos que envolvem a vida humana, reveste-se sempre, por sua própria natureza, de um tecido social.³ Assim, o poder de mobilização política e de ampliação da esfera pública é fundamental para afastar a carga de riscos dos âmbitos do indivíduo e da família, considerando-se, ainda, que um risco individual pode transformar-se em social, e vice-versa.

A RELAÇÃO PÚBLICO - PRIVADO NA ÁREA DE SAÚDE NO BRASIL

No plano da oferta, o sistema de saúde brasileiro é composto, principalmente, por serviços privados. E constitui-se num dos maiores mercados de compra e venda de serviços de saúde no mundo. Essa realidade forçou a separação, em nosso país do financiamento e da provisão desses serviços antes mesmo que esta recomendação fosse incluída na de reformas do sistema sanitário.

² ESPING-ANDERSEN, G. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. New York, Oxford Press, 1999

³ Os seguros sociais, impregnados por um caráter sindical, são distintos daqueles estabelecidos entre seguradoras e segurados, individualmente. Os primeiros emergem da tessitura de relações verticais, que revelam conflitos de interesses; os seguros individuais permanecem encobertos por relações nas quais se trocam equivalentes, relações baseadas na livre declaração de vontades do direito privado.

Esse grande mercado privado, - profissionais médicos, ambulatórios, hospitais, serviços diagnóstico-terapêuticos, laboratórios — vende serviços de saúde tanto para o setor público como para os planos e seguros privados.

Após as políticas de fortalecimento do modelo público, implantadas na década de 80,

tanto o setor público quanto o privado expandiram-se consideravelmente; nos anos 90, o setor público manteve seu ritmo de expansão, e houve uma relativa das taxas de crescimento dos planos e seguros de saúde privados.

O crescimento simultâneo desses dois modelos fomentou um falso paradoxo, baseado numa falsa dicotomia: por um lado, a expansão dos planos privados justificava-se pela insuficiência do modelo público, do SUS; por outro, o avanço das políticas de tendência neoliberal, seria a causa da substituição do sistema público pelo de mercado⁴ e assim estaria confirmada a hipótese sustentada por Lassey, de que as insuficiências do sistema público e o processo de concentração de renda - inerente às políticas neoliberais - explicariam o crescimento das ofertas e despesas privadas.

Esse fato, porém, põe em dúvida as proposições reformistas de cunho universal e as políticas de assistência seletiva. Pois o crescimento das alternativas particulares, desafia, por um lado, a construção de um sistema de proteção social, universal e redistributivo, e, por outro, revela perspectivas para a regulação de um segmento já consolidado.

Para determinados autores, os esquemas de assistência privados, evidenciam os padrões híbridos das políticas sociais no Brasil e não expressam, apenas, meras relações de soma e subtração entre partes autônomas. Contribuições como a de Santos⁵, - sobre a cidadania regulada -, a de Favaret⁶ - a respeito da universalização excludente - a de Werneck⁷, - sobre uma americanização do sistema de proteção social brasileiro - e o conceito de cidadania invertida - formulado por Fleury-Teixeira⁸ - desautorizam o uso de modelos de explicação muito simplificados.

Contudo, hipóteses a verem no antagonismo entre o SUS e os planos privados de saúde o único determinante do mosaico político e institucional do sistema de saúde

⁴ O avanço das políticas neoliberais também explica a insuficiência do SUS.

⁵ SANTOS, W. G dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro, Campus, 1987.

⁶ FAVARET, P. Fº e OLIVEIRA, P. J. *A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde*. Dados v 33 (2): 257-283, 1990.

⁷ WERNECK, M. L. T. V. *A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil*. Dissertação de Doutorado. Rio de Janeiro, IUPERJ, 1998.

⁸ FLEURY-TEIXEIRA, S. M. *Estado sem Cidadãos: Seguridade Social na América Latina*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.

brasileiro, ainda orientam parte dos discursos e das ações destinadas a regular as relações entre as esferas pública e privada.

Considera-se que a coexistência de dois sistemas distintos de saúde é viável. No entanto, são habituais as expressões como “só fica no SUS quem não tem recursos para comprar um plano” ou “quem pode pagar tem plano de saúde; então, o SUS pode cuidar melhor dos pobres”, expressões que pressupõe a existência de uma barreira intransponível entre as duas redes assistenciais. Sob esta acepção, o único ponto de contato dessas duas realidades seria a oferta de tecnologias sofisticadas, de que, estabelecimentos públicos por vezes também dispõem.

Nos debates ensejados pela legislação sobre a regulamentação do mercado de planos e de seguro de saúde, argumentava-se que as ampliações de cobertura isentariam o SUS do atendimento aos clientes da assistência médica suplementar.

Todavia, ainda restam lacunas na reflexão sobre as inter-relações entre o SUS e os planos privados de saúde, sobretudo quanto à natureza dos riscos sob cobertura e às redes de assistência voltadas à clientela — com ou sem vínculo — das empresas de assistência médica suplementar.

BREVE HISTÓRICO DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Alguns dos atuais esquemas de assistência privada à saúde, baseados na captação de recursos de empresas empregadoras e de seus empregados, foram criados nos anos 40 e 50. Exemplos disso são, no setor público, a implantação da Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) e a assistência patronal para os servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (atual Geap) e, mais tarde, a inclusão da assistência médico-hospitalar entre os benefícios oferecidos aos empregados das recém-criadas empresas estatais. E, no setor privado, os sistemas assistenciais a acompanhar a instalação da indústria automobilística, particularmente das montadoras estrangeiras.

A terceira alternativa — organização de sistemas assistenciais destinados exclusivamente aos funcionários estaduais desprotegidos pela Previdência Social — surgiu a partir dos anos 50. E configurou a face dos serviços de saúde destinados exclusivamente aos servidores públicos com regimes próprios de previdência.

Esses sistemas particulares possuíam serviços próprios e/ou adotavam o sistema de reembolso de despesas médico-hospitalares. Os empregados eram atendidos, nos serviços médicos das fábricas, em ambulatórios das caixas de assistência e por provedores privados, pagos pelo cliente; essa despesa era, posteriormente, reembolsada.

A intensidade com que se utilizavam os serviços dos Institutos de Aposentadorias e Pensões da Previdência Social e das redes pública estadual e municipal, variava de acordo com a abrangência da cobertura oferecida pelos esquemas de assistência das empresas empregadoras.

A partir de meados da década de 60, as relações entre financiadores e provedores de serviços foram substancialmente modificadas. Os denominados convênios médicos entre empresas empregadoras e empresas médicas (cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo), mediados pela Previdência Social, estimularam, decisivamente, o processo empresarial da medicina. E empresas médicas, contando inicialmente com suas redes próprias, ganharam força na organização dos prestadores de serviços, em detrimento da prática médica liberal e da autonomia de cada estabelecimento hospitalar ¹.

As medicinas de grupo organizaram-se em torno de proprietários e/ou acionistas de hospitais; as Unimed's surgiram como uma alternativa, heterodoxa, para se conseguir a prática, nos consultórios médicos, através da constituição de cooperativas de trabalho. Tais empresas, especializadas na comercialização de planos de saúde, especialmente as empresas de medicinas de grupo, logo ampliaram suas redes de serviços.

Essa expansão decorreu tanto da imposição das normas da Previdência Social relativas às coberturas mínimas - que incluíam atendimento ambulatorial em determinadas especialidades -, quanto da necessidade de competir com as Unimed's.

Assim, as empresas médicas organizaram suas redes assistenciais próprias. Mas, em virtude da presença de poderoso financiador de serviços — a Previdência Social —, e diante da resistência, da parte dos médicos, à perda de autonomia, tornaram-se compradoras de serviços, através do credenciamento de profissionais, laboratórios e hospitais. As Unimed's complementaram suas redes com o credenciamento de hospitais e laboratórios. E as medicinas de grupo, por meio da compra de consultas realizadas pelos médicos em seus próprios consultórios.

Àquela época, muitas empresas empregadoras, especialmente as estatais e multinacionais de grande porte, ao invés de buscarem seus sistemas assistenciais externos, preservaram seus próprios planos². Este subsegmento, não-comercial, de planos de saúde optou pelo credenciamento de serviços como principal estratégia de organização de redes assistenciais, e passou a representar uma alternativa de remuneração aos provedores de serviços.

¹ CORDEIRO, H. *As Empresas Médicas: transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

² GIFFONI, R. M. *Assistência Médica e as Relações de Trabalho na Empresa: o Modelo de Convênio com a Previdência Social*. São Paulo, Dissertação de Mestrado, USP, 1981.

As décadas de 60 e 70 foram marcadas pela constituição de redes de serviços privados, contratadas pelo Estado e de instituições privadas. Vigoravam, ainda, regimes diferenciados de atendimento, desde aqueles vigentes no âmbito da Previdência Social — que mantinha mecanismos de contratação e financiamento de serviços para os trabalhadores rurais — até os esquemas de assistência alternativos.

Um mesmo hospital poderia destinar acomodações diferenciadas para trabalhadores urbanos e rurais. E destinar quartos particulares, e acompanhamento de médicos escolhidos pelos clientes, para os que efetuassem pagamento suplementar, ou que estivessem protegidos por esquemas assistenciais mais pródigos.

O valor da Unidade de Serviço (US) do INPS servia como padrão para a remuneração

dos procedimentos médico-hospitalares. A normatização do seguro de saúde - através da Resolução 11 do Conselho Nacional de Seguros, em 1976 - legitimou a prática do reembolso das despesas assistenciais; o cálculo dessas despesas baseava-se “no valor da unidade de serviço do INPS multiplicado pelo nível de cobertura”.

No início dos anos 80, havia cerca de 15 milhões de clientes dos planos de saúde — excetuando-se os de planos próprios —, registrado pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge)³ e pela Federação das Unimed's. Esses números revelavam a persistência e a consolidação das empresas de planos de saúde como alternativas assistenciais para os trabalhadores especializados da região sudeste.

A visibilidade do mercado de planos de saúde, porém, não correspondia à sua magnitude. As razões para tal disparidade podem ser atribuídas à caracterização distorcida dos planos das empresas — como benefícios concedidos pelo empregador, e não como direitos assistenciais — e ao menor grau de dependência dos médicos e hospitais particulares diante do financiamento da assistência suplementar.

No final da década de 80, revelou-se a existência de vultoso mercado de planos de saúde. Ao mesmo tempo, houve a intensificação da comercialização de planos individuais, a entrada decisiva de grandes seguradoras no ramo da saúde, a adesão de novos grupos de trabalhadores à assistência médica supletiva — em particular, funcionários públicos da administração direta, das autarquias e das fundações — e a vinculação inequívoca da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar.

Com esse processo de expansão, acentuou-se a organização de sub-redes, fragmentando-se cada vez mais o sistema. Assim, um hospital, conveniado,

³ *Informe de Imprensa: dados e números da medicina de grupo*. São Paulo, ABRAMGE (mimeo), 2000.

simultaneamente, com o SUS e com inúmeras empresas de assistência suplementar, podia tornar-se, também, empresa de plano de saúde.

Com a adoção do plano real, em 1994, a perspectiva de aumento do poder de compra de expressivo contingente populacional e a informalidade do mercado de trabalho estimularam a comercialização de planos individuais, por intermédio de hospitais filantrópicos e empresas médicas. Esses planos ofereciam o acesso a serviços restritos, e/ou a um único estabelecimento hospitalar, geralmente localizados em periferias das grandes cidades ou em municípios de médio e pequeno portes.

A REGULAMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR

Havia consenso em torno da necessidade de intervenção estatal sobre a atuação das operadoras de planos de saúde. As divergências diziam respeito, apenas, aos objetivos e limites dessa intervenção. Mas só a partir de 1998, com a promulgação da Lei nº 9656, coibiram-se os abusos das operadoras de planos de saúde contra os consumidores.

Em termos gerais, a regulamentação visava corrigir e atenuar as falhas do mercado, como a assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços e a seleção de riscos. A seleção dava-se da parte das empresas de planos - que preferem oferecer cobertura para os riscos menores - e, por parte de clientes, - que tendem a adquirir seguros e planos em razão de já apresentarem um problema (seleção adversa) e a consumir mais serviços em função das coberturas dos planos (risco moral ou moral hazard).

A regulamentação tinha como objetivos principais corrigir as distorções quanto à seleção de riscos, praticada pelas operadoras, e preservar a competitividade do mercado. Para tanto, deveria haver ampliação de cobertura; ressarcimento ao SUS; registro das operadoras; acompanhamento de preços pelo governo; obrigatoriedade da comprovação de solvência; reservas técnicas; permissão para a atuação de empresas de capital estrangeiro e proibição do monopólio de atividades por uma única empresa.

A intervenção estatal para corrigir o mercado gerou polêmica. Argumentava-se, por exemplo, que teria a finalidade de abrir o mercado às empresas estrangeiras, e que o capital internacional seria um instrumento de revitalização da operação de planos de saúde, e de desmonte do mercado nacional.

Em contrapartida, com vistas a proteger os direitos dos consumidores e a autonomia médica, considerava-se que as políticas governamentais deveriam garantir assistência de boa qualidade aos clientes dos planos, e coibir as restrições ao atendimento e os obstáculos à utilização de determinados procedimentos.

As empresas médicas e as seguradoras, resistiam a ampliar o alcance de suas coberturas; as operadoras de pequeno porte ameaçavam falir, em virtude da exigência

de comprovação de solvência. Assim discutiam-se os limites da regulação governamental e a intensidade da intervenção estatal sobre o mercado.

Esses conflitos foram reinterpretados pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde. Esses ministérios tornaram-se defensores, respectivamente, de uma regulação governamental de menor intensidade, institucionalizada através da Susep, e de uma ação mais efetiva do Estado, a caber ao Ministério da Saúde.

O debate em torno da elaboração da Lei 9656 teve o mérito de revelar uma série de abusos das operadoras contra os clientes, e de remeter à esfera pública as prerrogativas de regulação e controle da assistência oferecida pelas empresas de medicina suplementar. Ainda não foram, contudo, reveladas, as características inconfessas da assistência médica suplementar como a estratificação interna, as fronteiras entre subsistemas assistenciais e os mandamentos ético-financeiros das empresas. Preservaram-se, também, as influentes coalizões de interesses a sustentarem as regras de auto-regulamentação e, sobretudo, um processo de decisão a se pautar pela inversão das atribuições dos poderes legislativo e executivo. Portanto, os avanços desse processo não lograram contribuir para o

aperfeiçoamento das políticas de gestão dos riscos à saúde, nos âmbitos público e privado.

Uma avaliação dos obstáculos para o cumprimento dos preceitos legais ajuda a elucidar a relativa imunidade, à intervenção governamental, das regras a organizarem o mercado de assistência suplementar. O Ministério da Saúde, por exemplo, viu-se pressionado por grandes seguradoras e por entidades de defesa do consumidor, e as isentou de adaptar os contratos antigos à necessidade de ampliação das coberturas, prevista pela legislação (Medida Provisória 1908-17).

Diante da determinação de ampliar a cobertura, as ameaças de elevação brutal dos preços dos prêmios por parte da assistência médica suplementar constituída por clientes de planos individuais, do tipo executivo, legitimaram, na prática, o direito do consumidor, de “optar” por manter-se vinculado a um plano mais barato, com coberturas restritas.

Isso incidiu diretamente sobre outro pilar da regulamentação, o ressarcimento ao SUS, concebido para desestimular o atendimento de clientes de planos de saúde em estabelecimentos da rede pública, e da rede privada sob regime de convênio com a rede pública. Os entraves ao cumprimento do dispositivo legal que determinara o ressarcimento ao SUS revelaram uma prática comum a provedores de serviços, públicos e privados. A introdução de uma terceira tabela para a remuneração dos procedimentos - a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (Tunep), concebida segundo

valores intermediários entre os preconizados pela AMB e pelo SUS -, provocou reações paradoxais. Alguns médicos recusam-se a registrar o consumo de certos procedimentos, quando os mesmos são melhor remunerados pelo SUS, como despesas das operadoras; por outro lado, as operadoras argumentam que seus clientes escolhem espontaneamente o SUS, e, por isso, as empresas estariam desobrigadas a ressarcir tais despesas.

Hoje, qualquer previsão sobre os desdobramentos da exigência de ressarcimento ao SUS seria precipitada, pois estamos no estágio inicial de adequação à legislação. Existem indícios, porém, da ineficácia de medidas eminentemente tecnocráticas para regular os tradicionais mecanismos de transferência de clientes entre os setores público e privado.

Dois outros temas – a abertura do segmento ao capital estrangeiro e as regras econômico-financeiras voltadas à comprovação de reservas e solvência –, dizem respeito às intenções de se estimular a reorganização do mercado.

A reconfiguração do mercado de planos de saúde — em face das alterações na legislação sobre acidentes de trabalho e sobre previdência complementar, e da quebra do monopólio estatal do resseguro — inclui promessas de estruturar sistemas de seguridade integrados ao âmbito privado. Inclui integrar, por exemplo, um plano de saúde ao seguro de acidente de trabalho. Por enquanto, os efeitos dessas normas legais não provocaram mudanças radicais na origem do capital, ou nas naturezas jurídica e institucional das operadoras, e nem na quantidade de empresas de planos e de seguro de saúde de menor porte. Observa-se, inclusive, um movimento em direção oposta, por parte de seguradoras estrangeiras - como a Cigna e a Aetna, antes associadas a empresas nacionais.

O quinto ponto da agenda de debates sobre a regulamentação — o seu lugar institucional —, foi alvo de acirradas disputas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda e resultou na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 1999. A ANS, tal como a Agência de Vigilância Sanitária e suas congêneres, instituídas para regular monopólios estatais que passaram ao domínio foram privatizado, possui autonomia de orçamento e de decisão. Todas as agências reguladoras assemelham-se, quanto à estrutura, às dos setores de telecomunicações, de energia elétrica e de petróleo. Diferem, contudo, quanto à natureza das ações reguladoras. Pois as agências dos setores de comunicações e de energia voltaram-se para a formação e a diversificação dos mercados. As de saúde tinham a intenção de constituir mecanismos, estatais, mais afazeres de fiscalização e controle de preços.

Qualquer avaliação sobre os impactos da ANS sobre o mercado de planos e de seguro de saúde deve ser precedida por estudos mais específicos e aprofundados. No entanto, são polêmicos os pressupostos que orientaram a constituição dessa agência.

As criações da ANS, e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a despeito das dúvidas sobre a adequação de seus modelos de regulação aos objetivos do governo, expressam a ampliação das atribuições das instituições a gerirem no setor da saúde. A mudança no perfil de um Ministério antes combalido, a suplicar recursos, e, agora, defensor dos direitos do consumidor de planos de saúde e de medicamentos, encarna-se na criação de novas instituições, livres dos vícios da burocracia tradicional. Ao mesmo tempo, a ANS difunde conceitos, e acolhe iniciativas que entram em conflito com as diretrizes de universalização, equidade e descentralização do sistema público de saúde. A expressão “saúde suplementar” — inadequada para denominar a Instituição — parece condensar as dificuldades para se formular, e por em prática políticas públicas de regulação do mercado de planos de saúde.

No entanto, a escolha da ANS como órgão regulador da assistência médica suplementar vem sendo poupada de críticas radicais. Os conflitos em relação às normas legais dizem respeito à intensidade e à oportunidade das ações reguladoras. Deduz-se, portanto, que a regulamentação avançou mais velozmente no plano político-institucional do que no da implementação das regras legais.

As razões de tal descompasso são atribuídas, quase sempre, às resistências das operadoras à legislação. Apesar de haver consenso sobre a necessidade da regulamentação, as divergências entre as operadoras de planos de saúde e a ANS não foram suficientemente dirimidas e têm motivado acirradas disputas judiciais.

As relações entre o público e o privado, na saúde, exigem a ampliação dos debates,

a fim de que a regulação do mercado venha a orientar-se para a melhoria das condições de saúde. A atual legislação não reconhece a base social do financiamento da assistência médica suplementar e, tampouco, o mosaico público-privado que estrutura o setor da saúde. E, assim, é incapaz de dar outra direção aos recursos lançados no mercado de planos de saúde.

A nosso ver, a regulação pública do setor privado deveria concentrar seus esforços no aumento da competitividade desse mercado, tanto em preços quanto em qualidade. E, simultaneamente, legitimar a ação de governo, através da reavaliação das atuais regras de subsidiamento através de deduções fiscais, do atendimento das demandas de planos de saúde.

As tarefas reguladoras, fundamentadas no pressuposto de um reordenamento da produção privada, segundo a lógica da gestão de bens públicos, devem acompanhar o rumo das políticas de provimento e distribuição dos serviços públicos.

A regulação pública dos planos privados de saúde requer a construção de novas relações de compartilhamento de riscos à saúde entre Estado, empresas

empregadoras e famílias. É necessário rever o painel de seleção de riscos utilizado pelos provedores de serviços de saúde, e adequá-lo às demandas e necessidades dos clientes do SUS e dos planos de saúde.

Por enquanto, a divisão de responsabilidades, pelos riscos da assistência à saúde entre Estado e mercado resulta num quadro de iniquidades mais grave do que haveria se a aporte sociedade não destinasse recursos aos planos de saúde. A carga de riscos de despesas com saúde das famílias de clientes cobertos por planos empresariais, do tipo executivo, não-contributivo, é totalmente voltada para fora, enquanto são vultosas as despesas dos clientes de planos básicos, contributivos, especialmente os que prevêm o co-pagamento do consumo dos serviços. Apesar disso, a divisão do sistema entre público e privado continua a basear-se no critério que distingue os clientes entre pagantes e não-pagantes.

O desenvolvimento de pesquisas, como as apresentadas nesta coletânea sobre a assistência médica suplementar, é fundamental para aprofundar-se o conhecimento sobre o sistema de saúde brasileiro. E poderá contribuir para reformular o conceito de saúde, um conceito reduzido, no âmbito da assistência suplementar, a uma relação de procedimentos médico-hospitalares.

Os artigos contidos nesse livro auxiliam as investigações sobre as relações de autonomia e dependência das empresas de planos de saúde diante do SUS. E, conseqüentemente, revelam os problemas inerentes ao processo de regulação, pelo governo, da assistência médica suplementar.

NOTA SOBRE A REGULAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE DE EMPRESAS, NO BRASIL

*Aloisio Teixeira**

*Ligia Bahia***

*Maria Lucia T. Werneck Vianna****

INTRODUÇÃO

Os planos de saúde de empresas representam uma importante parcela do segmento de assistência médica suplementar. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada pelo IBGE (PNAD 98), entre os cerca de 16 milhões de titulares de planos de saúde, pelo menos 60% estão diretamente vinculados a esses planos (TABELA 1).

TABELA 1 TITULARES DE PLANOS DE PLANOS DE SAÚDE SEGUNDO FINANCIAMENTO DO PRÊMIO BRASIL (1998)		
RESPONSÁVEL	NÚMERO ABSOLUTO	%
Somente Empregador	2.130.459	13,18
Empregador-Empregado	7.441.827	46,04
Individual	4.935.750	30,54
Outro	1.642.422	10,16
Sem Declaração	12.534	0,08
Total	16.162.992	100,00
Fonte: PNAD/IBGE 1998		

Esta proporção é um pouco menor do que a encontrada pelo IBOPE em uma pesquisa sobre assistência à saúde, realizada em 1998, cujo resultado indicou um percentual de 65% para esse tipo de contrato. Os dados da pesquisa do IBOPE, sugerem, ademais, uma correlação entre forma de contratação (individual ou empresarial) e renda: existem, proporcionalmente, mais pessoas afiliadas aos planos individuais nas faixas de renda mais elevada (TABELA 2).

* Doutor em Economia pela Unicamp; professor do Instituto de Economia da UFRJ.

** Doutora em Saúde Pública pela ENSP; professora da Faculdade de Medicina e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ.

*** Doutora em Ciência Política pelo IUPERJ; professora do Instituto de Economia da UFRJ.

TABELA 2 FINANCIAMENTO DO PRÊMIO DOS PLANOS DE SAÚDE BRASIL FEVEREIRO DE 1998					
	RENDA FAMILIAR (EM SM)				
	ATÉ 2 SM (%)	2 a 5 SM (%)	5 a 10 SM (%)	➤ que 10 SM (%)	TOTAL (%)
Empresa como Titular	32	38	47	38	39
Empresa como dependente	37	38	20	23	27
Individual	34	25	34	42	35
Fonte: Pesquisa de Opinião Pública - IBOPE, 1998					

A assistência médica suplementar oferecida através de planos de empresas envolve uma complexa variedade de processos a relacionarem empresas empregadoras, operadoras de planos de saúde, hospitais e provedores de serviços. Esses planos representam o principal eixo em torno do qual se movem a grande maioria das empresas médicas, seguradoras, inúmeros estabelecimentos de saúde e médicos.

A lógica a presidir os contratos, formais ou não, desses planos, no Brasil, é muito distinta da que orienta os planos individuais. Os contratos de planos de empresa pressupõem um risco homogêneo para os participantes das apólices coletivas, e sobre essa base fazem-se os cálculos de custos *per capita* dos planos (*community ratio*); os contratos dos planos individuais, ao contrário, são mais detalhados e baseiam-se em uma avaliação personalizada do risco (*experience ratio*). Os contratos entre empresas empregadoras e operadoras de planos são formais. Mas o mesmo não ocorre na relação entre o estipulante (empregador) e o empregado; assim, os clientes de planos coletivos de saúde costumam dispor de garantia efetiva, mas não contratual, de coberturas e preços.

Isso não impede, entretanto, que as coberturas dos planos de empresas sejam mais amplas do que as dos planos individuais. O poder de barganha das empresas empregadoras e as demandas e pressões, conjuntas, dos empregados - aliadas à lógica de tornar homogêneos e de diluir os riscos de grandes grupos - resulta em padrões assistenciais mais pródigos e de menor custo (pelo menos 60% mais baixos) do que os dos contratos individuais. Daí a ênfase que vem sendo dada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar aos instrumentos legais que regulam o subsegmento de planos individuais.

Ao nosso ver, contudo, a restrita formalização dos contratos - no âmbito das empresas empregadoras - e, sobretudo, a influência desses grandes compradores de planos e serviços privados de saúde na determinação das tendências do mercado, deve ser examinada pela ANS. A ANS precisa explorar as possibilidades de relação com as empresas, elementos centrais do mercado de assistência médica suplementar. Por outro lado, as transformações no mercado de trabalho — reduções de custo operadas pelas grandes empresas e relações de trabalho precárias e informais — afetam o mercado de assistência médica suplementar, e põem a ANS diante de mais um desafio: o de regular, acompanhar a viabilidade assistencial e econômico-financeira dos planos de saúde de empresas e o de estimular os contratos para trabalhadores de empresas de menor porte, e para autônomos.

A CONSTITUIÇÃO DO MERCADO DE PLANOS SAÚDE DE EMPRESAS

Desde seu início, o empresariamento da medicina no Brasil esteve fortemente ligado a determinadas demandas de empresas, especialmente da indústria de São Paulo, que buscavam alternativas de assistência, para seus empregados, mais eficientes do que a da Previdência Social. As empresas médicas (cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo), incentivadas pelas políticas de privatização que a Previdência Social estimulou, surgiram, assim, em São Paulo em meados da década de 60 e se expandiram durante os anos 70, através dos convênios-empresa. Estes convênios eram financiados pela Previdência Social, através do pagamento, *per capita*, dos trabalhadores e de seus dependentes a empresas que optassem pelo atendimento de seus trabalhadores por medicinas de grupo e empresas médicas. Ou que estruturassem uma rede de provedores de serviços administrada pela própria empresa⁴. No final dos anos 70, os convênio-empresa deixaram de ser intermediados pela Previdência Social, e passaram a ser celebrados, diretamente, entre as empresas - empregadoras e as empresas médicas.

Até meados dos anos 80, o mercado de planos de saúde era, quase que exclusivamente formado pelos planos de empresa. Nesta época, uma parte significativa das grandes operadoras de planos de saúde — como a Interclínicas, a Intermédica, a Medial, a Golden Cross e a Unimed — e os planos próprios das grandes montadoras, empresas estatais e de associações de categorias - como o dos bancários - já estavam consolidados. Em 1981, segundo a ABRAMGE, as medicinas de grupo respondiam pela cobertura de 8,5 milhões de pessoas, ou seja, cerca da metade dos 18,3 milhões de clientes contabilizados em 1999. Os planos de empresa contratados junto às empresas médicas eram, em geral, integralmente financiados pelas empresas empregadoras; algumas empresas tinham planos próprios, em especial no setor privado, e custeavam, totalmente, os planos de saúde dos seus trabalhadores. Já nas empresas estatais, e nas

categorias que, mantinham entidades jurídicas paralelas, -sob a modalidade de caixas de assistência -, os empregados sempre contribuíram para o financiamento de seus planos.

Os serviços oferecidos por esses planos eram variados. De acordo com o *status* da empresa, ou da categoria profissional, e, ainda, com o nível hierárquico dos beneficiários, o atendimento aos empregados podia restringir-se a estabelecimentos de saúde e a consultórios médicos da empresa médica contratada, facultar o atendimento em serviços próprios da empresa empregadora, ou permitir a livre escolha de serviços, através do reembolso de despesas.

Nos últimos anos da década de 80, este mercado modificou-se substancialmente, e adquiriu suas características atuais. Algumas empresas de medicina de grupo, particularmente a Golden Cross, romperam com a modalidade de convênios, e passaram a negociar planos individuais, com padrões de cobertura muito diferenciados. Alguns planos começaram a garantir atendimento em qualquer lugar do país, e outros a assegurar assistência internacional, assim atendendo as demandas de trabalhadores autônomos, ou dos que dispunham de renda para pagar um plano de saúde. E até funcionários públicos, mesmo sob a cobertura de esquemas de assistência alternativos — a exemplo dos empregados em institutos de aposentadorias e pensões de servidores estaduais e municipais e dos magistrados — estruturaram planos de autogestão. Aqueles que já usufruíam de planos privados de saúde exigiram a ampliação dos mesmos, com vistas, sobretudo, a se incluir oferta de serviços especializados. Em decorrência, modificou-se a utilização complementar de serviços de saúde públicos e privados no cotidiano das camadas médias da sociedade. O consumo de serviços de saúde passou a depender, quase exclusivamente, dos planos de saúde, no que se refere às coberturas previstas pelas operadoras; e os serviços públicos passaram a ser usados apenas para atendimentos que as empresas de assistência suplementar não ofereciam, ou para a realização de atividades típicas da saúde pública, como a vacinação, por exemplo.

A essa ampliação das demandas correspondeu uma extensão de cobertura, a se traduzir na montagem de extensas redes credenciadas, adicionais aos serviços próprios das empresas médicas, e de algumas empresas médicas empregadoras. As relações entre empresas médicas, empresas empregadoras e os provedores de serviços resultaram em um padrão de atendimentos, dos prestadores privados, a clientes dos mais variados convênios, de planos individuais e do SUS. Por sua vez, estas redes credenciadas praticamente eliminaram a modalidade reembolso, que se tornou prerrogativa apenas de um número muito restrito de clientes, de nível executivo. Além disso, muitas empresas empregadoras decidiram transformar planos não-contributários

⁴ Ver CORDEIRO (1984), GIFFONI (1981) e BAHIA (1999).

em contributários e introduziram mecanismos de co-pagamento para a utilização de serviços.

Este padrão de empresariamento mais extenso e integrado completou-se com a atuação mais sistemática das seguradoras no ramo saúde, a partir de 1989. Nesse ano, a Superintendência de Seguros Privados (Susep) autorizou as seguradoras a se vincularem a serviços de saúde⁵.

As seguradoras disputaram clientes individuais e empresas com as empresas médicas e expandiram suas atividades à administração de planos de autogestão. Adquiriram, também, através da terceirização de funções de gerência, clientes de planos próprios de empresas empregadoras. Mais recentemente, apesar da inclusão de novos segmentos ao mercado de planos e seguros de saúde, surgiram indícios de que o baixo dinamismo da economia brasileira, nesses últimos anos, e o elevado índice de desemprego no mercado formal de trabalho, estão provocando retração no volume de clientes de planos de saúde.

Os próprios dirigentes das operadoras de planos e seguros⁶, ou consultores⁷, admitem não haver um crescimento contínuo do número de clientes de planos e seguros. Por outro lado, as mudanças no mercado de trabalho estimulam mecanismos de inclusão de agregados⁸ (dependentes não – diretos) e desempregados⁹ aos planos próprios de algumas empresas e ampliam a

⁵ Os instrumentos legais relacionados com o seguro saúde (Decreto-Lei 73/66 e sua regulamentação) impediam a vinculação de provedores de serviços às seguradoras

⁶ “O ano de 1997 foi o ano de menor crescimento na história da Amil, as seguradoras tiveram resultados operacionais negativos” (Antonio Jorge Kropf, Diretor Técnico da Amil, durante conferência no seminário “O Impacto da Regulamentação nas Operações de Seguros”, realizado pela Fundação Nacional Escola de Seguros, no Rio de Janeiro, em 20 de maio de 1998, segundo anotações pessoais da pesquisadora Lígia Bahia).

⁷ “A recessão já existe entre nós e vamos viver um processo econômico de proporções alarmantes. Essa história que o setor [de empresas de planos e seguros saúde] cresce é balela. Se existe uma redução do número de trabalhadores das grandes e médias empresas, o setor decresce. A indústria, que era a grande contratante de empresas [de planos de saúde], está diminuindo. É comum que uma indústria, com 5.000 trabalhadores antigamente, agora tenha 2.000. Há uma mudança no perfil de empregos em direção à prestação de serviços, que não é contratante de planos de saúde. Essa mudança pode não impactar a proporção entre empregados e desempregados, mas impacta a quantidade de contratantes das operadoras de planos. Os números que existem por aí são de 40 milhões [de pessoas cobertas por planos de saúde]. Eu não acredito nesses números. Acredito que existam no máximo 30 a 35 milhões com planos de saúde” (Cláudio da Rocha Miranda, consultor, durante palestra na I Jornada de Saúde, realizada pela Fundação Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro, em 20 de novembro de 1997, segundo anotações pessoais da pesquisadora Lígia Bahia).

⁸ O plano de agregados da Caixa de Assistência do Banco do Brasil iniciou a inclusão de novos clientes a partir de fevereiro de 1997, e possui, atualmente, cerca de 200.000 clientes; ao “plano de associados”, que se refere aos empregados ativos do Banco, aposentados, pensionistas e seus dependentes, vinculam-se 300.000 pessoas.

⁹ A Caberj, mantida mesmo após a privatização do Banerj, criou um plano de agregados em 1996, para prestar cobertura aos ex-funcionários.

massa de clientes das mesmas. O QUADRO 1 mostra um processo acelerado de constituição de um importante segmento econômico, a ultrapassar, em muito, a motivação inicial de prestação de assistência médico-hospitalar, diferenciada, para os trabalhadores de algumas empresas.

QUADRO 1 MUDANÇAS NO MERCADO DE PLANOS E SEGUROS SAÚDE NA DÉCADA DE 90		
DEMANDAS	ELEGIBILIDADE PADRÃO ASSISTENCIAL FINANCIAMENTO	REORGANIZAÇÃO CRIAÇÃO DE EMPRESAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE
☐ Trabalhadores assalariados do setor privado	☐ Ampliação da rede credenciada de provedores de serviços.	☐ Entrada das seguradoras no mercado; ☐ Consolidação de "empresas com atuação nacional" (como Amil, Golden Cross etc.); ☐ Criação de empresas (associações, entidades de previdência fechada); ☐ Diversificação da atuação das grandes empresas e da Unimed, inclusive no que tange a aquisição e distribuição de medicamentos (como a Farmalife, do grupo Amil, e as Usimed's); ☐ Associações entre empresas de assistência médica suplementar, de distintas naturezas jurídico-institucionais; ☐ Formação de grupos empresariais; ☐ Criação de empresas de medicina de grupo de pequeno porte, e comercialização de planos por hospitais filantrópicos de cidades interioranas.
☐ Trabalhadores autônomos; ☐ Trabalhadores de pequenas empresas com altos rendimentos	☐ Planos individuais; ☐ Atendimento através de redes credenciadas de serviços.	
☐ Funcionários públicos de instituições federais	☐ Ampliação da rede credenciada de provedores de serviços; ☐ Adesão aos planos de outras instituições públicas (GEAP): ☐ Contratação de planos de saúde de empresas médicas ou de seguradoras; ☐ Estruturação de planos para absorver funcionários demitidos e dependentes agregados; ☐ Introdução de mecanismos de co-pagamento.	
☐ Funcionários públicos de instituições estaduais e municipais	☐ Ampliação da rede credenciada de provedores de serviços; ☐ Contratação de planos de saúde de empresas médicas ou seguradoras.	
☐ Trabalhadores autônomos; ☐ Trabalhadores de pequenas empresas com baixos rendimentos	☐ Planos individuais; ☐ Atendimento através de redes próprias de serviços de empresas médicas regionalizadas	

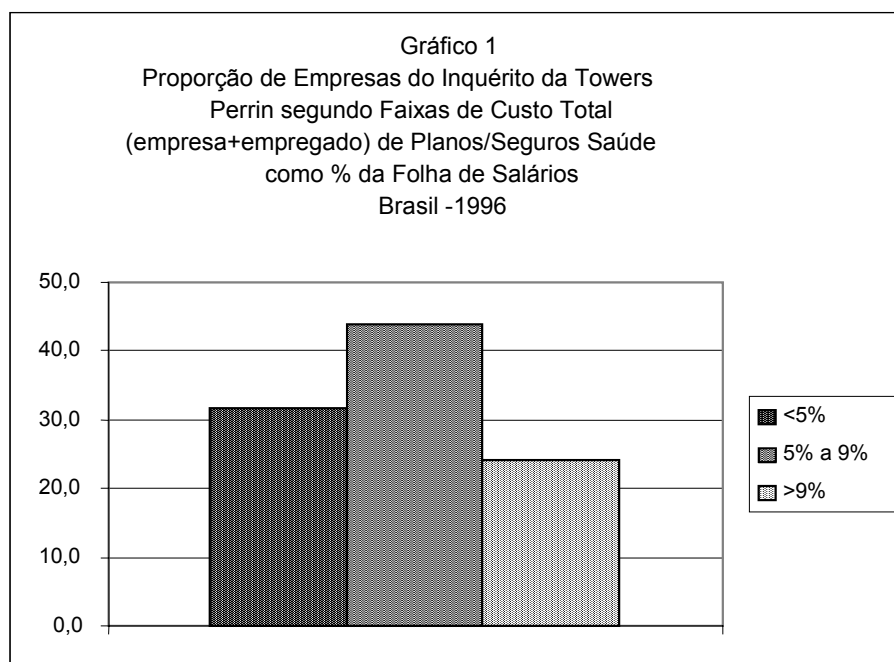
PERFIL DO MERCADO DE PLANOS DE EMPRESAS

As pesquisas sobre planos de benefícios das empresas brasileiras, realizadas pela Towers Perrin, de 1988 a 1999, sobre algumas das empresas de maior porte, mostram que praticamente todas as grandes empresas possuem planos privados de saúde. E que um percentual elevado das mesmas também oferece seguros de vida e planos de previdência complementar para seus empregados (TABELA 3).

TABELA 3 PROPORÇÃO DE EMPRESAS QUE CONCEDEM BENEFÍCIOS SELECIONADOS DO INQUÉRITO DA TOWERS PERRIN BRASIL 1988-1996 1999									
	1988	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1999
Planos Saúde	98.51	97.80	99.38	97.09	97.05	94.48	97.70	92.74	100.00
Seguro de Vida	89.55	92.04	90.74	91.26	94.22	88.31	91.57	87.13	94.00
Previdência Privada	34.83	34.96	37.65	42.07	48.08	48.05	52.49	52.15	68.00

Fonte: Planos de Benefícios no Brasil - Towers Perrin

Para aproximadamente 49% das empresas pesquisadas pela Towers Perrin, em 1999, o custo dos planos de saúde representou entre 5% a 9% das folhas nominais de salários (GRÁFICO 1). Informações da ABRASPE confirmam estes resultados: durante 1999, as empresas privadas, com planos próprios, comprometeram, em média, 5,12% de sua folha nominal com assistência médico-hospitalar, privada.

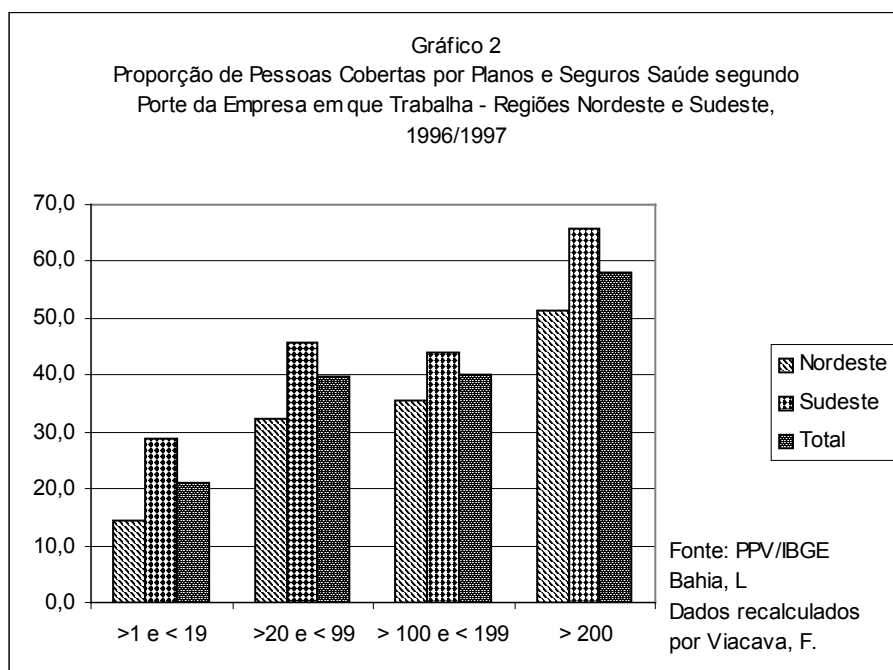


Além dos planos e seguros de saúde, que restringem suas coberturas à assistência médico-hospitalar, muitas empresas propiciam a seus empregados medicamentos, óculos, lentes e assistência odontológica - através de reembolso e de - planos adicionais aos denominados convênios médicos. As despesas das empresas com benefícios relacionados diretamente à saúde ultrapassam, portanto, as que realizam - com o pagamento de planos de saúde, ou com a utilização de serviços médico-hospitalares. A composição dos benefícios, inclusive os de saúde, varia muito segundo as empresas, embora seja possível associar algumas características do conjunto de benefícios ao tipo de empresas. Assim, empresas de maior porte, pertencentes aos setores mais dinâmicos da economia e/ou sob regime de monopólio, bem como as que possuem trabalhadores mais organizados, tendem a ser mais pródigas nos benefícios¹⁰.

Disparidades entre os benefícios oferecidos pelas pequenas e pelas grandes empresas são sobejamente conhecidas, e exploradas na literatura. Nos Estados Unidos, parte dos trabalhadores de pequenas empresas compõe uma das parcelas da população desvinculada de alguma alternativa formal de proteção social; essa realidade estimulou a adoção de incentivos tributários, a fim de se incluir estes trabalhadores em planos de saúde, bem como de se garantir aos que viessem a mudar de emprego; o direito de conservar o plano.

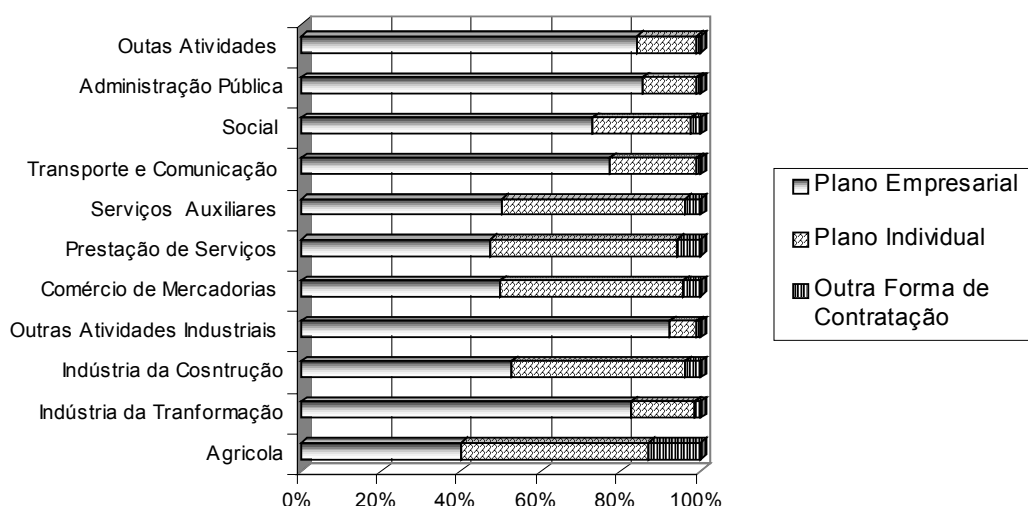
No Brasil, a associação entre cobertura de planos de saúde e vínculo empregatício a empresas de maior porte é muito nítida, como o mostram os resultados da Pesquisa sobre Qualidade de Vida, feita pelo IBGE (GRÁFICO 2). O poder de organização dos trabalhadores de determinadas categorias profissionais, ou de empresas a reunir um contingente reduzido de pessoas é, contudo, digno de nota; exemplos podem ser encontrados em associações e sindicatos de servidores públicos, como os fiscais da receita federal, magistrados de determinados Estados da federação, que mantêm planos próprios - e empregados de fundações públicas. Isso sugere a necessidade de se incorporar à análise das coberturas dos planos de saúde de empresas o estudo da maior capacidade de articulação de categorias, ou de trabalhadores de determinadas empresas, para lograr benefícios diferenciados. E, também da influência e do poder de negociação de médicos, de empresas médicas e de seguradoras, junto às empresas empregadoras.

¹⁰ Ver CANTOR *et alli*, 1995.



O ramo de atividade também influi sobre o perfil de cobertura por planos privados de saúde. O GRÁFICO 3 mostra estar a cobertura dos planos de empresas dirigida, principalmente, para os trabalhadores da indústria da transformação (23,5%), para aqueles empregados em atividades sociais (20,8%) e para integrantes da administração pública (15,3%); os planos individuais voltam-se, em primeiro lugar, para o comércio (21,4%), e, a seguir, para as atividades sociais (17,9%) e para a prestação de serviços auxiliares à atividade econômica (15,3%).

Gráfico 3
Cobertura de Planos segundo Ramo de Atividade e Forma de Contratação
Pnad/ Ibge
Brasil 1998



É plausível admitir uma relação entre empresas empregadoras de maior porte e grandes operadoras de planos de saúde. Essa relação seria decorrência da necessidade de se propiciar coberturas que atendam à diversificação das atividades das empresas pelo território nacional e à necessidade de deslocamento de funcionários pelo país e pelo mundo. E, também, de outras transações comerciais e financeiras entre as operadoras e as firmas. Não é possível, todavia, estabelecer uma regra única para explicar a aproximação entre empresas empregadoras e operadoras.

Existem grandes operadoras que possuem uma parcela significativa de clientes de planos individuais, e operadoras de menor porte a atuarem apenas no mercado de planos de empresas. Tampouco a realidade admite uma associação imediata entre os tipos de operadoras, - segundo sua natureza jurídico-institucional - e as modalidades de empresas empregadoras; medicinas de grupo, cooperativas médicas e seguradoras têm forte presença no mercado de planos de empresas. A variação do número de empresas empregadoras vinculadas a cada uma das quatro modalidades do mercado de assistência médica suplementar sugere, porém, uma clara ligação entre as grandes empresas e os planos de autogestão e entre as medicinas de grupo, e as Unimed's, e empresas de menor porte, como é possível deduzir-se do QUADRO 2.

QUADRO 2 NÚMEROS DE EMPRESAS E DE CLIENTES DE MEDICINAS DE GRUPO E DE COOPERATIVAS, E NÚMERO DE EMPRESAS, E DE CLIENTES, COM PLANOS DE AUTOGESTÃO BRASIL		
MODALIDADE EMPRESARIAL	NÚMERO DE EMPRESAS EMPREGADORAS	NÚMERO TOTAL DE CLIENTES
Medicinas de Grupo (1998)*	48.500	18.300.000
Unimed's (1999) **	70.000	11.000.000
Autogestões (2000) ***	364	11.000.000
Fontes: * Abramge, 1999. ** Unimed, 1999 <i>apud</i> Bahia, L. (1999). *** Dados sobre autogestões extraídos do Informe de Imprensa Abramge 2000.		

Mesmo considerando-se a lacuna de informações sobre o número de firmas a contratar seguradoras para operarem seus planos de saúde, é imenso o número de empresas empregadoras ausentes do mercado de assistência suplementar; as empresas empregadoras e os planos de saúde, somados, representam menos de 10% do total dos 1.968.276 empresas constantes da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), em 1997.

TIPOS DE PLANOS DE EMPRESAS

Sabe-se que uma mesma empresa empregadora pode estabelecer contratos com uma ou mais operadoras, bem como oferecer alternativas quanto ao padrão dos planos. Nos Estados Unidos, as empresas empregadoras, especialmente as de maior porte, costumam oferecer mais de um plano, costumam oferecer produtos de mais de uma operadora para seus empregados (QUADRO 3). Essas alternativas têm sido incentivadas pelas políticas governamentais, com o intuito de proteger os consumidores da seleção de riscos das operadoras e de se reduzirem os preços. Tais políticas pressupõem que as firmas, na qualidade de importantes financiadores do sistema de saúde, sejam capazes de equilibrar a crescente espiral de gastos com assistência médico-hospitalar.

QUADRO 3 MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE SEGUNDO PROPORÇÃO DE OPÇÕES E SEGUNDO PORTE DA EMPRESA EMPREGADORA EUA (1996)		
Nº DE PLANOS	PEQUENA EMPRESA (%)	GRANDE EMPRESA (%)
1 plano	80	47
2 planos	14	23
3 ou mais planos	6	30
Fontes: <i>Health Insurance Association of America, 1998</i> , e KPMG Peat Marwick, 1996. Adaptado de Ginsburg e Hunt, 1997: 106. Extraído de Bahia, L. (1999)		

No Brasil, as firmas realizam, quase sempre, contratos com uma única operadora; as exceções são encontradas nas empresas que atuam em várias localidades, em algumas das quais a operadora selecionada não dispõe de rede assistencial. Em consequência, assim é, torna-se possível uma negociação mais adequada de coberturas e preços, mas se reduz a possibilidade de escolha dos empregados. A variação entre os padrões de planos oferecidos por uma mesma operadora, ou ainda organizados pelas próprias empresas empregadoras, tem, no entanto, conseguido ampliar-se.

A padronização dos planos está associada a uma hierarquia das demandas, estabelecida de acordo com o nível sócio-econômico. A Towers Perrin identifica quatro padrões de planos, segundo os níveis hierárquicos das empresas. E registra que em 83% das empresas pesquisadas os quadros de diretoria dispunham de planos executivos e 73% das firmas ofereciam o plano básico para o grupo operacional (QUADRO 4). E que algumas grandes empresas estatais e multinacionais mantinham um único padrão assistencial para todos os empregados.

QUADRO 4 PROPORÇÃO DE EMPRESAS SEGUNDO TIPOS DE PLANOS POR NÍVEL HIERÁRQUICO DOS EMPREGADOS BRASIL (1999)				
NÍVEL HIERÁRQUICO	PLANO BÁSICO	PLANO INTERMEDIÁRIO	PLANO SUPERIOR	PLANO EXECUTIVO
Diretoria	12%	14%	23%	86%
Gerência	14%	41%	68%	58%
Administração	80%	56%	38%	7%
Operacional	73%	36%	25%	3%
Fonte: Towers Perrin - Pesquisa de Benefícios, 2000				

Os planos das empresas podem ser operados por empresas comerciais (medicinas de grupo, cooperativas médicas ou seguradoras) ou organizados pelas próprias empresas empregadoras (autogestão). Ambos os subsegmentos — o comercial e o não-lucrativo — ocupam importantes posições no mercado de planos empresariais, e se diferenciam pela forma de gestão do risco: as autogestões são formas de retenção do risco pelas empresas empregadoras, enquanto as empresas comerciais configuram alternativas de transferência dos riscos das despesas assistenciais para as operadoras.

Nos últimos anos, intensificou-se a interpenetração dos segmentos comercial e não-lucrativo, através da ampliação dos planos de autogestão administrados por empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras. Paralelamente a isso, observaram-se movimentos de expansão de algumas autogestões, por meio da administração de planos de outras firmas. Em outras palavras, cresceram os denominados planos de custo operacional (pós-pagamento), que já correspondem a mais de 50% dos planos de grandes empresas empregadoras¹¹. Tais produtos são híbridos, pois, se admitem uma administração terceirizada, preservam uma característica mutualista, uma vez que não há transferência do risco da empresa empregadora para a operadora a administrar o plano.

DESAFIOS À REGULAÇÃO, E SUGESTÕES PARA ENFRENTÁ-LOS

Os planos de empresas apresentam importantes desafios para a regulação por parte do governo. E o governo deve, inicialmente, responder às seguintes perguntas:

- ☐ Como preservar as coberturas para os trabalhadores temporariamente afastados do mercado de trabalho (desempregados) e para os aposentados, que deixam de pertencer ao grupo de trabalhadores ativos?
- ☐ Será que os preceitos legais que determinam a manutenção das coberturas - condicionada ao tempo anterior de contribuição e à demissão sem justa causa - são suficientes para resguardar os direitos desses segmentos populacionais?

A legislação não faz referência a dois importantes aspectos dos planos de empresas: a elegibilidade de dependentes (arbitrada diretamente pela empresa empregadora) e os subsídios tributários envolvidos com o financiamento desses planos. A existência de subsídios cruzados neste segmento, isto é, de pessoas com mais de um plano de saúde (titular de um plano empresarial e dependente, como cônjuge, de outro, ou dependente de mais um plano, na condição de filho, de pai e de mãe, vinculados a planos de empresas), tem que ser considerada no processo de aperfeiçoamento das normas legais.

Uma outra dimensão, muito complexa, também não pode ser esquecida. E, diz respeito aos modelos de assistência constituídos pelos planos empresas. A especialização, a possibilidade de escolha dos provedores de serviços, a ausência de responsabilidade pelo acompanhamento dos clientes e a baixíssima ocorrência de ações voltadas para a prevenção e a promoção da saúde configuram-se como as principais características dos esquemas de assistência privados, voltados para o pronto atendimento curativo dos trabalhadores especializados e de seus dependentes.

Por fim, é fundamental refletir sobre a manutenção, e mesmo a ampliação, do mercado de planos empresas, num contexto de desestruturação do mercado de trabalho. Como estimular a associação entre potenciais clientes de planos de saúde em empresas de menor porte ou no mercado informal? Como incentivar a oferta de planos capazes de atender às necessidades dessas pessoas? Como conferir viabilidade econômico-financeira a esses produtos e operadores?

As últimas indagações merecem uma reflexão, pois, se devidamente respondidas, podem permitir não só uma expansão do mercado, como uma melhoria da assistência aos trabalhadores do país. As informações até aqui apresentadas mostram estar o mercado de planos coletivos de saúde restrito, quase por completo, às empresas de grande porte, sejam públicas ou privadas, sejam de capital nacional ou estrangeiro. E se algumas empresas de médio porte conseguem contratar planos de saúde, mas no segmento das micro e pequenas empresas praticamente inexistente esse tipo de benefício. Em nossa hipótese, essa situação se deve à maior vulnerabilidade, das empresas de menor porte às vicissitudes do ciclo de negócios; assim, seus planos, quando contratados, padecem de vigor, têm vida curta. Além disso, os trabalhadores do mercado informal, que recebem baixas remunerações, estão, por princípio, excluídos do mercado dos planos de saúde.

Uma hipótese subsidiária consiste no fato de que, pelo lado das operadoras, o risco de contratar planos coletivos com empresas pequenas, e mesmo de médio porte, não seria um negócio atraente, em virtude da ameaça de cancelamento dos contratos. Além disso, como a população, nessas empresas, é reduzida, os preços desses planos são sempre mais elevados.

Se essas hipóteses se confirmarem, devemos buscar mecanismos que tornem mais atraentes, dos lados da demanda e da oferta, os planos de saúde para trabalhadores de empresas de porte reduzido e, até mesmo, para trabalhadores do mercado informal. Com

¹¹ Ver Towers Perrin (2000).

isso, uma parcela maior de trabalhadores terá possibilidade de dispor de um plano de saúde.

Para a construção desses mecanismos, primeiro é preciso resolver alguns problemas. O primeiro diz respeito ao produto a ser oferecido, que deverá ser um produto básico, ou seja, uma cobertura de serviços limitada (assistência ambulatorial básica e assistência hospitalar básica) e atendimento restrito (sem livre escolha), oferecer plena cobertura a acidentes de trabalho e doenças profissionais, além de outros agravos não indiretamente ligados à atividade laborativa. O plano deverá, também, ser gratuito para o trabalhador (ainda que extensivo a seus dependentes diretos, como o cônjuge ou companheiro/a sem renda e filhos menores), mediante pagamento pelo beneficiário; a cobertura também poderá ser ampliada, mediante pagamento da diferença, pelo beneficiário. Finalmente, o custo do plano, para a empresa, deverá ser suficientemente baixo para torná-lo atraente¹². Essa definição é importante para podermos delimitar o segmento de mercado que se quer atingir, pois, com essa configuração, o produto poderia competir com os planos individuais de saúde, atualmente oferecidos pelas seguradoras.

A segunda questão diz respeito ao contratante: No caso de pequenas e médias empresas, nossa sugestão é a de se estimular a formação de consórcios de empresas de porte reduzido, por segmento ou natureza de atividade. E, no caso de trabalhadores informais, sugerimos a formação de algum tipo de consórcio, ou de associação mutualista, capaz de congrega trabalhadores de atividades assemelhadas.

A terceira questão, talvez a mais decisiva de todas, diz respeito à necessidade de um sistema de incentivos que estimule o mercado. Do ponto de vista da demanda, não há, atualmente, nenhum mecanismo de incentivo capaz de ampliar as dimensões do mercado. As empresas lucrativas (em geral as grandes empresas) já oferecem planos de saúde para seus empregados, e se beneficiam do desconto do Imposto de Renda; as que não o fazem são as empresas não-lucrativas. Quanto às empresas de porte reduzido, já dispõem de mecanismos legais que reduzem ao mínimo sua contribuição ao fisco. No caso dessas empresas, o melhor estímulo é a diminuição do custo dos planos de saúde. Finalmente, para os trabalhadores do mercado informal, é mais importante definir as normas a presidirem a união trabalhadores – de modo a se reduzirem riscos e custos – do que definir incentivos.

Do ponto de vista da oferta, é impossível imaginar um mecanismo de estímulo poderoso. O risco em que incorrem as operadoras no segmento de empresas de porte

¹² No caso dos trabalhadores do mercado informal, o produto a ser oferecido deverá ter características semelhantes, porém sem cobertura profissional.

reduzido, pode ser reduzido ao mínimo se o Estado, através de alguma agência financeira oficial, assumir o papel de “ressegurador” da operação. Esse “resseguramento” poderia dar-se através da constituição de um fundo de assistência financeira, voltado exclusivamente para os casos de inadimplência ou de elevado índice de cancelamento de planos, devidos à oscilação do ciclo de negócios.

A adoção de sugestões como as apresentadas aqui irá definir o papel que a ANS desempenhará na regulação do mercado de planos de empresas e na melhoria dos níveis de saúde dos brasileiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ABRAMGE (Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas) (2000): *Informe de Imprensa*. São Paulo: Abramge.
2. BAHIA, L. (1999): *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.
3. BNDES (1996): *Qualidade e produtividade na indústria brasileira*. Rio de Janeiro: BNDES, CNI, Sebrae.
4. CANTOR, J.C., LONG, S. H. e MARQUIS, S.: Private employment-based health insurance in ten states. *Health Affairs* 14 (2): 199--211, 1995.
5. CORDEIRO, H. (1984): *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
6. GIFFONI, R.M. (1981): *Assistência médica e as relações de trabalho na empresa: o modelo de convênio com a Previdência Social*. Dissertação de Mestrado. São Paulo Universidade de São Paulo.
7. IBGE (1998): *Pesquisa sobre padrões de vida 1997* (micro-dados). Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Estatística; Departamento de População e Indicadores Sociais.
8. _____ PNAD (2000): *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: acesso e utilização de serviços 1998*. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Estatística; Departamento de População e Indicadores Sociais.
9. IBOPE (1998) (Instituto Brasileiro de Pesquisa de Opinião): *Utilização de serviços de saúde*.

10. NICHOLS, L. M. e BLUMBERG, L. J. (1998): A different kind of "new federalism? The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. *Health Affairs* v 17(3): 25-40.
11. TOWERS PERRIN (2000): *Pesquisa de Planos de Benefícios no Brasil*.

Dimensão e Estrutura Econômica da Assistência Médica Suplementar no Brasil

George Edward Kornis*

Rosângela Caetano**

Introdução

A atividade de saúde é um setor produtivo responsável pela geração e pela circulação de valores tão expressivos quanto limitadamente conhecidos. A produção de informações detalhadas sobre a estrutura, a distribuição e a evolução destes valores é fundamental para a tomada de decisões, a formulação e o acompanhamento de políticas públicas no setor.

Estas informações assumem um caráter ainda mais relevante em situações de restrição de recursos – como nos países menos desenvolvidos e, em particular, do Brasil –, quando as mesmas podem ser importantes para a melhoria da gestão e da regulação estatal do setor saúde.

A expansão e o impacto das recentes iniciativas do governo, no sentido de regulamentar o segmento de assistência médica suplementar – desencadeadas a partir da entrada em vigor da Lei nº 9.656/98, e das várias medidas provisórias e resoluções subsequêntes – tornam imperiosa a necessidade de se ampliarem os conhecimentos sobre a estrutura produtiva e sobre a dinâmica desse segmento. Assim será possível subsidiar as iniciativas, do Ministério da Saúde, de acompanhamento e regulação das instituições a atuarem nesse campo da assistência.

Essa preocupação com o desenvolvimento de sistemas de acompanhamento e regulação do funcionamento das entidades de assistência médica privada no Brasil, além de atender a uma determinação legal, disposta na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 de 19 de setembro de 1990), está diretamente relacionada com o peso dos gastos relativos aos cuidados de saúde no orçamento das famílias brasileiras.

Segundo a última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada no Brasil (IBGE, 1999), o gasto médio mensal das famílias, com "assistência à saúde" ¹³ representou, no período de outubro de 1995 a setembro de 1996, 6,5% do total dos gastos, conforme exposto na Tabela 1, abaixo.

Os itens classificados como gastos com "assistência à saúde" incluem tanto as despesas com pagamento de planos de saúde (1,89%) quanto aquelas com medicamentos

*- Economista. Professor Adjunto do Instituto de Medicina Social da UERJ

** - Médica. Pesquisadora Associada do Instituto de Medicina Social da UERJ

¹³ Nos grandes grupos de despesa de consumo, publicados pela POF, para o conjunto da população, os gastos com saúde só foram suplantados pelos gastos das famílias com "alimentação" (16,61%), "habitação" (20,51%), "transporte" (9,81%) e "outras despesas correntes" (10,12%). Assim, os gastos das famílias brasileiras com cuidados de saúde superam as despesas com vestuário (4,7%), higiene e cuidados pessoais (1,35%), educação (3,46%), recreação e cultura (2,51%), fumo (1%), serviços pessoais de beleza (1,16%) e despesas diversas (3,51%).

(1,89%), tratamento dentário (0,97%), consulta médica (0,26%), hospitalização (0,16%), óculos e lentes (0,17%) e outras (1,18%).

Tabela 1

Gasto Médio Mensal das Famílias Brasileiras (%) Outubro de 1995 a Setembro de 1996											
Tipos de despesas	Classes de rendimento mensal (salário mínimo)										
	Total	Até 2	Mais de 2 a 3	Mais de 3 a 5	Mais de 5 a 6	Mais de 6 a 8	Mais de 8 a 10	Mais de 10 a 15	Mais de 15 a 20	Mais de 20 a 30	Mais de 30
Desembolso global	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,01	100,00	100,00	99,99	99,99
Despesas correntes	81,26	95,05	92,90	91,56	91,25	88,32	86,67	85,17	84,28	80,19	74,58
Despesas de consumo	71,14	93,07	89,95	87,58	85,45	82,29	80,18	78,09	76,60	71,40	59,59
Alimentação	16,61	32,29	33,39	29,48	26,07	24,34	21,86	18,9	16,2	16,23	10,26
Habitação	20,51	25,64	23,73	24,19	24,78	22,96	22,58	22,69	20,2	19,92	17,8
Vestuário	4,7	5,27	5,48	5,73	5,84	5,66	5,72	5,7	5,29	4,25	3,83
Transporte	9,81	8,85	9,29	10,65	10,15	10,73	10,41	10,53	11,19	10,25	8,85
Higiene e cuidados pessoais	1,35	1,94	1,88	2,04	2,2	1,91	1,77	1,58	1,35	1,48	0,89
Assistência a saúde	6,5	9,59	7,29	6,65	6,54	6,57	7,04	6,84	7,55	6,76	5,8
Educação	3,46	1,38	1,51	1,75	2,25	2,05	2,25	3,19	4,06	4,56	3,95
Recreação e cultura	2,51	1,49	1,21	1,64	2,13	2,34	2,36	2,72	2,89	2,54	2,66
Fumo	1	2,81	2,53	2,1	1,72	1,84	1,79	1,2	1,16	0,68	0,41
Serviços pessoais	1,16	1,06	1,27	1,12	1,11	1,22	1,25	1,28	1,39	1,13	1,07
Despesas diversas	3,51	2,24	2,37	2,24	2,66	2,66	3,14	3,46	3,32	3,6	4,07
Outras despesas correntes	10,12	1,98	2,95	3,98	5,8	6,03	6,49	7,08	7,68	8,79	15
Aumento do ativo	16,92	4,47	6,15	7,6	8,22	10,63	12,31	12,87	14,1	17,89	23,05
Diminuição do passivo	1,82	0,48	0,95	0,84	0,53	1,05	1,03	1,96	1,62	1,91	2,36

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisa, Departamento de Índice de Preços. Pesquisa de Orçamentos Familiares: 1995-1996.

Um conhecimento minucioso, e uma mensuração criteriosa das relações e dos fluxos monetários afeitos ao segmento da assistência médica suplementar são necessários para o governo poder melhor acompanhar e regular as atividades e o funcionamento desse subsetor.

Este artigo tem por objetivo ampliar o conhecimento acerca da estrutura produtiva e da dimensão econômica do subsetor de assistência médica suplementar. Partindo de uma metodologia fundada no Sistema de Contas Nacionais, os autores propõem um modelo de representação desse subsetor e realizam um conjunto de estimativas sobre o peso econômico das diversas modalidades de assistência, no PIB, para o ano de 1997.

A Opção pelo Sistema de Contas Nacionais

A elaboração de Contas Nacionais para a área de Saúde é uma forma privilegiada de obtenção de informações sobre esse subsetor. Isto porque as Contas Nacionais permitem conhecer as dimensões macroeconômicas do sistema de saúde bem como a de seus vários subcomponentes, como é o caso da assistência médica suplementar. E fornecem uma visão geral tanto sobre a origem e o volume dos fluxos financeiros relacionados com as atividades de saúde, quanto sobre o destino e o uso detalhado dos recursos. Além disso, informam sobre os fluxos dos recursos financeiros no setor.

As contas setoriais são uma extensão metodologicamente assentada sobre a versão 93 do Sistema de Contas Nacionais (SCN), desenvolvido pela Organização das Nações Unidas há mais de 40 anos. O SCN permite a integração de dados estatísticos com conceitos macroeconômicos, e compreende um conjunto de contas que retratam as diversas etapas e transações realizadas pelos agentes econômicos. Estas contas também fornecem

uma visão sistemática das relações entre os agentes, as transações entre os mesmos sendo apresentadas sob a forma de um conjunto detalhado e coerente de contas, balanços e quadros, baseados em conceitos, definições, classificações e regras de contabilidade.

Em função da disponibilidade dos dados, também é possível definir, através da elaboração de Contas Satélites, classificações e métodos alternativos de avaliação de um setor cujas características não correspondam ao modelo geral das contas nacionais.

As Contas Satélites surgiram em resposta à necessidade de se expandir a capacidade de análise das Contas Nacionais sobre determinadas áreas de interesse social, de uma maneira flexível e sem se sobrecarregar, ou desorganizar, a estrutura integrada do SCN. Enquanto o corpo central desse Sistema consiste em um conjunto de contas e tabelas que procura registrar, de forma integrada, as operações (não-financeiras e financeiras) realizadas pelos agentes econômicos – classificados segundo setores institucionais e ramo de atividade econômica –, as Contas Satélites compreendem informações sócio-econômicas relacionadas com o SCN. E essas informações têm a particularidade de não precisarem ser expressas em valores monetários, ou de fornecerem dados específicos para a construção de subsistemas, tais como Conta Satélite da Saúde, da Educação, do Turismo, do Meio Ambiente, etc.

As Contas Satélites de Saúde — ao integrar dados monetários e físicos ao conjunto das estatísticas econômicas em geral — são capazes de desempenhar o duplo papel de instrumento de análise e de meio de coordenação estatística (United Nations, 1993). Ao quantificar os recursos envolvidos, e sua proporção no Produto Interno Bruto de um país, o uso das Contas Satélites auxilia na resposta a perguntas como: Quanto gasta a sociedade em serviços de saúde? Em que proporção as famílias, as empresas, o governo contribuem para o financiamento da saúde? Qual a importância relativa dos agentes de intermediação financeira, que captam os recursos das fontes e os repassam aos diferentes provedores, programas e elementos de gasto? Quais os tipos de serviços de saúde em que os recursos estão sendo gastos?

A resposta a estas questões é possível porque as Contas Satélites de Saúde: (1) oferecem a informação tradicional do setor saúde em um marco mais geral, integrado às Contas Nacionais; (2) proporcionam informações adicionais, especificamente relativas ao setor saúde; (3) utilizam conceitos, classificações e quadros mais detalhados, complementares ou alternativos, relacionados a esse setor; (4) estendem e detalham a cobertura de produção, custos e benefícios das atividades setoriais; (5) estendem a análise de dados, mediante o uso de dados agregados e indicadores específicos; (6) enriquecem a análise dos dados monetários com dados físicos; (7) facilitam a análise do setor saúde no contexto global da economia.

A representação econômica exposta nas Contas Satélite de Saúde de um país pode ser particularmente útil para a definição de políticas de saúde e para a avaliação da política econômica do setor. Isso se dá porque essa representação permite: (1) determinar a produção dos serviços de saúde pelos diferentes agentes envolvidos; (2) identificar os produtos de saúde oferecidos (que se denominam produtos característicos) e os custos incorridos na obtenção dos mesmos; (3) avaliar a utilização dos serviços de saúde pelas famílias, consideradas o núcleo de consumo; (4) avaliar as formas como as famílias obtêm estes serviços – qual seja: (a) através de pagamentos diretos; (b) por intermédio de seguro social ou privado; (c) como transferências dos governos ou de instituições não-lucrativas; e (d) como pagamento, em espécie, feito pelos empregadores – e, finalmente, (5) mensurar a contribuição do setor saúde para o produto interno bruto do país.

A opção por uma metodologia fundada no SCN para caracterizar e dimensionar o subsetor de assistência médica suplementar no Brasil se apóia, basicamente, em duas justificativas: (1) O SNC é um instrumento de ampla e longa utilização internacional, e oferece reais possibilidades de comparação entre as nações; e (2) As sucessivas modificações nesse sistema, nos últimos quarenta e sete anos, produziram vários desenvolvimentos metodológicos, como é o caso da incorporação das Contas Satélites.

Ademais, essa metodologia permite agrupar transações realizadas por distintos setores produtivos e institucionais em um sistema integrado. E contempla informações tanto sobre aspectos de natureza institucional e produtiva da assistência médica quanto sobre as formas de atuação das empresas financeiras e não-financeiras do ramo. Dessa maneira, permite compreender a participação relativa do subsetor de assistência suplementar no produto nacional e, também, avaliar a importância desse segmento como consumidor de insumos oriundos de outros setores da economia. Ou seja, permite revelar a rede de relações entre setores na qual o subsetor de assistência médica suplementar atua.

Essa metodologia possibilita, ainda, a identificação de um conjunto de lacunas de informações necessárias ao acompanhamento da evolução econômica do subsetor, ao longo dos anos. E a superação dessas lacunas poderá contribuir para o aperfeiçoamento e a harmonização do sistema estatístico do país e para a produção regular das informações essenciais ao acompanhamento e à regulação da assistência médica suplementar, no Brasil.

As análises expostas nesse artigo baseiam-se, assim, em um modelo de representação do funcionamento do subsetor de assistência suplementar apoiado na proposta de utilização de dados da contabilidade das empresas financeiras seguradoras e das empresas não-financeiras a atuarem na área de assistência médica; na construção da Conta de Produção desse subsetor serão utilizados, ainda, indicadores da evolução de volume e preço de produção das empresas do setor.

O Modelo de Representação da Assistência Médica Suplementar

Uma das formas de classificação dos agentes econômicos, nas SCN, baseia-se na classificação por setor institucional, a qual distingue os agentes de acordo com a sua função principal (papel institucional) no sistema econômico. Nesse caso, os agentes econômicos são decompostos em “empresas, famílias e governo”, cada qual com uma função institucional, específica.

Com base em um conceito de produção, o SCN decompõe aquelas instituições em entidades produtoras e consumidoras de bens e serviços. Cabe às empresas a função de produzir os produtos para vendê-los no mercado; às famílias, a função de consumi-los; e ao governo, a de produzir serviços, a serem fornecidos, gratuitamente, à coletividade.

Uma vez feita a distinção entre as funções de consumo (famílias) e de produção (empresas), o SCN define a Conta de Produção como a conta que permite avaliar a dimensão do PIB, a compreender as vendas dos bens e serviços produzidos pelas empresas e as compras dos insumos utilizados ao longo do processo produtivo.

O SCN também considera como produtiva a atividade, do Governo, de prestação de serviços à coletividade. Embora tais serviços sejam considerados “não-mercantis” (por serem “gratuitos”), sua produção utiliza-se de fatores comprados e /ou contratados no mercado (servidores civis e militares, medicamentos e vacinas, etc).

Dessa forma, fica estabelecida a distinção entre atividade mercantil e não-mercantil. A atividade realizada pelas empresas é considerada mercantil porque o conceito de produto (ou Valor Adicionado) depende da diferença entre o valor do produto (preço de venda) e o valor dos insumos. Vale dizer: como a receita das empresas depende da venda do produto no mercado, a atividade desempenhada pelas mesmas é considerada uma “atividade mercantil”. Já a atividade do governo é considerada “não-mercantil”, porque a administração pública não se financia através do mercado – pois sua produção é prestada gratuitamente à coletividade – mas por meio de transferências, de impostos, da parte das empresas e das famílias.

O setor institucional *empresa* abrange todas as unidades produtivas dedicadas à produção de bens e serviços para posterior venda no mercado, por um preço capaz de cobrir, ao menos, os custos de produção. Esse setor inclui a atividade de empresas privadas (sociedades anônimas ou limitadas; empresas individuais ou familiares); empresas públicas, que financiam seus custos de produção através da venda de produtos; produtores independentes (isto é, trabalhadores por conta própria, autônomos e profissionais liberais); e, ainda, as famílias de produtores rurais (proprietários, ou não, de terras).

Esta classificação também discrimina o setor em empresas financeiras e não-financeiras. As empresas financeiras são as que realizam funções de intermediação, ou seja,

captam recursos de agentes econômicos superavitários (cujas receitas superam as despesas) para emprestá-los aos deficitários (cujas receitas são menores que as despesas). A remuneração das instituições financeiras reside no diferencial entre os juros cobrados em suas operações ativas (empréstimos a terceiros) e os pagos em suas operações passivas (remuneração dos poupadores).

O setor institucional *família* inclui os indivíduos residentes no país que utilizam suas rendas (oriundas do trabalho e do capital, sejam financeiras ou de transferências) para consumir produtos que satisfaçam suas necessidades individuais.

O setor institucional *governo* compreende todas as instâncias da administração pública (federal, estadual e municipal) que prestam serviços à coletividade, tais como educação e saúde públicas, segurança, justiça, administração e outros serviços públicos não-mercantis.

Um outro passo necessário para a construção do modelo é a caracterização do subsetor de medicina suplementar. Em nosso entendimento, esse subsetor compreende as modalidades de assistência médica que vinculam o acesso do usuário ao sistema ao pagamento de um plano ou seguro de saúde, independentemente da contribuição compulsória desse usuário à seguridade social.

As várias modalidades de assistência médica suplementar combinam a função de seguro com a de prestação de serviços de atenção médica. E incluem, como principais formas institucionais, a medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos próprios das empresas (autogestão e planos administrados) e os seguros de saúde.

O âmbito desse subsetor compreende empresas financeiras e não-financeiras a atuarem, direta ou indiretamente, na área de prestação de serviços médicos, serviços hospitalares, e serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica, à população; os serviços prestados por estas entidades são unicamente de natureza mercantil, isto é, a prestação dos serviços gera, necessariamente, uma receita.

Já as despesas com esses serviços de assistência médica envolvem diversos tipos de gastos. Em primeiro lugar, os pagamentos efetuados pela população aos planos e seguros de saúde, que podem compreender planos de pré-pagamento e pós-pagamento. Em segundo lugar, os pagamentos realizados pelas empresas (financeiras e não-financeiras) gestoras de planos e seguros de saúde às empresas contratadas (ou conveniadas) para a prestação de serviços de natureza médica, hospitalar e de serviços diagnóstico-terapêuticos à população usuária do sistema. Em terceiro, as despesas efetuadas pelas empresas (não-financeiras) da área médica com a compra do material (insumos e equipamentos hospitalares) necessário ao exercício da assistência aos seus usuários.

No Brasil, o segmento da assistência médica suplementar compreende um conjunto de receitas e despesas de agentes – públicos e privados –, cuja natureza é complexa e heterogênea. O setor envolve interesses contraditórios e alcança valores monetários cuja magnitude é difícil avaliar, principalmente porque as informações existentes são, em geral, incompletas.

Uma melhor compreensão da complexidade e da heterogeneidade desses interesses pode resultar do detalhamento das várias modalidades assistenciais a constituírem esse segmento de saúde.

A **medicina de grupo**¹⁴ foi a modalidade pioneira desse segmento, no cenário brasileiro. E se apresentou, desde os anos 60, como uma modalidade de atenção às necessidades médico-hospitalares constituída por empresas médicas. Essas empresas, em sua maioria, não dispõem de serviços próprios e, predominantemente, contratam serviços médicos de terceiros; sua estrutura inclui o credenciamento de médicos, de hospitais e de serviços auxiliares de diagnóstico e de terapêutica.

O acesso dos segurados a estes serviços está vinculado ao pré-pagamento de planos de empresas, e de planos individuais e familiares, com diferentes níveis de cobertura e de qualidade de serviço. O contratante paga antecipadamente pelos serviços de assistência médica e tem direito à cobertura dos eventos previstos no contrato; a cobertura pode dar-se tanto por intermédio de serviços próprios do contratado quanto através de uma rede conveniada, caso em que o contratado remunera os serviços profissionais e hospitalares prestados ao segurado. Essas empresas médicas funcionam como administradoras de planos de saúde de tipo diversificado, para contratantes diferenciados (empresas, indivíduos ou famílias).

Uma outra modalidade desse subsetor de assistência médica é a das **cooperativas médicas**, regidas e organizadas segundo as leis do cooperativismo. Nessas, os médicos (e outros profissionais da área da saúde) cooperados são, simultaneamente, sócios da cooperativa e prestadores de serviço. E recebem pagamento proporcional ao tipo e ao volume do atendimento, acrescido de um valor que procede do rateio do lucro final das unidades de um dado município.

Nas cooperativas médicas, a vinculação dos usuários também se faz mediante pré-pagamento a planos individuais, familiares e empresariais. Estas cooperativas, embora presentes em cerca de 80% do território brasileiro, têm organização predominantemente local / municipal; a quase totalidade deste segmento é constituída pelas UNIMEDs, organizadas, nacionalmente, na Confederação das UNIMED do Brasil.

¹⁴ No Brasil, as empresas desta modalidade de atenção estão organizadas em torno da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), do Sindicato Nacional de Medicina de Grupo (SINAMGE) e do Conselho Nacional de Auto-regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE).

Os **planos próprios das empresas**¹⁵ são uma outra modalidade assistencial do subsetor, em que as empresas tanto podem administrar programas de assistência médica para seus funcionários (autogestão), como podem contratar terceiros para administrá-los (planos de administração); no primeiro caso, não existem intermediários entre o usuário (empregados e dependentes) e o prestador de serviços de saúde, e as empresas administram programas de assistência diretamente, ou via Caixas e Fundações.

Estes planos adotam regimes de credenciamento (convênios) ou de livre escolha (reembolso). A empresa que implanta o sistema de autogestão, ou de planos administrados, estabelece o formato do plano, define o credenciamento dos médicos e dos hospitais, estabelece as carências e as coberturas.

A última modalidade assistencial do subsetor é a dos chamados **seguros de saúde**¹⁶. Nestes, existe intermediação financeira de uma entidade seguradora, que embora não preste, diretamente, assistência médico-hospitalar, cobre – segundo os termos da apólice do segurado – os custos da assistência. O seguro pode ser feito tanto por pessoa física quanto jurídica (empresas, em favor de pessoas físicas). O financiamento dessa modalidade também se dá através de um sistema de pré-pagamento, em que o contratante paga, antecipadamente, pelos serviços de assistência médica e tem direito à cobertura dos eventos previstos no contrato.

No caso de indivíduos a contratarem planos de saúde diretamente — e a pagarem, com sua própria renda, os planos — o valor a ser pago tem origem em um cálculo que leva em conta o risco de adoecimento; esse risco, por sua vez, guarda relação com variáveis como idade, sexo, condições mórbidas preexistentes, etc.

No caso das empresas que contratam planos de saúde para seus funcionários, o valor a ser pago à empresa prestadora de assistência médica é o mesmo para toda a população de empregados (e seus dependentes), e o cálculo representa uma *proxy*, uma aproximação do risco coletivo, médio, daquela população.

A seguradora tanto paga diretamente a profissionais e organizações médico-hospitalares credenciadas quanto reembolsa o próprio segurado, contra a apresentação dos comprovantes das despesas médico-hospitalares. O custo do seguro varia segundo os níveis de cobertura contratados, ou seja, segundo consultas de rotina, exames, internações hospitalares, tratamentos e cirurgias constantes na apólice.

O subsetor de assistência médica suplementar, portanto, compreende um amplo, diversificado e, muitas vezes, conflituoso conjunto de interesses de vários setores

¹⁵ As entidades representativas desta modalidade são a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ABRASPE) e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS).

¹⁶ No Brasil, a entidade que congrega as empresas de seguro de saúde é a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG).

(empresas financeiras e não-financeiras, governo e famílias). E os agentes desse subsetor pertencem a setores institucionais diversos: (a) empresas não-financeiras, a prestarem serviços médicos, hospitalares e diagnóstico-terapêuticos; (b) empresas não-financeiras, a prestarem serviços de venda de planos de saúde; (c) empresas financeiras (seguradoras), a prestarem serviços de venda de seguros de saúde; (d) governo, a prestar, à coletividade, o serviço de regulação da ação dos planos de saúde e das empresas a atuarem na área médica, hospitalar, e de serviços diagnóstico-terapêuticos; e, finalmente, (e) famílias, a pagarem pelos serviços das empresas de planos e seguros de saúde. As famílias são as usuárias e, únicas beneficiárias, dos serviços de assistência médica.

Assim, a análise do setor, composto por entidades financeiras e não-financeiras a atuarem no mesmo ramo de atividade (seguro de saúde e assistência médica privada, respectivamente), requer adaptações metodológicas, a fim de se representar o mecanismo de funcionamento e identificação dos principais agentes e fluxos econômicos, conforme estabelecido no SCN.

Tomando por base o SCN de 1993, os agentes econômicos intervenientes na conta do setor saúde classificam-se em: (1) produtores mercantis; (2) produtores não-mercantis (produtores para utilização final própria e outros produtores não-mercantis); (3) administração pública (consumo final coletivo¹⁷); e, (4) famílias (consumo final privado).

Com vistas a articular a Conta Satélite ao quadro central do SCN, é possível distinguir cada categoria de produtores por atividade econômica, ou por setor institucional, segundo a especificidade da atividade e as informações existentes.

A desagregação utilizada nesse trabalho envolveu categorias econômicas classificadas tanto de acordo com a lógica institucional predominante (empresas de seguro de saúde e empresas com planos próprios, todas compradoras de serviços médicos) quanto com a lógica produtiva das atividades econômicas (empresas privadas de medicina de grupo e cooperativas médicas, prestadoras de serviços médicos).

Finalmente, ainda em relação à caracterização do setor, é possível dizer que as receitas das empresas de planos de saúde são, predominantemente, compostas pela venda de planos e seguros de saúde às famílias; esses planos podem ser adquiridos diretamente pelas mesmas (planos individuais ou familiares) ou pelos empregadores dos membros destas famílias (planos empresariais ou coletivos).

Quando aquelas despesas são efetuadas pelos empregadores, dão origem a um fluxo fictício de transferência de renda para as famílias, equivalente ao que estas deixam de

¹⁷ Segundo as Nações Unidas: "No caso do consumo final coletivo [de saúde], é suposto que as administrações públicas [federal, estadual e municipal] são o consumidor final dos serviços [saúde pública] produzidos por elas próprias, em nome da sociedade no seu conjunto" (United Nations, 1993: 499).

desembolsar com a contratação de planos individuais, ou familiares, de assistência médica suplementar. Já as despesas das empresas de planos de saúde compreendem os pagamentos, a hospitais, consultórios médicos e serviços de apoio diagnóstico-terapêutico, pela prestação de serviços às famílias seguradas.

Depreende-se, assim, que as famílias são as únicas beneficiárias finais, diretas, dos serviços de atenção médica, independentemente da forma como se realizam os fluxos de despesas e receitas entre famílias, empresas empregadoras, empresas de planos de saúde, empresas prestadoras de assistência médica e governo. Vale dizer: a despeito de vários agentes intervirem no setor de saúde, todo serviço de atenção médica é orientado para atender, exclusivamente, às necessidades de saúde das famílias.

Também é possível constatar que a rentabilidade das empresas de planos de saúde depende de uma relação entre receitas e despesas; essa relação é objeto de um conflito permanente de interesses.

Observa-se, em primeiro lugar, que as receitas das empresas de planos de saúde afetam, direta ou indiretamente, a renda das famílias. Sendo a preocupação com a saúde essencial para as famílias, este item de despesa tende a ser inelástico à baixa¹⁸; assim, quanto maior for a receita das empresas de planos de saúde, menor será a renda de que as famílias irão dispor para comprar outros bens e serviços.

Em segundo lugar, as despesas das empresas de planos de saúde correspondem à renda disponível, ou, ainda, determinam o lucro dos hospitais, consultórios médicos e serviços de apoio diagnóstico-terapêuticos, que prestam os serviços às famílias seguradas e recebem os pagamentos por esses serviços. Neste caso, quanto menor for a despesa das empresas de planos de saúde, menor será a renda disponível (ou lucro) das entidades prestadoras de serviços médico-hospitalares, que, embora prestem estes serviços às famílias, são remunerados pelas empresas de planos de saúde.

Assim decorre desta relação econômica um permanente conflito de interesses entre as empresas de planos de saúde; as empresas provedoras de serviços (hospitais, consultórios médicos e serviços de apoio diagnóstico-terapêuticos) e as famílias.

Por último, cabe ao setor institucional *governo* criar os instrumentos para regular o subsetor, isto é, cabe ao governo administrar este conflito de interesses. Esta ação reguladora pode proporcionar melhores condições de vida e saúde para as famílias, e/ou maior rentabilidade para as empresas provedoras de serviços médicos ou para empresas de planos de saúde.

¹⁸ Isto é, para um dado nível de renda, as famílias tendem a reagir a um aumento em suas despesas com planos de saúde com a redução de outros gastos menos essenciais, como, por exemplo, lazer.

Desta forma, entende-se que a ampliação da ação do Estado, na regulação da assistência médica suplementar, poderá contribuir para a melhoria na prestação de um serviço cuja importância é cada vez maior para as famílias brasileiras.

Fontes de Dados e de Informações Subsetoriais

A eficácia dos mecanismos de regulação depende, em primeiro lugar, do conhecimento do próprio objeto a ser regulado. No caso brasileiro, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – criada através da Medida Provisória nº 1928, de 25/11/1999, para regulamentar a atuação dos planos de saúde – defronta-se com uma limitação que somente poderá ser superada ao longo dos próximos anos.

Esta limitação – a falta de informações públicas, coerentes e comparáveis, sobre o volume de recursos financeiros que as empresas sob a jurisdição da ANS movimentam, anualmente – impede que se conheça, com clareza, o peso do segmento de saúde suplementar na economia brasileira. Essa realidade patente quando se observa que o Sistema de Contas Nacionais, elaborado pelo IBGE agrega o setor de saúde mercantil ao de educação mercantil e, assim, inviabiliza mensurações, em separado, de cada um desses setores e, ainda mais, dos segmentos que os compõem (IBGE, 1997a, 1997b, 1998, 1999a e 1999b).

Enquanto o setor de educação mercantil abrange as atividades realizadas por todas as escolas particulares e por todos os professores particulares que trabalham por conta própria, no setor de saúde mercantil estão inclusas as atividades de atendimento médico e hospitalar; os serviços de complementação diagnóstico-terapêutica prestados por laboratórios de análises clínicas e clínicas de fisioterapia; serviços odontológicos; serviços veterinários; e serviços auxiliares de saúde prestados por empresas e autônomos. E esse último setor inclui, também, os serviços de atenção a crianças, idosos, desempregados e desamparados, prestados por orfanatos, asilos, centros de reabilitação e outros (IBGE, 1999).

Os valores referentes à participação das atividades econômicas do agregado “Educação e Saúde Mercantis”, no PIB, brasileiro, do período 1985-1997, são apresentados, entre outros valores, na Tabela 2.

Tabela 2

Contas Regionais do Brasil Participação das Atividades Econômicas no Valor Adicionado Bruto do Brasil a Preço Básico 1985 - 1997													
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Atividades Econômicas	Anos												
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Agropecuária	11,23	11,52	9,92	9,54	9,14	7,97	7,30	6,59	6,64	9,74	8,53	8,12	7,68
Indústria extrativa mineral	3,27	2,72	1,68	1,42	1,06	1,04	1,36	1,24	1,38	1,27	1,02	0,98	1,04
Indústria de transformação	32,33	33,15	32,28	34,08	30,85	30,15	28,09	27,84	26,70	26,59	24,51	24,09	23,48
Eleticidade, gás e água	2,63	2,60	3,01	2,74	2,41	2,79	2,77	3,17	2,98	3,18	3,00	3,43	3,52
Construção	5,56	7,37	5,98	6,11	6,30	6,12	5,95	5,82	5,92	7,84	8,66	9,00	9,76
Comércio e reparação de veículos e de objetos pessoais e de uso doméstico	8,94	9,55	8,55	8,53	7,41	9,08	9,07	8,18	7,74	8,31	9,60	8,35	7,87
Alojamento e alimentação	1,63	1,68	1,58	1,49	1,57	1,83	1,93	1,82	1,67	1,80	1,98	1,96	1,80
Transportes e armazenagem	2,83	2,91	2,26	2,42	2,21	2,11	2,45	2,12	1,95	2,20	1,75	1,95	2,03
Comunicações	0,96	0,93	0,97	1,08	1,03	1,09	1,10	1,33	1,51	1,50	1,56	2,02	2,01
Intermediação financeira	13,15	8,03	14,15	13,80	19,54	13,97	11,69	19,67	23,62	13,74	7,60	6,14	6,43
Atividades imobiliárias, aluguéis e serviços prestados às empresas	5,30	5,67	6,11	5,74	5,41	6,51	11,05	7,91	5,84	6,70	11,63	13,30	14,30
Administração pública, defesa e seguridade social	9,06	10,59	10,01	9,69	9,82	13,72	12,91	10,17	10,43	13,03	15,46	15,57	14,89
Saúde e educação mercantis	1,67	1,78	2,18	2,10	2,05	2,12	2,59	2,59	2,26	2,66	2,95	3,30	3,26
Outros serviços coletivos, sociais e pessoais	0,90	0,96	0,93	0,87	0,85	1,18	1,40	1,22	1,02	1,06	1,30	1,35	1,48
Serviços domésticos	0,54	0,53	0,41	0,40	0,36	0,31	0,34	0,35	0,35	0,39	0,44	0,43	0,44

Fonte: DECNA/DPE/IBGE

A contribuição da "Educação e Saúde Mercantis" varia muito entre as regiões e unidades da federação, concentrando-se, fortemente, na região sudeste e, em particular, nos estados de SP e RJ, conforme se vê na Tabela 3.

Tabela 3

Saúde e Educação Mercantis													
Regiões / Estados	Anos												
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
NORTE	3,03	3,26	3,23	2,99	3,61	4,28	3,87	3,50	4,00	3,86	3,72	3,69	3,80
Roraima	0,48	0,51	0,47	0,44	0,45	0,46	0,48	0,51	0,51	0,55	0,58	0,51	0,57
Acre	0,15	0,14	0,14	0,15	0,11	0,12	0,16	0,19	0,20	0,20	0,20	0,22	0,22
Amazonas	0,88	0,94	1,04	0,90	1,07	1,46	1,16	0,85	0,89	0,92	0,95	1,00	1,01
Roraima	0,07	0,10	0,08	0,09	0,11	0,14	0,14	0,17	0,15	0,14	0,15	0,15	0,11
Pará	1,38	1,48	1,44	1,32	1,47	1,67	1,50	1,34	1,59	1,44	1,30	1,25	1,30
Amapá	0,07	0,08	0,06	0,07	0,06	0,08	0,11	0,13	0,21	0,21	0,20	0,19	0,18
Tocantins	..	..	..	..	0,35	0,35	0,33	0,35	0,42	0,39	0,36	0,37	0,39
NORDESTE	14,61	14,76	14,78	14,08	13,56	14,86	14,54	14,22	14,83	14,25	13,67	14,05	14,15
Maranhão	1,20	1,32	1,11	1,37	1,15	1,35	1,19	1,03	1,35	1,27	1,18	1,35	1,22
Piauí	0,52	0,61	0,58	0,50	0,51	0,65	0,64	0,62	0,67	0,62	0,57	0,58	0,59
Ceará	2,02	2,23	2,02	1,92	1,61	1,87	1,94	2,00	2,21	2,13	2,06	2,00	2,08
Rio Grande do Norte	0,72	0,76	0,86	0,85	0,66	0,80	0,84	0,89	0,88	0,88	0,87	0,92	0,89
Paraíba	0,96	0,89	0,98	0,87	0,76	1,03	0,99	0,94	1,07	1,04	1,02	0,98	1,09
Pernambuco	2,84	2,80	2,99	2,84	2,64	2,96	2,80	2,64	2,58	2,51	2,43	2,51	2,49
Alagoas	0,83	0,83	0,83	0,76	0,71	0,79	0,91	1,02	0,86	0,89	0,93	0,90	0,96
Sergipe	0,51	0,55	0,55	0,52	0,51	0,53	0,57	0,60	0,67	0,59	0,51	0,60	0,60
Bahia	5,01	4,76	4,86	4,46	5,02	4,88	4,68	4,47	4,54	4,32	4,10	4,21	4,25
SUDESTE	57,56	57,97	57,64	59,62	59,37	56,78	57,08	57,02	55,60	56,66	57,72	57,61	57,02
Minas Gerais	9,57	9,54	9,03	9,27	8,84	8,79	9,37	9,95	9,05	9,27	9,48	9,17	9,62
Espírito Santo	1,76	1,93	1,63	1,50	1,44	1,67	1,53	1,40	1,48	1,58	1,68	1,64	1,60
Rio de Janeiro	12,27	11,34	11,84	12,41	11,15	11,63	11,53	11,42	10,39	10,67	10,95	11,58	10,58
São Paulo	33,95	35,16	35,15	36,44	37,93	34,69	34,65	34,26	34,68	35,15	35,62	35,23	35,22
SUL	16,90	15,79	16,40	15,23	15,80	16,28	16,92	17,57	17,68	17,64	17,60	17,01	16,88
Paraná	6,00	5,90	6,15	5,77	6,05	5,90	5,71	5,52	6,36	6,36	6,35	6,34	6,18
Santa Catarina	3,11	3,12	3,41	3,03	3,11	3,49	3,76	4,02	3,65	3,85	4,05	3,63	3,78
Rio Grande do Sul	7,79	6,76	6,85	6,43	6,64	6,89	7,46	8,03	7,67	7,43	7,20	7,04	6,92
CENTRO-OESTE	7,91	8,23	7,94	8,09	7,66	7,79	7,58	7,68	7,88	7,58	7,28	7,64	8,15
Mato Grosso do Sul	1,33	1,27	1,30	1,31	1,08	1,18	1,24	1,30	1,19	1,19	1,20	1,24	1,24
Mato Grosso	1,16	1,31	1,32	1,26	1,08	1,09	1,20	1,31	1,55	1,45	1,35	1,39	1,72
Goiás	3,18	3,55	3,12	3,10	3,06	3,04	2,88	3,03	2,83	2,64	2,46	2,80	2,73
Distrito Federal	2,24	2,11	2,20	2,42	2,43	2,49	2,26	2,04	2,31	2,29	2,26	2,20	2,46
BRASIL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: DECNA/DPE/IBGE

A impossibilidade de identificar, no interior do agregado, o peso específico da saúde mercantil não permite que as informações sobre o setor saúde, fornecidas pelas Contas Nacionais, provejam os meios para se dimensionar o subsetor da assistência médica suplementar do Brasil. Assim, o levantamento das fontes de dados oficiais e não-oficiais sobre o subsetor reveste-se de grande importância, dada a escassez de informações – em termos quantitativos e qualitativos – sobre este segmento da assistência, no país.

As principais fontes de dados e informações sobre o subsetor são: (1) informações oferecidas pelas entidades representativas das diferentes modalidades deste tipo de assistência (ABRAMGE; CONAMGE; SINAMGE; UNIMED do Brasil; FENASEG; ABRASPE; CIEFAS); (2) dados do Ministério da Saúde (DATASUS; Departamento de Medicina Suplementar; Agência Nacional de Saúde Suplementar); (3) dados do Ministério da Fazenda (Superintendência de Seguros Privados/SUSEP); (4) dados do IBGE (Assistência Médico-Sanitária; Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar/PNAD; Pesquisa de Orçamento Familiar/POF; Índice de Preços ao Consumidor Ampliado/IPCA; Sistema de Contas Nacionais; Contas Regionais do Brasil; Matrizes de Insumo-Produto); (5) Conselho Nacional de Saúde; (6) Conselho Federal de Medicina (CFM); (7) Federação Nacional dos Médicos; (8) Conferência Nacional de Saúde; (8) Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde; (9) Federação Brasileira de Hospitais (FBH); e, (10) Associação Médica Brasileira (AMB).

Os dados dessas fontes estão dispersos e apresentam discrepâncias significativas, para um mesmo ano; esse fato, aliado à inexistência de dados das mesmas fontes, para todos os anos, torna muito difícil comparar as informações.

Os dados oriundos de fontes oficiais – como os dos Ministérios da Saúde, da Fazenda e do IBGE (PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) – são relativamente limitados, tanto em quantidade como em abrangência de conteúdo, pouco sistematizados e apresentam, ainda, descontinuidades temporais.

A maioria das informações é produzida pelas empresas a integrarem o mercado, seja por meio de suas entidades representativas, seja através de firmas privadas de consultoria, contratadas pelas operadoras de planos e seguros. É difícil confrontar estes dados e informações com os de outras fontes, e isso lhes reduz a confiabilidade. Do mesmo modo que nas fontes oficiais, identificam-se tanto divergências entre os dados das várias entidades, quanto lacunas e descontinuidades, a restringirem a possibilidade de construção de séries temporais, necessárias à elaboração de análises menos limitadas.

Pesquisas e estudos acadêmicos sobre o dimensionamento do subsetor são também escassos e, em sua grande maioria, trabalham com dados secundários, oriundos das fontes acima mencionadas. A produção acadêmica de dados primários sobre este segmento praticamente inexistente e, quando existe, é muito limitada no tempo e no espaço.

Em síntese, pode-se afirmar serem dispersas as informações estatísticas existentes no Brasil sobre esse segmento, há discrepâncias entre as fontes e, conseqüentemente, baixa comparabilidade. Por um lado, isto reclama um esforço consistente de organização e produção de informações e, por outro, determina a necessidade de adaptações e desenvolvimentos metodológicos para o tratamento das informações que existem.

A insuficiência de informações deriva, em grande parte, da legislação em vigor até recentemente, que permitia que as empresas atuassem sem um controle coordenado, além de considerar muitas das mesmas entidades filantrópicas e, portanto, livres de controles fiscais e administrativos.

A edição da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998, que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde – já alterada, de acordo com os artigos da Medida Provisória n.º 1908-16, de 28 de julho de 1999 de 1999, representou um importante passo para delimitar o âmbito do plano de saúde como o da prestação continuada de serviços com a finalidade de garantir, sem restrições financeiras, assistência médica às famílias (Lei 9.656, Art. 11)¹⁹.

O artigo 8 da Lei 9.656 em seu inciso VI, impõe aos planos de saúde a obrigação de constituírem reservas técnicas para atuarem no ramo²⁰. Esse fator vem permitindo a criação, pela ANS, de um sistema de informações econômico-financeiras sobre a assistência médica suplementar, sistema capaz de subsidiar essa Agência em seu processo de regulação e monitoramento.

O cumprimento dessa norma legal determina que as empresas operadoras atuem como empresas seguradoras, de fato. No acompanhamento desse processo, a criação, pela Agência, de um banco de dados com informações mais consistentes e confiáveis sobre o segmento torna-se imperativa. E poderá elevar bastante a quantidade e a qualidade de conhecimento sobre o subsetor, dado que, até o presente, são as informações sobre as empresas seguradoras as mais confiáveis, do ponto de vista estatístico.

Tal situação deve-se ao fato de que, enquanto estiveram sob a tutela da SUSEP, as seguradoras foram obrigadas a publicar, periodicamente, suas contas. Em decorrência,

¹⁹ Lei 9.656 - Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor.

²⁰ Lei 9.656 - Art. 8. Para obter a autorização de funcionamento a que alude o inciso I do art. 5º, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer as seguintes exigências: I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei n.º 6.839, de 30 de outubro de 1980; II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros; III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados à prestação de serviços; IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria; V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados; VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras.

qualquer usuário que deseje obter informações pormenorizadas sobre a situação econômica e financeira das empresas seguradoras poderá acessar, na Internet, a página da SUSEP.

Já as demais empresas atuantes no subsetor apenas publicam informações dispersas sobre suas atividades, e, assim, é impossível estimar-se a contribuição dessas modalidades para a formação da renda interna.

O mesmo Art. 8 da Lei 9.656 também contribui para a padronização das informações sobre o segmento, ao exigir, nos incisos I, II, III, IV e V, que todas as operadoras tenham uma rede credenciada de hospitais e médicos; tal exigência não era feita às empresas de seguro até a edição dessa Lei. Assim, as operadoras (seguradoras e medicina de grupo, principalmente) passarão a atuar da mesma forma, isto é, como administradoras de planos de saúde.

A disponibilidade de dados confiáveis sobre o subsetor de assistência médica suplementar e suas modalidades constitui, até o presente, um desafio. E deverá transcorrer algum tempo ainda até que se possam utilizar informações estatísticas, mais consistentes, sobre esse segmento.

A escolha de um ano de referência para as mensurações e estimativas é o último procedimento metodológico a ser executado no processo de dimensionamento macroeconômico do subsetor. A escolha de um ano-base para a construção do modelo de representação baseia-se, fundamentalmente, na disponibilidade de dados e informações; esses dados devem cobrir o espectro de informações necessárias para um adequado dimensionamento do segmento e de sua dinâmica de funcionamento.

Tendo em vista a necessidade de contarmos com informações coerentes e comparáveis, e considerando os dados existentes, apresentaremos, neste artigo, a construção do modelo de representação do funcionamento e o cálculo da dimensão do subsetor da assistência médica suplementar para o ano de 1997, o ano para o qual se dispunha do maior número de dados, nas fontes de informação.

O PIB brasileiro, para este ano de referência foi estimado, pelo IBGE, em R\$ 864.112 milhões, conforme exposto na Tabela 4, abaixo.

TABELA 4

CONTAS REGIONAIS DO BRASIL					
COMPOSIÇÃO DO PRODUTO INTERNO BRUTO DO BRASIL A PREÇO DE MERCADO CORRENTE					
ANO	MOEDA	Valor adicionado bruto a preço básico corrente (+)	Serviços de intermediação financeira indiretamente medidos (-)	Impostos sobre produtos, líquidos de subsídios (+)	Produto interno bruto a preço de mercado corrente
1985	Cr\$ bilhão	1.324.807	163.760	136.788	1.297.835
1986	Cz\$ Milhão	3.248.130	247.372	402.768	3.403.526
1987	Cz\$ Milhão	11.376.654	1.584.389	1.153.461	10.945.726
1988	Cz\$ Milhão	87.537.363	12.164.825	8.327.993	83.700.531
1989	NCz\$ Milhão	1.431.902	280.458	111.992	1.263.436
1990	Cr\$ Milhão	31.991.640	4.678.116	4.445.661	31.759.185
1991	Cr\$ Milhão	164.391.150	18.756.662	20.152.010	165.786.498
1992	Cr\$ Milhão	1.926.488.049	371.867.364	208.015.926	1.762.636.611
1993	CR\$ Milhão	45.518.393	10.768.892	4.017.563	38.767.064
1994	R\$ Milhão	352.827	43.620	39.998	349.205
1995	R\$ Milhão	608.388	36.570	74.373	646.191
1996	R\$ Milhão	732.026	37.060	83.920	778.886
1997	R\$ Milhão	813.212	39.702	90.601	864.112

Fonte: DECNA/DPE/IBGE

Conceitos e Mensurações

A escolha do modelo de contas nacionais para dimensionar a assistência médica suplementar possibilitou o recurso ao princípio contábil das partidas dobradas para estimar algumas lacunas nas variáveis contempladas.

Como já mencionamos, a especificidade da atividade de saúde suplementar deve-se, principalmente, ao fato de terem os agentes interesses contraditórios entre si. A compreensão desta contradição cria a oportunidade de se identificar, por meio do princípio contábil das partidas dobradas das Contas Nacionais, as informações estatísticas inexistentes e apresentar procedimentos alternativos para a estimativa das mesmas.

Para construir o modelo de cálculo da renda gerada pelo segmento da assistência médica suplementar, valemo-nos de um sistema de equações simples, também utilizado na construção de matrizes de insumo-produto integradas ao Sistema de Contas Nacionais. E optamos por estimar o peso do referido segmento e suas modalidades constituintes, no PIB, a partir da identidade básica das Contas Nacionais, expressa por um conjunto de três (3) equações simples.

Para estimar a contribuição da assistência médica suplementar no Brasil, utilizamos o conceito econômico de *Valor Adicionado*. Esse conceito parte do princípio de que, em um determinado período de tempo (por exemplo, um ano), uma mercadoria (bem ou serviço) pode participar de vários processos produtivos — ora como insumo, ora como produto — até concluir seu ciclo de vida produtivo. Para evitar a dupla contagem de uma

mesma produção, é recomendável utilizar o conceito de Valor Adicionado no cálculo da dimensão econômica de um determinado setor.

As três equações utilizadas foram:

1. Equação da produção

Segundo esta primeira equação, o preço de venda de um produto (por exemplo, plano de saúde) compreende o valor dos custos incorridos na sua produção, mais o lucro esperado pela empresa ofertante. A multiplicação da quantidade de produtos vendidos pelo respectivo preço de venda corresponde ao conceito econômico de *Valor da Produção*. Segundo a terminologia adotada nas Contas Nacionais, este valor corresponde ao valor dos insumos comprados dos outros setores (Consumo Intermediário) + Valor Adicionado pelo próprio setor. Logo,

$$\text{Valor Adicionado} = \text{Valor da Produção} - \text{Consumo Intermediário}$$

Com base na equação de produção, pode-se calcular quanto cada unidade produtiva, ao realizar a sua produção, adiciona de valor aos insumos adquiridos de outros setores.

2. Equação da renda

Produção = Consumo Intermediário ou insumos comprados dos outros setores endógenos + renda dos insumos primários ou pagamentos aos setores exógenos; logo,

$$\text{Valor Adicionado} = \text{renda dos insumos primários ou pagamentos aos setores exógenos}$$

3. Equação da demanda final

Produção = Consumo Intermediário ou insumos comprados dos outros setores + Demanda Final; logo,

$$\text{Valor Adicionado} = \text{Demanda Final}$$

Uma vez montadas as equações do Valor Adicionado, é possível dar início à construção da cadeia produtiva da assistência médica suplementar.

Em primeiro lugar, convém lembrar que a saúde é um serviço cujo beneficiário é, única e exclusivamente, a família. O serviço às famílias pode provir de atividades realizadas pelo governo (por meio dos hospitais e serviços de saúde, públicos) ou por empresas privadas.

De acordo com as Contas Nacionais, o serviço médico prestado pelo setor público é considerado não-mercantil, pois o beneficiário não efetuará qualquer pagamento financeiro em troca do mesmo; nesse caso, a entidade pública não financia seus gastos por meio do mercado (venda de serviços), sendo, assim, considerada não-mercantil.

Por outro lado, se o mesmo serviço couber a uma empresa privada de saúde, o produtor exigirá uma remuneração, em troca da prestação do serviço ; tal procedimento constitui uma relação mercantil na atividade de saúde, segundo a qual a empresa privada tem o objetivo de vender seus serviços de assistência médica, em última instância, às famílias.

As famílias são as unidades consumidoras dos serviços de saúde e pagam pelos serviços das seguintes maneiras:

a) através da utilização da própria renda na compra do serviço de saúde no mercado

Nesse caso, o fluxo monetário compreende o pagamento pelas famílias, e seu respectivo recebimento pelas empresas prestadoras do serviço. Considerando-se o princípio contábil das partidas dobradas, adotado nas Contas Nacionais, toda operação gera, necessariamente, dois registros: um débito, para os agentes a efetuarem o pagamento e um crédito, para aqueles que o recebem. Assim, se houver ausência de uma das informações sobre a contratação direta, pelas famílias, do serviço de saúde, é possível preencher esta lacuna, é possível uma estimativa, através da contrapartida contábil.

As receitas das empresas médicas são expressas através do conceito de Valor da Produção das Contas Nacionais. As despesas correntes das empresas, na prestação daqueles serviços, equivalem ao Consumo Intermediário. E, por definição, o Valor Adicionado é a diferença entre o Valor da Produção e o Consumo Intermediário.

Conhecendo-se estas informações, pode-se calcular a parcela da renda nacional que as empresas de serviços de atenção médica recebem por conta da prestação daqueles serviços, diretamente às famílias; entretanto, estas informações ainda não estão disponíveis, no Brasil.

Pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 1999), estima-se que 6,5% dos gastos médios, mensais, das famílias são realizados com Assistência à Saúde (ver tabela 1). Contudo, não é possível identificar quem recebe esse dinheiro. A POF apenas revela que, no período de outubro de 1995 a setembro de 1996, as famílias brasileiras gastaram, por mês, em torno de R\$ 26,30 com remédios; R\$ 26,34 com planos de saúde; R\$ 13,51 com tratamento dentário; R\$ 3,65 com consulta médica; R\$ 2,18 com hospitalização; R\$ 2,33 com óculos e lentes; e R\$ 16,44 com outras despesas, não-especificadas, que podem inclusive, compreender as anteriores.

b) através da compra do serviço (pagamento do prêmio) de seguro de saúde

Nesse caso, as famílias optam pela contratação dos serviços de atenção à saúde através das companhias de seguro. A opção por essa modalidade de serviço corresponde a uma forma de distribuição, entre todas as famílias seguradas, das despesas relacionadas ao

risco de adoecimento. Para administrar estes recursos, as famílias contratam as empresas seguradoras, as quais passam a fazer parte do sistema de saúde, mesmo sem serem responsáveis diretamente pela atenção médica.

Os *fluxos monetários* referentes à intervenção das seguradoras na área de saúde compreendem as seguintes operações:

1ª - As famílias pagam o valor do *prêmio* de seguros às empresas seguradoras.

2ª - As seguradoras pagam, às empresas médicas, o valor referente aos serviços de atenção à saúde, prestados às famílias, e contabilizam este valor como *sinistro*.

Segundo a metodologia das Contas Nacionais (United Nations, 1993), a produção das empresas seguradoras é calculada da seguinte forma:

Valor da Produção = prêmios recebidos – sinistros + resultados financeiros obtidos com a aplicação de suas reservas técnicas.

Consumo Intermediário = Despesas de Comercialização + Despesas Administrativas.

Valor Adicionado = Valor da Produção – Consumo Intermediário.

Como já mencionamos, em função do controle da SUSEP, a que as empresas seguradoras estão sujeitas, podemos dispor dos dados econômicos e financeiros das empresas de seguro de saúde; assim, é possível o cálculo da parcela da renda nacional que essas empresas recebem pela prestação dos seus serviços às famílias.

3ª - Segundo o princípio das partidas dobradas, as despesas das empresas seguradoras referentes ao *sinistro* representam as receitas das empresas de assistência médica; assim, para as Contas Nacionais, o valor dos sinistros das seguradoras deve contar como uma parcela do Valor da Produção das empresas médicas.

c) através da compra de um plano de saúde a empresa de medicina de grupo

Nessa modalidade de assistência, as empresas tanto podem prestar esse serviço diretamente às famílias, como contratá-lo junto a terceiros, através de uma rede de médicos, hospitais e outras empresas médicas, sob a forma de convênios.

Os *fluxos monetários* referentes à intervenção das empresas de medicina de grupo na área de saúde compreendem as seguintes operações:

1ª - As famílias pagam o valor do *plano de saúde* às empresas de medicina de grupo e este valor corresponde ao Valor da Produção das empresas.

2ª - As empresas de medicina de grupo pagam às empresas médicas *conveniadas* o valor referente aos serviços de atenção à saúde prestados às famílias; segundo o método

das partidas dobradas, este valor deve ser computado como produção das empresas médicas.

O Consumo Intermediário das empresas de medicina de grupo corresponde a dois grupos de despesas. O primeiro refere-se às despesas correntes das unidades médicas pertencentes a própria rede dessas empresas, e o segundo, aos pagamentos efetuados a médicos, hospitais e outras empresas médicas sob convênio.

O Valor Adicionado das empresas de medicina de grupo é a diferença entre o Valor de Produção das mesmas e os dois tipos de despesa acima discriminados.

As empresas de medicina de grupo divulgam – através de sua entidade de classe, a ABRAMGE – apenas algumas informações sobre seu faturamento anual, insuficientes para avaliar se a contribuição deste segundo ramo da assistência médica suplementar para a formação da renda nacional.

d) através da compra de um plano de saúde a cooperativa médica

Essa modalidade de assistência médica suplementar é semelhante à das empresas de medicina de grupo. Difere apenas por serem as cooperativas regidas por uma legislação específica, segundo a qual não estão sujeitas às regras tributárias a que se submetem as demais pessoas jurídicas.

As cooperativas médicas prestam o serviço de assistência médica diretamente às famílias, através da sua rede de médicos e hospitais credenciados; não aceitam, porém, o uso do sistema de livre escolha.

Os *fluxos monetários* referentes à intervenção das *cooperativas médicas* compreendem as seguintes operações:

1^a - As famílias pagam o valor do *plano de saúde* às cooperativas médicas; este valor corresponde ao Valor da Produção destas empresas.

2^a - As despesas correntes realizadas nas unidades médicas da rede das cooperativas equivalem ao valor do Consumo Intermediário deste terceiro ramo da assistência médica suplementar.

O Valor Adicionado das cooperativas médicas é calculado através da diferença entre seu Valor de Produção e as despesas correntes.

É preciso ressaltar que as cooperativas médicas divulgam pouquíssimos dados financeiros sobre sua atividade, e, assim, é difícil avaliar a contribuição das mesmas para a formação da renda nacional.

e) através da utilização de serviços de saúde (de médicos particulares ou de empresas de assistência médica), pagos com recursos próprios e com recursos de seus empregadores

Essa modalidade corresponde ao quarto e último ramo da assistência médica suplementar contemplado neste trabalho, e compreende as empresas de autogestão de planos de saúde; essas empresas constituem planos próprios de assistência médica para seus funcionários.

Segundo as Contas Nacionais, os *fluxos monetários* das empresas de autogestão de planos de saúde compreendem as seguintes operações:

1^a - As famílias pagam o valor correspondente à sua contribuição para o *plano de saúde* das empresas de autogestão; este valor corresponde apenas a uma parte das receitas do *plano de saúde* dessas empresas, a contribuição da empresa patrocinadora do plano consistindo na outra parte.

2^a - As empresas de autogestão de planos de saúde pagam às empresas médicas, *conveniadas* ou de livre escolha dos associados, o valor dos serviços de atenção à saúde prestados às famílias; quando o participante do plano opta por atendimento médico na rede credenciada, a empresa de autogestão efetua o pagamento diretamente ao prestador do serviço. Em geral, este valor é regulado pela tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), mas compreende, também, um fator moderador, correspondente à parcela da despesa a ser paga pelo participante. Já no caso dos planos de livre escolha, o plano de saúde cobre uma parcela da despesa do participante, em princípio também calculada com base na tabela da AMB.

Pelo método das partidas dobradas, as despesas das empresas de autogestão devem ser contadas como produção das empresas médicas. Assim, o Consumo Intermediário das empresas de autogestão corresponde ao Valor da Produção das empresas médicas.

Como as empresas de autogestão são formadas para prestarem serviços de saúde aos seus funcionários, sem finalidade lucrativa, seu Valor Adicionado deve compreender apenas o valor dos salários e encargos trabalhistas do pessoal contratado pelas mesmas.

O valor referente aos pagamentos feitos pela parte patronal corresponde a uma transferência de renda para as famílias que, por sua vez, utilizam esta renda para comprar, a preço de mercado, os serviços de saúde.

Subsetor de Assistência Médica Suplementar: Estimativas Preliminares

A seguir estão descritas, de forma desagregada, as estimativas sobre o Valor Adicionado por cada modalidade do subsetor de assistência médica suplementar no país, para o ano de 1997.

Empresas de seguro de saúde

A modalidade de seguro de saúde consiste em uma forma particular de intermediação financeira, segundo a qual a empresa seguradora paga diretamente ao prestador do serviço de atenção médica (credenciado), ou reembolsa as despesas feitas pelo segurado, sob o regime de livre escolha, com assistência médica.

No ano de 1997, de acordo com a SUSEP, as 130 empresas seguradoras arrecadaram R\$ 18.395 milhões em prêmios totais de seguros, dos quais R\$ 3.976 milhões (21,6%) corresponderam aos prêmios do "ramo saúde", coberto por cerca de 40 empresas.

O seguro é uma forma de intermediação financeira, em que os fundos (prêmios) são cobrados aos detentores de apólices de seguro e investidos em ativos financeiros, ou outros ativos, mantidos como provisões técnicas (reservas técnicas) para financiar o pagamento de futuras indenizações (sinistros), se ocorrerem eventos especificados na apólice de seguros.

A prestação dos serviços pelas empresas de seguros é calculada, e avaliada, pelo Sistema de Contas Nacionais, com base na relação entre o prêmio do seguro, o sinistro e as reservas técnicas.

O prêmio recebido pelas seguradoras cumpre as funções econômicas de remunerar o serviço prestado pelas seguradoras e de cobrir os riscos dos sinistros. Como as seguradoras não cobram em separado cada serviço (de organização da proteção financeira e da segurança que os seguros se destinam a prestar), o valor dos serviços tem que ser estimado indiretamente segundo o total dos valores a receber e a pagar das empresas de seguros, e deve incluir o rendimento, acrescido do investimento das provisões técnicas das seguradoras.

As seguradoras precisam constituir provisões técnicas porque os prêmios são pagos (antecipadamente) pelos segurados no início de cada período coberto pela apólice; este pagamento permite que as empresas retenham os fundos por um período de tempo, antes de ocorrer um sinistro que implique um pagamento.

As seguradoras também precisam manter reservas, a serem investidas em ativos financeiros ou não-financeiros, inclusive em imóveis. O rendimento desses investimentos tem uma influência sobre a determinação do valor do prêmio cobrado, pois a gestão da carteira de investimentos integra o negócio de seguros e tem um peso considerável na rentabilidade e na competitividade da empresa.

Assim, para as Contas Nacionais, o Valor da Produção total dos serviços de seguros é obtido com base nos seguintes elementos:

1. Prêmios ganhos (*efetivamente recebidos*) - São os prêmios totais recebidos, menos os prêmios restituídos, menos os prêmios de co-seguros cedidos, menos os prêmios de resseguros, menos as variações de provisões de prêmios.
2. Resultado financeiro - É o rendimento do investimento das provisões técnicas de seguros. Embora as reservas sejam mantidas e geridas pelas empresas de seguros, consistem em ativos dos detentores de apólices de seguros; o rendimento ganho com o investimento de reservas é, assim, atribuído aos segurados, em benefício dos quais as provisões são mantidas, e equivale a *prêmios suplementares*.
3. Sinistro retido (*Indenizações devidas*) - São indenizações devidas para o pagamento do sinistro; compreende o valor da indenização paga, mais o valor da variação das reservas de sinistros.

Assim, a equação da produção das seguradoras é construída da seguinte forma:

$\text{Valor da Produção dos serviços de seguro} = \text{Prêmio ganho} + \text{Resultado financeiro} - \text{Sinistro retido}.$

Os prêmios ganhos, e o rendimento do investimento das provisões técnicas de seguros, portanto, determinam os recursos totais de uma empresa de seguros e as indenizações devidas; e a variação das reservas de sinistros determina os encargos técnicos totais das seguradoras.

O valor dos serviços prestados pode, então, ser estimado, indiretamente, com base na diferença entre os recursos totais e os encargos técnicos totais; é este valor de produção que permite a uma empresa de seguros cobrir os seus custos, e obter o seu lucro.

O Valor da Produção dos serviços de seguro de saúde prestados, em 1997, pelas empresas residentes (nacionais e estrangeiras), no Brasil, também pode ser calculado por esta fórmula, utilizando-se os dados divulgados pela SUSEP; os resultados obtidos encontram-se na Tabela 5, abaixo.

Tabela5

Conta de Produção do Total do Setor de Seguro e do Seguro-Saúde em 1997 (R\$ milhões)		
Itens	Seguro Total	Seguro Saúde
Prêmio Total	18395	3975
Prêmio Ganho	16431	3795
Sinistro Retido	10905	2950
Despesas de Comercialização	3010	650
Despesas Administrativas	2804	606
Resultado Financeiro	1587	664
Sinistralidade	66,37%	77,74%
Desp. Adm. / Prêmio Ganho	17,07%	15,97%
Desp. Comerc. / Prêmio Ganho	18,32%	17,14%
Valor da Produção	7113	1509
Consumo Intermediário	5814	1256
Valor Adicionado	1299	253
Empresas Consideradas	130	40

Fonte: SUSEP

O Valor Adicionado pela modalidade de seguro de saúde (constituído por 40 das 130 empresas atuantes no ramo, isto é, por 30,7% dessas empresas) representou 19,38% do Valor Adicionado total do setor segurador do país em 1997.

Considerando-se que o PIB brasileiro, a preço de mercado corrente, para o mesmo ano de referência, foi de R\$ 864.112 milhões, o Valor Adicionado total do setor segurador correspondeu a 0,15% do PIB, e o Valor Adicionado pelo segmento de seguro de saúde a apenas cerca de 0,03% desse mesmo Produto.

Empresas de Medicina de Grupo

Constituído por empresas médicas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias, e trabalham com vários tipos de planos, esse segmento contava com cerca de 730 empresas, no ano de 1977. E incluía 17,8 milhões de beneficiários, sendo 14,6 milhões cobertos por planos coletivos (cerca de 80%) e 3,7 milhões por planos individuais e familiares (ABRAMGE, 1999).

O Valor Adicionado por essa modalidade, ao Produto Interno Bruto, correspondeu, no ano de 1997, a R\$ 735 milhões, cerca de 0,08% do PIB brasileiro, a preço de mercado corrente (Tabela 6).

Tabela 6

Empresas de Medicina de Grupo	
Indicadores da AMS	Resultados de 1997
Empresas	730
Beneficiários (mil)	17800
Consultas/ano (milhões)	88,2
Internações (mil)	1780
Médicos CLT	27500
Médicos credenciados	85000
Empregados CLT	72500
Empregados indiretos	168000
Hospitais próprios	220
Hospitais credenciados	4000
Leitos próprios	20400
Leitos credenciados	363000
Faturamento anual (US\$ milhões)	3850
Faturamento anual por beneficiário (US\$)	216,29
Faturamento mensal por beneficiário (US\$)	18,02
Custo anual por beneficiário (US\$)	172,77
Custo mensal por beneficiário (US\$)	14,40
Valor anual da Produção (R\$ milhões)	3653
V P mensal por beneficiário (R\$)	17,10
V P anual por beneficiário (R\$)	205
Custo mensal por beneficiário (R\$)	13,66
Custo anual por beneficiário (R\$)	164
Custo anual total (R\$)	2.917.661
Valor da Produção (R\$ milhões)	3653
Consumo Intermediário (R\$ milhões)	2918
Valor Adicionado (R\$ milhões)	735

Fonte: dados brutos - ABRAMGE

Empresas de Autogestão de Planos de Saúde

As empresas de autogestão administram planos próprios para seus empregados, mas contratam os serviços médicos de terceiros. Atividade realizada no âmbito das próprias empresas, para seus empregados (e dependentes), ou por entidades (Fundações) constituídas, pelas empresas, para administrar planos previdenciários e de saúde para estes beneficiários, este tipo de assistência caracteriza-se pelo caráter *não-lucrativo*. Isto é, suas receitas devem ser utilizadas no custeio da própria atividade.

Esse custeio compreende o pagamento dos serviços médicos e hospitalares prestados pela rede credenciada e, também, as despesas com pessoal e materiais de consumo usados pelas empresas de autogestão dos planos de saúde.

Conceitualmente, todas as despesas associadas ao pagamento da rede credenciada são consideradas como Consumo Intermediário; os gastos com materiais de consumo também se incluem nessa categoria. Já o pagamento do pessoal empregado nas empresas de autogestão de planos de saúde é considerado um componente do Valor Adicionado.

Entretanto, não há como identificar a parcela correspondente aos salários e encargos sociais nos gastos destas empresas; não é possível, assim, avaliar-se a contribuição dessa modalidade para a formação do Valor Adicionado do conjunto da assistência médica suplementar. Poder-se-ia, porém, estimar o peso dos gastos com o pessoal das empresas de autogestão de planos de saúde. Mas não se sabe se tais despesas estão, ou não, incluídas nas estimativas das despesas das referidas empresas, ou de suas mantenedoras.

Em virtude dessas circunstâncias, optou-se por tratar todos os gastos das empresas de autogestão de planos de saúde como gastos de Consumo Intermediário. Tal opção implicou admitir que, neste ramo não-mercantil da assistência médica suplementar, o Valor da Produção é igual ao Consumo Intermediário; conseqüentemente, o seu Valor Adicionado é nulo, para fins do cálculo do Valor Adicionado por essa modalidade.

Para o cálculo do Valor da Produção, é também importante considerar que o financiamento do programa de saúde das empresas de autogestão conta com a participação dos funcionários; segundo pesquisas das entidades representativas das empresas de autogestão (ABRASPE e CIEFAS), esta modalidade cobria 8 milhões de beneficiários, em 1997.

Ainda de acordo com a ABRASPE, as empresas patrocinadoras dos planos de saúde para seus funcionários contribuíam com aproximadamente 70% dos gastos e os empregados, com os 30% restantes.

Estimou-se, assim, que os custos de atendimento médico nessa modalidade tenham sido da ordem de R\$ 5.748 milhões (Tabela 7), as empresas participando com R\$ 4.024 milhões e os empregados com R\$ 1.724 milhões.

TABELA 7

Empresas de Auto-gestão de Planos de Saúde	
Indicadores da AMS	Resultados de 1997
Empresas	300
Beneficiários (mil)	8000
Empregados CLT	8000
Hospitais credenciados	1000
Leitos credenciados	50000
Custo mensal por beneficiário (R\$)	59,88
Custo anual por beneficiário (R\$)	719
Custo anual total (R\$ milhões)	5748
Contribuição do empregado (R\$ milhões)	1724
Contribuição da empresa (R\$ milhões)	4024
Valor da Produção/ano (R\$ milhões)	5748

Fonte: dados brutos - ABRASPE, CIEFAS e ABRAMGE

Cooperativas Médicas

A dificuldade para se estimar a contribuição das cooperativas médicas na formação da renda da assistência médica suplementar é ainda maior do que as encontradas para avaliar os segmentos acima descritos.

As cooperativas médicas consistem em uma modalidade de organização segundo a qual os médicos responsáveis pela prestação dos serviços médicos são cooperados de uma entidade sem fins lucrativos; quaisquer recursos recebidos são, assim, definidos como reembolso de despesas ou, então, como participação nos resultados da referida cooperativa.

Segundo dados da Confederação Nacional das UNIMEDs, representante das empresas do segmento, essa modalidade de assistência era composta, no ano de referência, por 360 empresas, e cobria 10.671.000 beneficiários.

Estas cooperativas apresentaram os resultados constantes da Tabela 8; o Valor Adicionado por essa modalidade foi estimado em R\$ 966.000.000, 00 ou 0,11% do PIB brasileiro, a preço de mercado corrente, naquele ano.

TABELA 8

Cooperativas Médicas	
Indicadores da AMS	Resultados de 1997
Empresas	360
Beneficiários (mil)	10671
Consultas/ano (milhões)	50,2
Internações (mil)	968
Médicos credenciados	87621
Empregados CLT	16500
Empregados indiretos	260.000
Hospitais próprios	40
Hospitais credenciados	3125
Leitos próprios	2185
Leitos credenciados	283.000
Faturamento anual (US\$ milhões)	3500
Faturamento anual por beneficiário (US\$)	328
Faturamento mensal por beneficiário (US\$)	27,33
Custo anual por beneficiário (US\$)	232,57
Custo mensal por beneficiário (US\$)	19,38
Valor anual da produção (R\$ milhões)	3321
V P mensal por beneficiário (R\$)	25,93
V P anual por beneficiário (R\$)	311
Custo mensal por beneficiário (R\$)	18,39
Custo anual por beneficiário (R\$)	220,65
Custo anual total (R\$ milhões)	2355
Valor da Produção (R\$ milhões)	3321
Consumo Intermediário (R\$ milhões)	2355
Valor Adicionado (R\$ milhões)	966

Fonte: dados brutos - ABRAMGE e Confederação Nacional das UNIMED

Os valores estimados para os indicadores físicos e as modalidades a constituírem o subsetor de assistência médica suplementar no Brasil, sempre para o ano de 1997, estão expostos nas Tabelas 9 e 10.

TABELA 9

Assistência Médica Suplementar no Brasil 1997					
Modalidades	Seguro saúde	Medicina de grupo	Auto-gestão	Cooperativas	Total
Indicadores Físicos					
Empresas	40	730	300	360	1430
Beneficiários (mil)	4000	17800	8000	10671	40471
Consultas/ano (milhões)	---	88,2	28	50,2	166,4
Consultas/beneficiário/ano	---	4,96	3,50	4,70	4,11
Internações (mil)	510	1780	900	968	4158
Internações/beneficiário/ano	0,128	0,100	0,113	0,091	0,103
Médicos CLT	---	27500	---	---	27500
Médicos credenciados	45000	85000	---	87621	217621
Empregados CLT	5000	72500	8000	16500	102000
Empregados indiretos	90000	168000	60000	260000	578000
Hospitais próprios	---	220	---	40	260
Hospitais credenciados	4000	4000	1000	3125	12125
Leitos próprios	---	20400	---	2185	22585
Leitos credenciados	300000	363000	50000	283000	996000
Leitos totais/beneficiário	0,075	0,022	0,006	0,027	0,025

Fonte: dados brutos - ABRASPE, CIEFAS, ABRAMGE, SUSEP e FENASEG.

TABELA 10

Assistência Médica Suplementar no Brasil 1997				
Modalidades	Seguro saúde	Medicina de grupo	Auto-gestão	Cooperativas
Indicadores da AMS				
Valor da Produção (R\$ milhões)	1.508	3.653	5.749	3.321
Consumo Intermediário (R\$ milhões)	1.257	2.918	5.749	2.355
Valor Adicionado (R\$ milhões)	252	735	0	966

Fonte: dados brutos - ABRASPE, CIEFAS, ABRAMGE, SUSEP e FENASEG.

Considerações Finais

Como referimos anteriormente, não foi possível estimar o Valor Adicionado pela modalidade de empresas de autogestão, pois não há informações sobre o valor dos gastos com o pessoal ocupado nestas empresas e em suas mantenedoras. Como consequência, o Valor Adicionado por essa modalidade de assistência não entrou no cômputo total do subsetor, embora se acredite serem esses gastos irrelevantes, frente às despesas com a rede de médicos e hospitais credenciados.

Quanto às outras três modalidades do subsetor de assistência médica suplementar, a estimativa do Valor da Produção e do Consumo Intermediário permitiu calcular os respectivos Valores Adicionados.

Essas três modalidades – seguro de saúde, medicina de grupo e cooperativas médicas — foram responsáveis por um Valor Adicionado de R\$ 1.753 milhões, ou 0,22% do PIB brasileiro, a preço de mercado corrente. (Tabela 11).

TABELA 11

Assistência Médica Suplementar no Brasil Valor Adicionado a preço de mercado corrente em 1997					
Modalidades	Seguro Saúde	Medicina de Grupo	Auto-gestão	Cooperativas Médicas	Total
Valor Adicionado (R\$ milhões)	252	535	---	966	1753
Valor Adicionado (R\$ milhões) / PIB 1997	0,03	0,08	---	0,11	0,22

Fonte: dados brutos - ABRASPE, CIEFAS, ABRAMGE, SUSEP e FENASEG - e IBGE.

Segundo o IBGE, o Valor do Agregado das atividades de “Educação e Saúde Mercantis” representou 3,26% do PIB em 1997 (cerca de R\$ 28.170 milhões). Como já expusemos, o grau de dificuldade para avaliação do peso da atividade de saúde na economia brasileira é tão marcante que o IBGE não conseguiu, até hoje, estimar isoladamente o peso do segmento da saúde mercantil no PIB brasileiro.

A estimativa do Valor Adicionado total da assistência médica suplementar pode, à primeira vista, parecer baixa, mas é importante não esquecer, que a mesma não incluiu o segmento da autogestão e que a modalidade de seguro corresponde a um Valor Adicionado muito pequeno por ser também pequeno o valor total do setor de seguros no percentual do PIB brasileiro.

Dessa maneira, o peso de 0,22% estimado corresponde, principalmente, à medicina de grupo e às cooperativas médicas. Ou seja, a apenas duas das quatro modalidades constituintes do subsetor de assistência médica suplementar.

Vale, no entanto, registrar que o Valor Adicionado encontrado — R\$ 1.753 milhões — é ainda maior que o PIB de várias Unidades da Federação como, por exemplo, os dos estados do Tocantins (R\$ 1.707 milhões), do Acre (R\$ 1.303 milhões), do Amapá (R\$ 1.514 milhões) e de Roraima (R\$ 617 milhões).

Cabe ainda mencionar que o número de beneficiários supostamente sob a cobertura do subsetor (cerca de 40 milhões) não equivale à população coberta pela assistência médica suplementar. Pois muitas pessoas se incluem em mais de uma das modalidades constituintes (por exemplo, uma mesma pessoa pode ter um plano de saúde pago por sua empresa e, ao mesmo tempo, um seguro de saúde pago com sua própria renda).

Um cadastro nacional de beneficiários a congregar todos os indivíduos cobertos pelas diferentes modalidades de assistência poderia ajudar na identificação dessas múltiplas contagens, e fornecer um número mais real do contingente abrigado nesse subsetor.

As estimativas aqui realizadas representam um esforço preliminar de compreensão da dimensão desse subsetor na economia brasileira, mas se ressentiram de inúmeras dificuldades.

Os dados econômicos e financeiros referentes ao setor de seguro de saúde – divulgados regularmente, em virtude da obrigatoriedade legal – são, nesse conjunto subsetorial, os mais consistentes. E portanto, os mais adequados para o cálculo da contribuição dessa modalidade para a formação da renda nacional. No tocante às demais modalidades, lacunas exigiram o recurso a estimativas que envolveram, amiúde, uma grande subordinação aos dados gerados e oferecidos pelas próprias entidades representativas, sem haver possibilidade de verificação – através de recurso a outras fontes –, da veracidade e da confiabilidade das informações.

Se, por um lado, a ausência de dados e informações confiáveis e compatíveis contribuiu para dificultar chegarmos a uma avaliação mais precisa do peso econômico da assistência médica suplementar no PIB brasileiro, por outro, indica os limites e desafios a serem vencidos para a Agência Nacional de Saúde Suplementar poder executar a contento suas funções.

A complexidade do subsetor de assistência médica suplementar reclama novas estratégias de regulação e controle, que precisam estar fundadas em conhecimentos mais sólidos sobre os diversos atores a atuarem nesse segmento. Em nosso país, isto se constitui em desafio de grande envergadura.

Esforços de delineamento e mensuração voltados para medir melhor a importância relativa desse subsetor, e seu impacto potencial na economia nacional, representam uma condição necessária às iniciativas do governo, de regulação e de financiamento da assistência médica suplementar no país.

Esta pesquisa gostaria de se ver incluída nestes esforços.

Referências Bibliográficas

ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) (1999). *Informe de Imprensa: Dados e Números da Medicina de Grupo*. (<http://www.abrange.com.br>).

ABRASPE (Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios das Empresas) (1999). *Pesquisa Anual de Assistência Médica e Odontológica*. (<http://www.abraspe.com.br>).

Almeida, Célia (1998). O Mercado Privado dos Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar. Brasília: IPEA, *Textos Para Discussão* nº 599.

Bahia, Lígia (1991). *Oferta e Produção de Serviços de Saúde no Brasil na Década de 80*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. (Tese de Mestrado).

Bahia, Lígia. (1999). *Seguros e Planos de Saúde, uma "Saída" à Brasileira: Estudo da Organização da Oferta a partir de Noções das Teorias de Seguros*. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 330 p.

Berman, P. (1997). National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications. *Health Economics*, v.6, p.11-30

Brasil (1998). Lei 9 656 de 3 de junho de 1998.

Brasil (1999). Medida Provisória n.º 1.908-20, de 25 de novembro de 1999.

Brasil (1999). Medida Provisória n.º 1.928, de 25 de novembro de 1999

Brasil (1999). Medida Provisória n.º 1908-18, de 27 de setembro de 1999.

Brasil. Presidência da República. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília.

CIEFAS (Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde) (1998). *Pesquisa Nacional sobre Saúde nas Empresas*. São Paulo. (<http://www.ciefas.com.br>).

CIEFAS (Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde) (1999). *Pesquisa Nacional sobre Saúde nas Empresas*. São Paulo. (<http://www.ciefas.com.br>).

FENASEG (Federação das Empresas de Seguros Privados e Capitalização) (1999). *Números do Seguro no Brasil* (<http://www.fenaseg.com.br>).

Figueiredo, Ferdinando de Oliveira (1980). *Metodologia das contas nacionais*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

France - Ministère de l'emploi et de la Solidarité (1999). *Comptes nationaux de la santé 1996 - 1997 - 1998 (base 1995)*. Paris: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistique, Dossier Solidarité et Santé, nº 2, 98 p.

- IBGE - Departamento de Contas Nacionais (1988). *Novo sistema de contas nacionais do Brasil - Metodologia e resultados provisórios, ano-base 1980*. Rio de Janeiro: IBGE, Série Textos para Discussão, n. 10, vol. I e II.
- IBGE - Departamento de Contas Nacionais. (1997a). *Matriz de Insumo-Produto do Brasil - série 1990-95*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE - Departamento de Contas Nacionais. (1997b). *Sistema de Contas Nacionais do Brasil: 1996*. Rio de Janeiro: IBGE, vol. 2.
- IBGE - Departamento de Contas Nacionais. (1998). *Sistema de Contas Nacionais - Brasil: resultados preliminares de 1997*. Rio de Janeiro: IBGE, nº 1.
- IBGE - Departamento de Contas Nacionais. (1999a). *Contas Regionais do Brasil: 1985 - 1997*. Rio de Janeiro: IBGE, Sistema de Contas Nacionais, nº 3.
- IBGE - Departamento de Contas Nacionais. (1999b). *Sistema de Contas Nacionais - Brasil: resultados preliminares de 1998*. Rio de Janeiro: IBGE, nº 2.
- IBGE - Departamento de Emprego e Rendimento. (1999c). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: 1998*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE - Departamento de Índice de Preços. (1999d). *Pesquisa de Orçamentos Familiares: 1995 - 1996*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE - Diretoria de Pesquisas. (1995). *Classificação Nacional de Atividades Econômicas*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE. Diretoria de Pesquisas, Departamento de Índices de Preços. (1999). *Pesquisa de Orçamentos Familiares: 1995-1996*. Rio de Janeiro: IBGE
- Kendrick, John W. (1995). *The New System of National Accounts*. Boston: Klumer Academic Publishers.
- Kenessey, Zoltan (Ed.). (1994). *The Accounts of Nations*. Amsterdam: IOS Press.
- Nunes, Eduardo P. (1998). *Sistemas de Contas Nacionais: A Gênese das Contas Nacionais Modernas e a Evolução das Contas Nacionais no Brasil*. Tese (Doutorado em Economia), Campinas: Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, 197 p.
- Partnerships for Health Reform - Latin American and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiatives (1997). *Health Accounting: A Comparison of the System of National Accounts and National Health Accounts Approaches*. Special Initiative Report 4, 42 p.
- Partnerships for Health Reform - Latin American and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiatives (1998a). *National Health Accounts: Summaries of Eight National Studies in Latin America and the Caribbean*. Special Initiative Report 7, 33 p.
- Partnerships for Health Reform - Latin American and Caribbean Regional Health Sector Reform Initiatives (1999c). *Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network*. Special Initiatives Report 16, 85 p. (www.americas.health-sector-reform.org).
- SUSEP (Superintendência de Seguros Privados / Ministério da Fazenda) (1997). *Dados Consolidados dos Seguros no Brasil* (<http://www.susep.gov.br>).
- United Nations (1953). *A System of National Accounts and Supporting Tables*. New York: United Nations, Studies in Methods, Series F, nº. 2, rev. 1.
- United Nations (1968). *A System of National Accounts*. New York: United Nations, Series F; nº 2; rev.3.
- United Nations (1993). *System of National Accounts*. New York: Commission of the European Communities; International Monetary Fund; Organization for Economic Co-operation and Development; United Nations and World Bank. Serie F; nº 2; Rev. 4.

1 - Apresentação

Neste capítulo proponho-me a apresentar²², um ensaio sobre a trajetória da Lei n.º 9.656/98 – até o final do ano 2001 –, e sobre sua regulamentação, com a inclusão dos modelos de gestão e estrutura reguladoras. Sem qualquer pretensão de esgotar o assunto, destaquei os pontos que julguei relevantes na intenção das pessoas que lutaram pelo ordenamento da regulação, dentre beneficiários de planos de saúde, representantes, autoridades e parlamentares.

Na análise sobre a legislação, não me voltei para os aspectos jurídicos, já tão amplamente estudados pelos especialistas. Por outro lado, mapeei as alterações havidas no decorrer do processo de regulação, sob o ponto de vista de seus órgãos regulamentadores, notadamente o Conselho de Saúde Suplementar CONSU, o Ministério da Saúde MS e a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS. E indiquei alguns dos objetivos que moveram estes órgãos nas direções que tomaram.

Podemos sintetizar a evolução da regulação do mercado de assistência suplementar à saúde, após promulgação da Lei n.º 9.656⁴, de 3 de junho de 1998, e a emissão da primeira Medida Provisória que a alterou – MP n.º 1665, de 4 de junho de 1998 –, segundo alguns marcos principais, a seguir enunciados:

- 1.º) O primeiro ciclo de regulamentação por parte do CONSU e do Ministério da Saúde, em novembro de 1998, onde foram contempladas as normas regulamentares assistenciais (MP n.º 1.685-5, de 26.10.98 e Resoluções CONSU n.ºs 1 a 14, de 03.11.98); a instituição do registro provisório de operadoras e produtos, em dezembro de 1998 (MP n.º 1.730-7, de 07.12.98); a revisão das quatorze primeiras Resoluções CONSU e a regulamentação de agravos (processo administrativo, artigos 30 e 31) que dizem respeito à continuidade da assistência a aposentados e demitidos, e do ressarcimento ao SUS, em março e outubro de 1999 (Resoluções CONSU n.ºs 15 a 21, de 23.03.99 e n.ºs 22 e 23, de 28.10.99);
- 2.º) A repactuação de contratos anteriores à lei, com cláusulas de reajustes por mudança de faixa etária, para beneficiários com sessenta anos ou mais, e que participavam do plano de saúde havia mais de dez anos, em junho de 1999 (MP n.º 1.801-14, de 17.06.99);
- 3.º) A retirada, da lei, de qualquer referência a seguros ou seguradoras; a transferência das competências anteriormente afetas ao CNSP Conselho Nacional de Seguros Privados e à SUSEP Superintendência de Seguros Privados para o CONSU Conselho de Saúde Suplementar e o Ministério da Saúde, respectivamente, e a conceituação de planos de saúde²³, em setembro de 1999 (MP n.º 1.908-18, de 26.09.99);

²¹ Gerente de Pesquisa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS e ex-Coordenadora Geral de Regulação de Planos de Saúde do Departamento de Saúde Suplementar - DESAS/SAS/ Ministério da Saúde. Participaram também da pesquisa realizada neste capítulo as consultoras da ANS Flávia Maria Daou Lindoso da Fonseca, Flávia Costa Figueiredo e Rosemaire Aparecida Silva.

²² Serei eternamente devedora da Dra. Lígia Bahia (PhD) e da Dra. Elena Camarinha que, pacientemente, revisaram este capítulo e forneceram inestimáveis contribuições a sua elaboração. No entanto, qualquer erro ou impropriedade porventura encontrado é de minha exclusiva responsabilidade.

Com meus agradecimentos especiais, dedico este trabalho ao Dr. João Luis Barroca de Andréa, meu grande mestre na arte de apreender as complexidades do mercado de assistência suplementar; à Dra. Elena Camarinha, minha mestra da inteligência da lei; ao meu tolerante marido e companheiro, Mário Mendes de Mesquita, e a meus amados filhos Daniel, Rafael e Gabriel, que me presentearam com compreensão e incentivo.

²³ Estabeleceu a diferenciação entre o seguro de saúde clássico e o que equivale a plano de saúde. O seguro de saúde clássico é definido pelo Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966, correspondente à lei complementar prevista no Art. 192 da Constituição Federal, que trata do Sistema Financeiro Nacional.

- 4.º) A criação da ANS como instância reguladora da assistência suplementar à saúde, em novembro de 1999 (MP n.ºs 1.908-20 e 1.928, ambas de 25.11.99, Lei n.º 9.961, de 28.01.00 e Resoluções RDC n.ºs 1 e 2, de 06.01.00) e as regulamentações da Taxa de Saúde Suplementar, do recolhimento de multas e da obrigatoriedade do plano-referência, em março de 2000 (Resoluções RDC n.º 10, de 03.03.00, n.º 11, de 09.03.2000 e n.º 14, de 30.03.2000);
- 5.º) O primeiro ciclo de regulamentação da ANS, que incluiu normas sobre instrumento de acompanhamento econômico-financeiro das operadoras, aplicação de penalidades, alienação voluntária de carteiras, procedimentos para revisão técnica, instituição da nota técnica de registro de produtos e reajuste das contraprestações pecuniárias de planos de saúde no exercício, em junho de 2000 (Resoluções RDC n.º 22, de 30.05.00, n.º 25, de 15.06.00, n.ºs. 27, 28 e 29, de 26.06.00);
- 6.º) O segundo ciclo de instruções normativas da ANS, de fortes características saneadoras do mercado de operadoras de planos, que incluiu instituição de plano de contas, informações periódicas, segmentação e classificação das operadoras, constituição de garantias financeiras, regimes de direção fiscal e técnica, alienação compulsória de carteiras, revisão do rol mínimo de procedimentos de obrigação dos planos de saúde, procedimentos de alta complexidade, cobertura parcial temporária, médico responsável por informações assistenciais, sistema de informações de produtos, termo de ajuste de conduta, indisponibilidade de bens de administradores, liquidação extrajudicial, seguradoras especializadas em saúde e reajuste das contraprestações para o novo exercício, de outubro de 2000 a dezembro de 2001 (MP n.ºs 2.097-36, de 26.01.2001 e 2.177-44, de 24.08.2001, Resoluções RDC n.ºs 38 e 39, de 30.10.2000, n.º 40, de 14.12.00, n.ºs 41 e 42, de 15.12.00 e n.ºs 47 a 93, de janeiro a dezembro de 2001).

Na tentativa de apresentar, de forma didática, a lógica da regulamentação, nossa análise tomou como base quatro grandes áreas temáticas:

- 1) Ampliação das coberturas assistenciais e proteção do consumidor.
- 2) Relações entre os setores público e privado nos planos de saúde.
- 3) Funcionamento das operadoras de planos de saúde e fiscalização governamental.
- 4) As agências reguladoras.

Não se quer dizer que os dispositivos legais agrupados segundo essa lógica estejam caracterizados somente nessas áreas, pois vários artigos poderiam ser localizados em outros grupos também. Mas optei por reuni-los em um único grupamento de maior afinidade, segundo nossa visão.

Cada área temática contém quatro subdivisões. A primeira corresponde à explicação sobre o escopo do tema; a segunda relaciona os artigos da lei referentes ao tema em pauta, bem como as instruções normativas que os regulamentam; na terceira, destaco as principais inovações trazidas pela lei e na quarta, apresento síntese das alterações que modificaram o texto original⁴.

O objetivo das explicações contidas na subdivisão "escopo" é tão somente delimitar a abordagem de que trata a área temática. Para tanto, limitei-me a mencionar algumas situações e a relacionar os pontos abordados, sem preocupação com o peso, ou a frequência, em que ocorrem; sob esse aspecto, a referência bibliográfica detalha e esclarece algumas das assertivas.

Os textos integrais de cada artigo da Lei n.º 9.656, de 03.06.98, estão citados em duas versões. A versão inicial corresponde à alteração promovida pela MP n.º 1665, de

04.06.1998²⁴; já a versão final apresenta a lei alterada pela MP nº 2.177-44, de 24.08.2001²⁵, com destaque para as mudanças. O campo de comentários referentes à versão inicial contém a ementa de cada artigo; quando me refiro à versão final, menciono somente as alterações.

Após a apresentação dos artigos e comentários de cada área temática, destaquei as principais novidades introduzidas pela lei, desde a versão inicial, e as alterações substantivas, registradas na versão final aqui utilizada (Medida Provisória nº 2.177-44, de 24.08.2001).

As inovações destacadas em cada área apontam os temas que anteriormente foram motivo de divergências entre os diversos portadores de interesse desse mercado, ou as omissões da auto-regulamentação praticada pelas operadoras.

As mudanças em destaque retratam a evolução da lei ao longo desses três anos e meio de regulação, bem como seu estágio de maturidade, frente à realidade do mercado, haja vista o acordo entre os poderes Executivo e Legislativo para a adequação do texto legal⁴; considere as alterações não destacadas como melhorias à forma e à compreensão dos textos²⁶.

Chamo a atenção, no entanto, para duas mudanças significativas que, pela amplitude, refletiram provocaram alterações em vários artigos da lei, mas são comentadas somente nas seções que abordam o tema da mudança. Uma, efetuada pela MP nº 1908-18, de 26.09.99, refere-se à conceituação de planos privados de assistência à saúde. Com isso, as referências ao produto na lei fazem remissão aos dispositivos que o conceituam (Inciso I e § 1.º do Art. 1.º). A outra trata da alteração do modelo de regulação, promovida pela MP nº 1.908-20, de 25.11.99, com a criação da ANS.

A sexta e última seção trata da vigência da lei. Ao final, nos anexos, apresentamos as ementas das referências normativas mencionadas no trabalho, relativamente às Resoluções CONSU e RDC/ANS, às Leis e aos Decretos.

²⁴ Por acordo do Congresso Nacional com o Executivo, a Lei nº 9.656/98 sempre vigorou com as alterações promovidas por medidas provisórias, a partir da MP nº 1665/98. Na presente análise, consideramos o texto original modificado pela primeira MP como a versão inicial da lei.

²⁵ A MP nº 2.177-44, de 24.08.2001, corresponde à última medida provisória publicada à época da elaboração deste capítulo. Até então, por força de lei, as Medidas Provisórias só tinham validade de trinta dias e, assim, deviam ser reeditadas todo mês. Porém, isso não significou que sofreram alteração, mensalmente. Por outro lado, somente a última MP emitida tinha validade legal. Atualmente, as MP anteriores à Emenda Constitucional nº 32, de 2001, vigoram enquanto outra não a revogue ou até que o Congresso Nacional delibere.

²⁶ Camarinha considera 3 tipos de alterações sofridas pela lei por MP, assim agrupados: (1) o maior consistiu em alterações para introduzir correções ou adequações gramaticais e de compreensão do texto; (2) alterações que possibilitaram a eficácia dos preceitos inicialmente estabelecidos; e (3) alterações que interferiram nos preceitos originais do texto de junho de 1998. A maioria das alterações de que trata este capítulo enquadra-se nos dois últimos grupos.

2 - Ampliação das coberturas assistenciais e proteção do consumidor

2.1 – Escopo

Nesta seção, analisam-se aspectos relacionados à assistência a ser prestada pelas operadoras de planos de saúde e suas relações contratuais com beneficiários e prestadores de serviço.

As operadoras de planos de saúde sempre determinaram e delimitaram o rol e a quantidade de procedimentos a que seus beneficiários tinham direito, nem sempre de maneira clara para estes últimos. Não raro são divulgados casos em que pacientes vinculados a algum tipo de plano de saúde vêm-se surpreendidos com uma negativa de cobertura; geralmente isso ocorre quando mais precisam da atenção contratada e, portanto, estão mais frágeis e vulneráveis, em virtude da situação de adoecimento.

Ademais, é enorme a diversidade de carências e listas de exclusões de doenças e procedimentos nos contratos anteriores à lei; isso dificulta o entendimento dos consumidores e inviabiliza a organização de qualquer sistema de saúde, seja ele público ou privado. Para qualquer cidadão, mesmo o especialista, é difícil apreender as intenções e alcançar as consequências das complexas cláusulas dos contratos de seus planos de saúde.

Por outro lado, as operadoras de planos de saúde preocupam-se com o equilíbrio econômico-financeiro das carteiras sustentadas pelos recursos financeiros de seus associados, de forma solidária. O desequilíbrio pode ser provocado não só pelos usuários - nos casos de seleção adversa ou fraudes - mas também pelas operadoras que administram esses fundos - no caso de má gestão - e até mesmo pela regulação. Em qualquer caso, os mercados consumidor e operador preocupam-se com a administração do risco inerente ao negócio de planos de saúde.

A lei e sua regulamentação, são instrumentos de regulação do setor, e buscam garantir o equilíbrio da relação entre consumidores e operadoras. Assim, determinam padrões de cobertura, conceituam, objetivamente, as doenças ou lesões preexistentes, proíbem limites à quantidade de procedimentos e estabelecem o compromisso das operadoras frente a seus assistidos, e vice-versa.

Nesta seção, estudamos os aspectos vinculados à assistência, ou atenção, à saúde, prestada pelas operadoras privadas de planos de saúde a seus usuários, tanto de forma direta – por meio de profissionais de saúde contratados, laboratórios, clínicas e hospitais próprios - quanto de forma indireta, por meio de redes credenciadas desses diversos tipos de prestadores de serviço. Está incluída neste contexto a gestão dos procedimentos médicos, e não-médicos, que cercam, ou compõem, as ações de saúde, nas dimensões de proteção, cura e reabilitação, bem como as relações contratuais entre operadoras <-> consumidores e entre operadoras <-> prestadores de serviço.

Os atuais artigos n.ºs 10 a 18, 30, 31, 33, 35, 35-C (originalmente 35-D), 35-E (originalmente 35-H), 35-F e 35-G da Lei n.º 9.656/98 dizem respeito à cobertura assistencial e ao instrumental de proteção aos consumidores. Esses dispositivos legais, suas principais alterações, promovidas por Medidas Provisórias, e sua regulamentação, por meio de resoluções, estão relacionados no item 2.2, a seguir.

2.2 - Artigos selecionados da Lei n.º 9.656/98

Artigo 10 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴ Art 10. É instituído o plano ou seguro-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doença e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; III - inseminação artificial; IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; VIII - procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar; IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente. § 1º As exceções constantes dos incisos I a X serão objeto de regulamentação pelo CONSU. § 2º As operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º oferecerão, obrigatoriamente, o plano ou seguro-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. § 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as empresas que operem exclusivamente planos odontológicos. § 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, serão definidos por normas editadas pelo CONSU.	Comentários • Estabelece o plano com cobertura para todas as doenças, chamado plano-referência. • Padroniza as exclusões de tratamentos e procedimentos. • Destaca as exclusões que deverão ser regulamentadas pelo CONSU, posteriormente. • Estabelece a obrigatoriedade de se oferecer o plano-referência a todos os consumidores, atuais e futuros. • Exclui dessa obrigatoriedade as autogestões e as operadoras odontológicas.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais - apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada Art. 10. É instituído o <u>plano-referência</u> de assistência à saúde, com cobertura assistencial <u>médico-ambulatorial e hospitalar</u>, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental; II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim; III - inseminação artificial; IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico; VIII- REVOGADO. IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; e X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente. § 1º As exceções constantes dos incisos deste artigo serão objeto de regulamentação <u>pela ANS</u>. § 2º As <u>peçoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei</u> oferecerão, obrigatoriamente, <u>a partir de 3 de dezembro de 1999</u>, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores. § 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo <u>as peçoas jurídicas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as peçoas jurídicas que operem exclusivamente planos odontológicos</u>. § 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, será definida por normas editadas <u>pela ANS</u>.	• O termo "plano" passou a designar todo produto com iguais características. • O plano-referência incluía, originalmente, cobertura odontológica. Por dificuldades do mercado, esta assistência deixou de ser oferecida, temporariamente. • Algumas competências anteriormente afetas ao CONSU foram transferidas para a ANS, a partir da criação da mesma, em dez/99, pela MP n.º 1.928/99, transformada na Lei n.º 9.961/00. • Por dificuldades do mercado, em dezembro de 1998, estabeleceu-se um prazo, para a obrigatoriedade do oferecimento do plano-referência, de até um ano e meio a partir da vigência da lei.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas - para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo. • Resoluções CONSU n.ºs 5, 8, 10, 11 e 12 (de 1998), 15 e 16 (de 1999); • Resoluções RDC/ANS n.ºs 7, 21, 39, 41 (de 2000), 67, 68 e 81 (de 2001).	

Artigo 10-A da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	-	• Inexistente.
	texto atual	
	"Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1o do art. 1o desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer."	• Acréscimo introduzido pela Lei n.º 10.223, de 15.05.200. • Inclui cobertura de cirurgia plástica de reconstrução de mama, quando a mastectomia foi realizada em decorrente de tratamento de câncer.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.		
• Resoluções RDC/ANS n.ºs 7, 21, 41 (de 2000), 67, 68 e 81 (de 2001).		

Artigo 11 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	"Art 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor. Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor, titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pelo CONSU."	• Proíbe a alegação de preexistência, após 24 meses de contrato. • Estabelece que a alegação de doença, ou lesão preexistente, requer conhecimento prévio do consumidor. • Estabelece caber o ônus da prova à operadora.
	versão final ⁵ - os destaques – grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada	
	"Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos <u>produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o</u> desta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário. Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor <u>ou beneficiário</u> , titular ou dependente, até a prova de que trata o caput, na forma da regulamentação a ser editada pela ANS."	• A definição de planos de saúde foi alterada pela MP n.º 1.908-18/99, e a remissão substituiu a referência genérica, anterior. • Inclui qualquer beneficiário, mesmo os não-pagantes.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.		
• Resoluções CONSU n.ºs 2 e 14 (de 1998) e 15 (de 1999); • Resoluções RDC/ANS n.ºs 41, 42 (de 2000), 68 e 81 (de 2001).		

versão inicial ⁴

"Art 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde, nas segmentações previstas nos incisos de I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano ou seguro-referência de que trata o art. 10, segundo as Seguintes exigências mínimas:

I – quando incluir atendimento ambulatorial:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II – quando incluir internação hospitalar:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;
- f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

III – quando incluir atendimento obstétrico:

- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;
- b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;

IV – quando incluir atendimento odontológico:

- a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;
- b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;
- c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V – quando fixar períodos de carência:

- a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;
- c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência.

VI – reembolso, em todos os tipos de plano ou Seguro, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano ou Seguro, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;

VII – inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

Parágrafo único. Da documentação relativa à contratação de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano ou seguro-referência, e de que este lhe foi oferecido.

Comentários

- Estabelece as segmentações de planos permitidas, padroniza as coberturas, os prazos de carência, a obrigatoriedade de reembolso - nos casos de urgência e emergência - e a inscrição de filhos menores de 12 anos.

versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada	Comentários
<i>"Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:</i> <i>I – quando incluir atendimento ambulatorial:</i> <i>a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; e</i> <i>b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;</i> <i>II – quando incluir internação hospitalar:</i> <i>a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;</i> <i>b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;</i> <i>c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;</i> <i>d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;</i> <i>e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro; e</i> <i>f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;</i> <i>III – quando incluir atendimento obstétrico:</i> <i>a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; e</i> <i>b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;</i> <i>IV – quando incluir atendimento odontológico:</i> <i>a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;</i> <i>b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;</i> <i>c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;</i> <i>V – quando fixar períodos de carência:</i> <i>a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;</i> <i>b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; e</i> <i>c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência;</i> <i>VI – reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;</i> <i>VII – inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.</i> <i>§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.</i> <i>§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência, e de que este lhe foi oferecido".</i> Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo. - Resoluções CONSU n.ºs 2, 5, 8, 10, 11, 12 e 14 (de 1998), 15 e 16 (de 1999); - Resoluções RDC/ANS n.ºs 21, 41, 42 (de 2000), 67, 68 e 81 (de 2001).	- A definição de planos de saúde foi alterada pela MP n.º 1.908-18/99, e a remissão substituiu a referência genérica, anterior. - O termo "plano" passou a designar todo produto com iguais características. - Anteriormente, o dispositivo não fazia referência ao prazo para inscrição do filho adotivo, pois mencionava apenas a data do nascimento; isso causava confusão, pois a adoção pode ocorrer em qualquer idade. - A entrega de documentação para pedido de reembolso pressupõe uma regra a ser fixada pela operadora, e informada aos beneficiários. - Retirou-se a especificação, por desnecessária. Só existem aquelas duas situações: ou o beneficiário é titular, ou é dependente. Alguns planos utilizam a figura do "agregado", mas sempre como uma das duas classificações mencionadas. - Estabelece-se prazo, a partir do qual as operadoras de planos de saúde ficam proibidas de oferecer planos fora das segmentações, e condições estabelecidas neste artigo e na lei.

Artigo 13 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴ "Art 13. Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. Parágrafo único. Os planos ou seguros contratados individualmente terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: I - a recontagem de carências; II - a suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, a cada ano de vigência do contrato; III - a suspensão e a denúncia unilateral, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular."	Comentários • Estabelece vigência mínima, e renovação automática dos contratos de planos de saúde. • Determina as únicas exceções que justificam a suspensão e a denúncia, unilaterais, dos contratos.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) "Art. 13. Os contratos de <u>produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei</u> têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: I - a recontagem de carências; II - a suspensão ou a <u>rescisão unilateral</u> do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, <u>consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência</u>; e III - a suspensão ou a <u>rescisão unilateral</u> do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular."	Comentários • A definição de planos de saúde foi alterada pela MP n.º 1.908-18/99, e a remissão substituiu a referência genérica, anterior. • Adequação da terminologia referente à rescisão contratual. • Esclarece como apurar-se o prazo de inadimplência, e quando o consumidor deve ser avisado da suspensão, ou rescisão.
	versão inicial ⁴ "Art 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos ou seguros privados de assistência à saúde."	Comentários • Proíbe a recusa, por parte das operadoras, de pessoas doentes ou idosas.
Artigo 14 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) "Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de <u>planos privados</u> de assistência à saúde."	Comentários • O termo "plano" passou a designar todo produto com iguais características.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	• Resoluções CONSU n.ºs 2, 6 e 14 (de 1998) e 15 (de 1999);	
Artigo 15 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴ "Art 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos e seguros de que trata esta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pelo CNSP, a partir de critérios e parâmetros gerais fixados pelo CONSU. Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, se já participarem do mesmo plano ou seguro, ou sucessor, há mais de dez anos."	Comentários • Determina que devem estar previstas nos contratos as variações de preços dos planos, em função das faixas etárias. • Proíbe a variação de preços para as pessoas que têm mais de 60 anos e estão no mesmo plano há mais de 10 anos.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) "Art. 15. A <u>variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei</u>, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas <u>pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E</u>. Parágrafo único. É vedada a <u>variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º</u>, ou sucessores, há mais de dez anos."	Comentários • A definição de planos de saúde foi alterada pela MP n.º 1.908-18/99 e a remissão substituiu a referência genérica, anterior. • Algumas competências anteriormente afetas ao CNSP e ao CONSU foram transferidas para a ANS, a partir da criação da mesma, em dez/99, pela MP n.º 1.928/99 transformada na Lei n.º 9.961/00. • O art. 35-E refere-se aos contratos anteriores à lei e estabelece obrigatoriedade de autorização, da ANS, para reajuste de contratos de quem tem mais de 60 anos.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	• Resoluções CONSU n.ºs 6 (de 1998) e 15 (de 1999); • Resoluções RDC/ANS n.ºs 27, 29, 46 (de 2000) e 66 (de 2001).	

versão inicial ⁴	Comentários
"Art 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos e seguros tratados nesta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: I – as condições de admissão; II – o único da vigência; III – os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames; IV – as faixas etárias e os percentuais a que alude o caput do art. 15; V – as condições de perda da qualidade de beneficiário ou segurado; VI – os eventos cobertos e excluídos; VII – as modalidades do plano ou seguro: a) individual; b) familiar; ou c) coletivo; VIII – a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; IX – os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestações pecuniária; X – a área geográfica de abrangência do plano ou seguro; XI – os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias. XII – número do certificado de registro da operadora, emitido pela SUSEP. § 1º A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais do plano ou seguro privado de assistência à saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações. § 2º. REVOGADO.	• Estabelece os dispositivos que devem, obrigatoriamente, constar dos instrumentos contratuais de planos de saúde.
versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) "Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos <u>produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º</u> desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza: I - as condições de admissão; II - o início da vigência; III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames; IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o caput do art. 15; V - as condições de perda da qualidade de beneficiário; VI - os eventos cobertos e excluídos; VII - o regime, ou tipo de contratação: a) <u>individual ou familiar</u>; b) <u>coletivo empresarial</u>; ou c) <u>coletivo por adesão</u>; VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor <u>ou beneficiário</u>, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; IX- os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária; X- a área geográfica de abrangência; XI- os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias; e XII – número de registro <u>na ANS</u>. Parágrafo único. A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais dos <u>produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º</u>, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações. § 2º. REVOGADO.	• A definição de planos de saúde foi alterada pela MP n.º 1.908-18/99, e a remissão substituiu a referência genérica, anterior. • Adequação da tipologia de contratação à regulamentação. • Inclui qualquer beneficiário, inclusive os não-pagantes. • Algumas competências anteriormente afetas à SUSEP foram transferidas para a ANS, a partir da criação da mesma, em dez/99, pela MP n.º 1.928/99, transformada na Lei n.º 9.961/00.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
• Resoluções CONSU n.ºs 5, 6, 8 e 14 (de 1998) e 15 (de 1999); • Resoluções RDC/ANS n.ºs 28 e 46 (de 2000).	

Artigo 17 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	“Art 17. A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. § 1º É facultada a substituição do prestador de serviço contratado ou credenciado a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e ao Ministério da Saúde com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. § 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar, a que se refere o parágrafo anterior, ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. § 3º Excetuam-se do previsto no parágrafo anterior os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.”	• Estabelece limites e situações para alteração da rede de prestadores de serviço das operadoras.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 17. A inclusão como contratados, <u>referenciados</u> ou credenciados dos <u>produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de qualquer entidade hospitalar</u> implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos. § 1º É facultada a substituição <u>de entidade hospitalar</u> a que se refere o caput deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à <u>ANS</u> com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor. § 2º Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o § 1.º ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato. § 3º Excetuam-se do previsto no § 2.º os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor, durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor. § 4º <u>Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar à ANS autorização expressa para tanto, informando:</u> I – <u>nome da entidade a ser excluída;</u> II – <u>capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;</u> III – <u>impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros definidos pela ANS, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante;</u> e IV – <u>justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.</u>	• Parte do mercado, principalmente as seguradoras, utiliza o termo referenciado que, na prática, equivale ao credenciado. • A definição de planos de saúde foi alterada pela MP n.º 1.908-18/99, e a remissão substituiu a referência genérica, anterior. • Em outubro de 1998, o Governo optou por iniciar pelos hospitais a regulação das redes assistenciais vinculadas às operadoras de planos de saúde. E a lei passou a prever autorização do órgão regulador, quando ocorrer redução da rede hospitalar.²⁷ • Algumas competências anteriormente afetas ao Ministério da Saúde foram transferidas para a ANS, a partir da criação da mesma, em dez/99, pela MP n.º 1.928/99, transformada na Lei n.º 9.961/00.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	• Resoluções RDC/ANS nºs 4, 27, 28, 39 e 46 (de 2000).	

²⁷ Algumas operadoras atraem novos consumidores com propaganda maciça, baseada em credenciamento de hospitais famosos - normalmente notórios pelo alto valor de hospedagem, além da excelência técnica - logo depois rompem o vínculo com esses hospitais, e, assim, impedem qualquer acesso aos mesmos. Tal publicidade quase nunca ocorre em relação às redes de médicos.

Artigo 18 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	Art 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos: I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano; II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos; III - a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com número ilimitado de operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, sendo expressamente vedado às operadoras impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.	• Estabelece as condições e o compromisso dos prestadores de serviço com relação aos usuários e às operadoras com as quais estes mantêm vínculo. • Destaca a proibição de contratos de exclusividade dos prestadores de serviço por exigência das operadoras.²⁸
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, implicará as seguintes obrigações e direitos: I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano; II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos; e III - a manutenção de relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento com número ilimitado de operadoras, sendo expressamente vedado às operadoras, independente de sua natureza jurídica constitutiva, impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional. <u>Parágrafo único. A partir de 3 de dezembro de 1999, os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato, credenciamento ou referenciamento com operadoras que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular.</u>	• A definição de planos de saúde foi alterada pela MP n.º 1.908-18/99, e a remissão substituiu a referência genérica, anterior. • A partir da MP n.º 1.730-3/98, o prestador de serviço vinculado à operadora de plano de saúde em situação irregular passou a ser igualmente responsabilizado.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	• Resoluções RDC/ANS n.ºs 4, 27, 28, 39 e 46 (de 2000).	

²⁸ As cooperativas médicas costumam ter como regra para seus cooperados, a exclusividade de vínculo; a estes é proibida a chamada “dupla militância”, ou seja, não podem ser credenciados, conveniados, referenciados ou contratados de outras operadoras de planos de saúde. Alguns profissionais que se julgam prejudicados, e operadoras de planos de saúde, têm recorrido, contra essa diretriz, à ANS e ao CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica, órgão vinculado ao Ministério da Justiça que avalia casos de monopólio e de cerceamento da livre concorrência.

versão inicial ²	Comentários
Art 30. Ao consumidor que contribuir para plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade patronal. § 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência no plano ou seguro, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. § 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho. § 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo. § 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho. § 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.	• Estabelece continuidade da assistência a ex-empregados que contribuíram para plano de saúde coletivo.
Art 31. Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. § 1º Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. § 2º REVOGADO. § 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 4º e 5º do artigo anterior.	• Estabelece continuidade da assistência a aposentados que contribuíram para plano de saúde coletivo.
versão final ³ - os destaques - grifos pessoais - apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que <u>tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei</u>, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, <u>desde que assuma o seu pagamento integral</u>. § 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que <u>tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º</u>, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. § 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho. § 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo. § 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho. § 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. § 6º <u>Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.</u>	• A definição de planos de saúde foi alterada pela MP n.º 1.908-18/99, e a remissão substituiu a referência genérica, anterior. • As alterações promovidas quanto às condições e ao pagamento tentaram dirimir dúvidas e deixam mais clara a intenção da lei e a sua maneira de agir. • Foi necessário incluir esclarecimento sobre a diferença entre a contribuição, ou a contraprestação regular e a co-participação em eventos ou procedimentos²⁹.
Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que <u>tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei</u>, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. § 1º Ao aposentado que contribuir para plano coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo. § 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art.30.	• A definição de planos de saúde foi alterada pela MP n.º 1.908-18/99, e a remissão substituiu a referência genérica, anterior. • O parágrafo suprimido limitava a manutenção da assistência ao plano a que o beneficiário estava vinculado anteriormente; a regulamentação abriu a possibilidade de continuidade da assistência em outro plano.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
• Resoluções CONSU n.ºs 8, 19, 20 e 21 (de 1999).	

²⁹ Co-participação corresponde à parcela desembolsada pelo beneficiário quando utiliza o sistema. Essa parcela paga parte do atendimento realizado. É normalmente utilizada sob a forma de valores ou percentuais pré-fixados, chamados às vezes de franquia. Podem ser, ainda, descontados nos holerites dos empregados, após a realização dos eventos sujeitos à co-participação, tais como consultas, exames e internações hospitalares.

Artigo 33 da Lei n.º 9.656,	versão inicial ⁴	Comentários
	Art 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.	• Garante a internação nos hospitais próprios, ou credenciados.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.	• Não houve alteração.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.		
• Resoluções RDC/ANS n.ºs 4, 27, 28, 39 e 46 (de 2000).		
Artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	Art 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada ao consumidor com contrato já em curso a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei, observado o prazo estabelecido no § 1º. § 1º A adaptação aos termos desta legislação de todos os contratos celebrados anteriormente à vigência desta Lei dar-se-á no prazo máximo de quinze meses a partir da data da vigência desta Lei, sem prejuízo do disposto no art. 35-H. § 2º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados os limites de cobertura previstos no contrato original.	• Assegura, por vontade do consumidor, a adaptação dos contratos anteriores à lei. • Estabelece o prazo de 15 meses para a adaptação desses contratos.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. § 1º Sem prejuízo do disposto no art. 35-E, a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, de acordo com as normas a serem definidas pela ANS. § 2º Quando a adaptação dos contratos incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo deverá ficar restrita aos itens correspondentes ao aumento de cobertura, e ficará disponível para verificação pela ANS, que poderá determinar sua alteração quando o novo valor não estiver devidamente justificado. § 3º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos art. 30 e 31 desta Lei, observados, quanto aos últimos, os limites de cobertura previstos no contrato original. § 4º Nenhum contrato poderá ser adaptado por decisão unilateral da empresa operadora. § 5º A manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes, tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros. § 6º Os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, contratados até 1º de janeiro de 1999, deverão permanecer em operação, por tempo indeterminado, apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, sendo considerados extintos para fim de comercialização. § 7º Às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos, não-optantes pela adaptação prevista neste artigo, fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuadas. § 8º A ANS definirá em norma própria, os procedimentos formais que deverão ser adotados pelas empresas para a adaptação dos contratos de que trata este artigo.	• Retira o prazo final anteriormente estabelecido para a adaptação de contratos ³⁰ . Assim, as novas regras atingem apenas os contratos comercializados a partir de 01.01.99, excetuando-se o disposto no Art.35-E; todos os contratos firmados antes estão sujeitos à adaptação prevista. • Estabelece normas de formalização, valores e vínculos para novos contratos adaptados. • Garante o direito do consumidor permanecer com contrato anterior e estabelece a extinção desse mesmo contrato para fins de comercialização. • A ANS regulamentará os procedimentos formais que serão adotados nas adaptações contratuais.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.		
• Resoluções CONSU n.º 4 (de 1998); • Resoluções RDC/ANS n.º 4, 27, 29, 46 (de 2000) e 66 (de 2001).		
Artigo 35-C da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	Art. 35-D. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: I – de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; II – de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.	• Define os atendimentos de emergência e de urgência.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos: I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; e II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional. <u>Parágrafo único. A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35.</u>	• Com a supressão do Art. 35-C anterior, a numeração atual passou a ser esta. • Estabelece a necessidade de regulamentação dessas coberturas.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.		
• Resoluções CONSU n.º 13 e 15 (de 1998).		

³⁰ A intenção foi a de adiar a obrigação de adaptar contratos anteriores à lei, enquanto não forem estabelecidas normas capazes de adequar preços acessíveis e planos às necessidades assistenciais.

versão inicial ⁴	Comentários
Art. 35-H. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que: I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da SUSEP; II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pelo CONSU; III - é vedada a suspensão ou denúncia unilateral do contrato por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei; IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente. § 1º Nos contratos individuais de planos ou seguros de saúde, independentemente da data de sua celebração, e pelo prazo estabelecido no § 1º do art. 35 desta Lei, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias, vinculadas à sinistralidade ou à variação de custos, dependerá de prévia aprovação da SUSEP. § 2º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo	Determina as condições que alteram imediatamente todos os contratos celebrados anteriormente à lei, independentemente da adaptação de contratos prevista no Art. 35.
versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que: I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à <u>autorização prévia da ANS</u>; II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pela ANS; III - é vedada a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual ou familiar de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei; IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente. § 1º. <u>Os contratos anteriores à vigência desta Lei, que estabeleçam reajuste por mudança de faixa etária com idade inicial em sessenta anos ou mais, deverão ser adaptados, até 31 de outubro de 1999, para repactuação da cláusula de reajuste, observadas as seguintes disposições:</u> <u>I - a repactuação será garantida aos consumidores de que trata o parágrafo único do art. 15, para as mudanças de faixa etária ocorridas após a vigência desta Lei, e limitar-se-á à diluição da aplicação do reajuste anteriormente previsto, em reajustes parciais anuais, com adoção de percentual fixo que, aplicado a cada ano, permita atingir o reajuste integral no início do último ano da faixa etária considerada;</u> <u>II - para aplicação da fórmula de diluição, consideram-se de dez anos as faixas etárias que tenham sido estipuladas sem limite superior;</u> <u>III - a nova cláusula, contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuado e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;</u> <u>IV - a cláusula original de reajuste deverá ter sido previamente submetida à ANS;</u> <u>V - na falta de aprovação prévia, a operadora, para que possa aplicar reajuste por faixa etária a consumidores com sessenta anos ou mais de idade e dez anos ou mais de contrato, deverá submeter à ANS as condições contratuais acompanhadas de nota técnica, para, uma vez aprovada a cláusula e o percentual de reajuste, adotar a diluição prevista neste parágrafo.</u> § 2º Nos contratos individuais de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, independentemente da data de sua celebração, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias dependerá de prévia aprovação da ANS. § 3º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo.	- Com a supressão de três artigos anteriores, a atual numeração passou a ser 35-E. - As competências anteriormente afetas, nesta lei, à SUSEP, foram transferidas para a ANS, a partir da criação da mesma, em dez/99, pela MP n.º 1.928/99, transformada na Lei n.º 9.961/00. Nos casos de autorização de reajuste, porém, ficou ainda dependente do Ministério da Fazenda. Mais recentemente (MP n.º 2.177-43/01), a ANS passa a não ter mais a obrigação de ouvir aquele órgão. - A definição de planos de saúde foi alterada pela MP n.º 1.908-18/99, e a remissão substituiu a referência genérica, anterior. - Os contratos anteriores à lei, das pessoas com 60 anos ou mais, tiveram prazo para repactuar as condições de reajuste por faixa etária, a fim de garantir-se o equilíbrio financeiro dos contratos³¹.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo. - Resoluções CONSU n.º 4 e 6 (de 1998); - Resoluções RDC/ANS n.º 27, 29, 46 (de 2000) e 66 (de 2001).	

versão inicial ⁴	Comentários
-	• Inexistente.
versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) Art. 35-F. A assistência a que alude o art. 1º desta Lei compreende todas as ações necessárias à <u>prevenção da doença e à recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.</u>	Conceitua assistência para efeitos da lei, com base em suas dimensões.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo. - Resoluções CONSU n.º 8, 10, 11, 12 e 13 (de 1998); - Resoluções RDC/ANS n.º 7, 21 e 41 (de 2000).	

³¹ A alteração ocorreu antes do julgamento da ação direta de inconstitucionalidade impetrada por operadoras de planos contra este dispositivo. A ADIN n.º 1.931-8 ainda aguarda julgamento do mérito.

Artigo 35-G da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	-	Inexistente ³²
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei as disposições da Lei no 8.078, de 1990.	• Remete, subsidiariamente, ao Código de Defesa do Consumidor.

³² A menção ao Código de Defesa do Consumidor era feita, pelo Art. 3º, que estabelecia as competências do CNSP, mas este artigo foi revogado. A referência dizia “observadas, no que couber, as disposições expressas nas Leis nos 8.078 de 11 de setembro de 1990.....”

2.3 – Principais Inovações Introduzidas pela Lei n.º 9.656, de 03.06.98

Antes do ordenamento jurídico-legal trazido pela Lei n.º 9.656/98, a regulamentação da assistência era quase que individualizada por operadora. Cada segmento do mercado de operadoras seguia um conjunto de diretrizes básicas, mas só algumas diretrizes eram comuns aos diversos setores. A auto-regulamentação e as jurisprudências firmadas eram a base da ordem. Assim, a criação da lei, por si só, é considerada por muitos um grande avanço da sociedade brasileira no sentido de dar parâmetros à dimensão assistencial desse mercado, até então desordenada. Os conteúdos dos destaques aqui enumerados não sofreram alteração e apontam situações que foram - algumas até hoje são - motivo de polêmica entre diversos segmentos interessados.

- Artigo 10 - A instituição de plano com cobertura completa, denominado plano-referência, bem como a obrigatoriedade de seu oferecimento a todos os atuais e futuros consumidores. Com raríssimas exceções, os planos não ofereciam ampla cobertura, além de conterem inúmeras exclusões; essa medida teve como intuito garantir a oferta de produtos sem restrição de cobertura.
- Artigo 11 - O equilíbrio e a objetividade encontrada para a conceituação de doenças e lesões preexistentes, que evita, ao mesmo tempo, tanto a seleção de risco quanto a seleção adversa; é importante destacar o ineditismo desta solução, frente às infundáveis discussões eugênicas³³ que atualmente perpassam o tema.
- Artigo 12 - A delimitação de tipos de planos de saúde, segundo a complexidade do nível de atenção - ambulatorial, hospitalar, com e sem obstetrícia, e com e sem assistência odontológica - e a padronização das respectivas amplitudes de cobertura. Essas medidas permitem diminuir a assimetria de informações, usar melhor os recursos, e melhorar o nível de cobertura, dos planos. Conseqüentemente, os consumidores poderão estar mais bem informados, os investidores poderão usar, com equidade, seus recursos, os gestores de planos poderão organizar melhor oferta e demanda e a regulação pelo governo será viável.
- Artigo 13 - A obrigação das operadoras de planos de renovarem, automaticamente, contratos e planos, sem cobrança de taxas. Antes da lei, os planos não tinham garantia de que seriam renovados após o vencimento, normalmente anual. Com isso, as operadoras podiam excluir usuários que não interessavam economicamente e, ainda, sobretaxar a mensalidade, quando da renovação; a nova norma visou coibir essas práticas.
- Artigo 14 - A proibição das operadoras de planos de rejeitarem usuários em razão de idade ou doença. Foi prática do mercado de planos de saúde não aceitar consumidores idosos ou portadores de doenças; essa medida veda a rejeição por tais motivos.
- Artigo 15 - A proibição de reajustes por idade para pessoas com mais de sessenta anos e dez anos num mesmo plano, ou em plano sucessor. Nos contratos anteriores à lei, são comuns aumentos maiores em função da idade, tornando muitas vezes o preço do produto inviável para os idosos. Ao proibir reajustes em função da idade e ao considerar, inclusive, a fidelidade a um mesmo plano, a lei estabelece uma política de solidariedade na distribuição de receitas, não só entre doentes e sadios, mas também entre as diversas faixas etárias. Assim, a viabilidade econômica das carteiras passa a depender, também, do ingresso constante de pessoas mais novas.
- Artigo 16 - Os dispositivos mínimos, obrigatórios em todos os contratos. Não existia qualquer padrão nos contratos ou regulamentos de planos de saúde anteriores à lei. Havia casos em que o consumidor sequer tinha conhecimento da existência de contrato, ou de normas escritas sobre o acordo firmado com a

³³ A imprensa tem noticiado a polêmica instalada, na sociedade britânica, a respeito do uso, por operadoras de planos de saúde, de teste genético, a fim de determinar os preços dos seguros de saúde.

operadora. A lei veio estabelecer condições mínimas a serem previstas nas relações contratuais.

- Artigo 17 - A relevância da rede assistencial vinculada aos planos de saúde. A maioria dos beneficiários de planos de saúde, escolhe o plano em função do nível da sua rede de prestadores de serviço, principalmente hospitalar. Antes da lei, as operadoras podiam reduzir, ou trocar, prestadores de serviço, sem qualquer preocupação com os usuários. Por isso, a manutenção do nível dessa rede passou a ser garantida pela lei.
- Artigo 18 - O compromisso dos prestadores de serviço vinculados às operadoras. A lei passou a regulamentar não só a forma como as operadoras devem atender aos usuários, mas, também, o nível de responsabilidade dos prestadores de serviço, vinculados a planos, para com esses usuários.
- Artigos 30 e 31 - A manutenção da assistência a aposentados e demitidos. A maioria dos usuários de planos de saúde está vinculada a um plano coletivo através de vínculo empregatício. Isso significava que se um empregado se desligava de uma empresa, perdia, também, o direito ao plano de saúde, juntamente com seus familiares. A lei trouxe garantia de manutenção da assistência a essas pessoas.
- Artigo 33 - A garantia de acomodação em leito hospitalar. Nos contratos de prestação de serviço entre hospitais e operadoras de planos de saúde, normalmente se estabelece o tipo de acomodação a que os beneficiários terão direito quando internados. Os casos mais comuns referiam-se a inexistência de vagas em enfermaria, ou mesmo de quartos, com banheiro privativo, de padrão mais simples; quando não havia vagas em leitos desses tipos, alguns hospitais não aceitavam os pacientes. Segundo a lei, se isso ocorrer, o hospital deve alojar o paciente em nível superior de acomodação.
- Artigo 35 - A possibilidade do consumidor de optar pela adaptação de seus contratos à lei. Isso significa que as novas garantias contratuais e de cobertura, trazidas pela lei, podem ser estendidas aos consumidores de planos anteriores à lei, por meio da adaptação de seus contratos.
- Artigo 35-C - A obrigatoriedade e a conceituação de atendimentos de urgência e emergência. Isso faz com que qualquer plano de saúde tenha a obrigação de prestar esse tipo de assistência; antes da lei, essa atenção podia ser objeto de exclusão.
- Artigo 35-E - O estabelecimento das seguintes normas que atingem quaisquer contratos, inclusive os anteriores à lei: autorização para reajustes de contratos para quem tem mais de 60 anos e para quem tem contratos individuais; a regulamentação da alegação de doenças ou lesões pré-existentes e as proibições de denúncia unilateral dos contratos, e de internação hospitalar, por parte da operadora; essas condições estabelecidas, pela lei, atingem os contratos firmados anteriormente à mesma, e, assim, quaisquer planos estão sujeitos a essas regras. A exemplo da legislação que alterou os contratos de locação imobiliária, a lei prevê condições que podem alterar os contratos firmados anteriormente à mesma.³⁴

³⁴ Segundo Reis, não procede a alegação de algumas operadoras de que os contratos atuais são considerados "ato jurídico perfeito" e, portanto, não podem ser alcançados pela legislação. Pois o "ato" só é "perfeito" quando acabado, ou seja, quando cessam seus efeitos, o que não é o caso dos contratos de planos e seguros de saúde, que têm prazo de validade indeterminado. Além disso, pelo pouco conhecimento que o consumidor tem de seus contratos, estes não expressam a vontade, ou expectativa, de ambas as partes, como deve dar-se em um contrato bilateral. Outro motivo é o fato de que o consumidor, a partir do cumprimento das carências, passa a ser dependente da operadora e o julgamento da alegação de doença e lesão preexistente é feito pelas empresas de forma unilateral. Nas palavras de Reis, "...em face da relevância pública dos serviços de saúde, os contratos de adesão voluntária, individual ou coletivo, não podem ser considerados como um assunto de interesse restrito e exclusivo das partes, eis que são do interesse de todos, pois que todos são potencialmente expostos a se sujeitar a eles. Assim eles se subordinarão à vontade da lei, que é a expressão da vontade social, e passarão a cumprir, antes, o que nela vier determinado, de modo que, se o teor do contrato carregar algo em dissonância da vontade legal, prevalece o que a lei determina, e não a vontade contratual".

2.4 – Principais Alterações da Lei n.º 9.656, de 03.06.98

Destacamos a seguir as principais alterações, relativas aos artigos a comporem esta área temática, registradas na Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24.08.2001³⁵, correspondente à versão final do texto legal utilizado neste capítulo, em comparação com o texto inicial⁴:

- Artigo 10 - O prazo para a obrigatoriedade de oferecimento do plano-referência, por parte das operadoras de planos de saúde, foi estendido a dezembro de 1999, devido a dificuldades operacionais do mercado.
- Artigo 10-A¹⁵ - A cobertura à reconstituição de mama, quando a mutilação for decorrente de tratamento de câncer passa a ser obrigatória nos planos de saúde. Ratifica o entendimento das Resoluções 80 e 1.483, de 1997, do CREMESP e do CFM, respectivamente, que consideram a reconstituição mamária parte do tratamento da doença para a qual foi indicada a mastectomia.
- Artigo 12 - O prazo para cumprir a obrigatoriedade das coberturas e das segmentações permitidas foi postergado para 120 dias após a vigência da lei. Esse novo prazo foi estabelecido em função da regulamentação feita, pelo CONSU, em novembro de 1998.
- Artigo 17 - A redução de rede hospitalar passou a estar sujeita à autorização do órgão regulador e o compromisso pela manutenção de prestador de serviço em rede credenciada da operadora passou a ser restrito à entidade hospitalar. Assim, as alterações na rede hospitalar dos planos sujeitam-se à regulamentação ou à autorização da ANS. Isso porque algumas operadoras atraem novos consumidores com propaganda maciça baseada em credenciamento de hospitais famosos - notórios pelo alto valor de hospedagem, além da excelência técnica - e, logo depois, rompem o vínculo com esses hospitais, e, assim, impedem qualquer acesso aos mesmos.
- Artigo 18 - Os prestadores de serviço que mantêm vínculo com operadora irregular passaram a ser co-responsáveis pela falta de registro da operadora na ANS.
- Artigo 35 - O prazo final para a obrigatoriedade de adaptação dos contratos anteriores à lei foi retirado. Com isso, o Governo adiou as alterações compulsórias nos instrumentos contratuais que não estão adequados à nova ordem.
- Artigo 35-E³⁶ - As cláusulas de reajuste dos contratos anteriores à lei, de pessoas com 60 anos ou mais, foram repactuadas, para diluição do percentual de reajuste previsto, em contrato, até 31.10.99. Essas alterações visaram a garantir o equilíbrio financeiro dos contratos e a manter as garantias de assistência aos usuários.

³⁵ O artigo 10-A não foi alteração introduzida por MP, mas sim pela Lei n.º 10.223, de 15.05.01.

³⁶ Destacaram-se, nos anos de 1998 e 1999, algumas ações diretas de inconstitucionalidade, que tramitam no Supremo Tribunal Federal. A ADIN n.º 1931-8, que aguarda julgamento do mérito, questiona a pertinência do atual Art. 35-E da lei que dispõe sobre regras obrigatórias aos contratos anteriores à lei, regras que ainda estão em vigor.

3 - Relações público-privadas

3.1 – Escopo

As pessoas de baixa renda, e as que residem longe dos centros onde estão concentrados os recursos de assistência, são vítimas das dificuldades de acesso. Agrava essa situação o fato de que, ao não oferecerem a atenção necessária, as operadoras transferem para o SUS, ou mesmo para o usuário, os custos conseqüentes da assistência prestada. Para alguns, a transferência de custos para o SUS é possível graças ao acesso universal previsto no Art. 196 da Constituição Federal que garante a qualquer cidadão a assistência pública³⁷. A transferência para os usuários, porém, não tem qualquer respaldo.

Sob o ponto de vista da distribuição dos recursos, a transferência do encargo para o SUS é iníqua, porque a operadora recebe do beneficiário a contraprestação que deveria cobrir a assistência contratada, a ser prestada por outro; a rigor, os valores pagos pelos beneficiários deveriam ser destinados ao setor público. Sob o ponto de vista da organização do sistema e da gestão dos recursos públicos, é igualmente injusta, pois as decisões sobre os encaminhamentos ao SUS são de iniciativa das operadoras privadas.

Complica ainda mais esse quadro os diversos vínculos mantidos pelos prestadores de serviço que, na sua maioria, prestam serviço tanto ao SUS, quanto a operadoras de planos de saúde. Uma parcela significativa desses hospitais, clínicas e profissionais, ainda, administra planos de saúde próprios. Muitas vezes, quando o beneficiário de plano de saúde procura um estabelecimento desses, desconhece para quem vai a conta da sua assistência. Em campanha feita pela Secretaria de Assistência à Saúde – SAS do Ministério da Saúde de 1999 a 2001³⁸ - algumas irregularidades vieram à luz. Parte delas disse respeito à cobrança a pacientes cujos procedimentos foram igualmente pagos pelo SUS. No início da campanha, um beneficiário de planos de saúde informou à SAS que ficou surpreso com o gasto registrado pelo SUS, pois estava convencido de que tinha sido atendido por seu plano de saúde. Porém, como forma de preparação para a entrada em funcionamento do sistema de ressarcimento ao SUS, em fins de 1999, grande parte dos hospitais promoveu melhorias na gestão no intuito de corrigir esses tipos de distorção.

O desconhecimento da situação de saúde da população assistida pelas operadoras agrava ainda mais a situação. Há pouquíssima, ou quase nenhuma, informação, seja no âmbito público ou privado, sobre o perfil epidemiológico e o atendimento prestado aos consumidores de planos de saúde.

A despeito do inegável esforço despendido pelo Ministério da Saúde - no sentido de criar e de modernizar sistemas de informações adequados ao controle da gestão e à organização dos recursos públicos - ainda são muitas as carências. E grandes as dificuldades de se obter dados, notadamente quando as fontes são empresas privadas.

Em algumas cidades do Brasil, a população vinculada a planos de saúde já é maioria. Em todo o País, o segmento suplementar e privado de assistência é responsável pela saúde de aproximadamente 30 milhões de pessoas à margem do controle de gestores municipais e estaduais de saúde.

A equidade do sistema público fica comprometida não só pela desordem na destinação de recursos e pela escassez de informações, como pelas irregularidades e pela baixa integração dos sistemas público e privado. A solução para a ineficiência resultante depende pouco da ação assistencial de provedores e gestores e mais das políticas integradoras de organização dos sistemas público e privado, em cada município, que vierem a ser estabelecidas e implementadas.

A Lei n.º 9.656/98 ressalta a importância da participação do setor de assistência suplementar no saneamento do sistema de saúde nacional. Nesta seção, estão relacionados os artigos 20 e 32 da Lei n.º 9.656/98, que tratam das informações a serem fornecidas ao órgão regulador e do ressarcimento das operadoras de planos de saúde ao SUS, como forma de contribuição para a equidade do sistema e para a melhoria da gestão dos recursos assistências.

³⁷ Daí vem o termo "suplementar" que significa acréscimo à assistência integral e universal prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

³⁸ De 1999 a 2001, o DECAS/SAS/MS enviou mais de 2,5 milhões de cartas a pacientes recém-atendidos pelo SUS; em 2000, mais de 960 mil dessas cartas continham formulário para pesquisa de satisfação dos usuários. O Ministério da Saúde recebeu, desde 1999, várias respostas às cartas, inclusive denúncias, que foram apuradas.

3.2 – Artigos selecionados da Lei n.º 9.656/98

Artigo 20 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	Versão inicial ⁴ Art. 20. As operadoras de planos ou seguros de que trata esta Lei são obrigadas a fornecer periodicamente ao Ministério da Saúde e à SUSEP informações e estatísticas, incluídas as de natureza cadastral, que permitam a identificação de seus consumidores, e de seus dependentes, consistentes de seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32. § 1º Os servidores da SUSEP, no exercício de suas atividades, têm livre acesso às operadoras de planos privados de assistência à saúde, podendo requisitar e apreender livros, notas técnicas, processos e documentos, caracterizando-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, qualquer dificuldade oposta à consecução desse objetivo. § 2º Os servidores do Ministério da Saúde, especialmente designados pelo titular desse órgão para o exercício das atividades de fiscalização, na área de sua competência, têm livre acesso às operadoras de planos privados de assistência à saúde, podendo requisitar e apreender processos, contratos com prestadores de serviços, manuais de rotina operacional e demais documentos, caracterizando-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, qualquer dificuldade oposta à consecução desse objetivo.	Comentários • Estabelece obrigatoriedade de envio de informações periódicas aos órgãos reguladores, inclusive de dados do cadastro de beneficiários, para efeitos do disposto no Art. 32.
	Versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) Art. 20. As operadoras de produtos de <u>que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei</u> são obrigadas a fornecer, periodicamente, à <u>ANS</u> todas as informações e estatísticas <u>relativas a suas atividades</u>, incluídas as de natureza cadastral, <u>especialmente</u> aquelas que permitam a identificação dos consumidores e de seus dependentes, incluindo seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32. § 1º <u>Os agentes, especialmente designados pela ANS</u>, para o exercício das atividades de fiscalização <u>e nos limites por ela estabelecidos</u>, têm livre acesso às operadoras, podendo requisitar e apreender processos, contratos, manuais de rotina operacional e demais documentos, relativos aos produtos de <u>que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei</u>. § 2º Caracteriza-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, a imposição de qualquer dificuldade à consecução dos objetivos da fiscalização, de que trata o § 1º deste artigo.	• A definição de planos de saúde foi alterada pela MP n.º 1.908-18/99, e a remissão substituiu a referência genérica, anterior. • As competências anteriormente afetas, nesta lei, à SUSEP, foram transferidas para a ANS, a partir da criação da mesma, em dez/99, pela MP n.º 1.928/99, transformada na Lei n.º 9.961/00. • Além dessas adequações, comuns aos demais artigos, as alterações impostas não modificaram o conteúdo da lei, mas tão somente a forma, na tentativa de lhes esclarecer a intenção.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo. • Resoluções CONSU n.º 7 e 22 (de 1998); • Resoluções RDC/ANS n.º 3, 18, 22, 27, 28, 29,38, 46 (de 2000), 64, 66, 78 e 85 (de 2001); • Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; • Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000.	

Artigo 32 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	Versão inicial ⁴ Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras a que alude o art. 1º os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. § 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao Sistema Único de Saúde - SUS nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo CONSU, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros. § 2º Para a efetivação do ressarcimento, a entidade prestadora ou o SUS, por intermédio do Ministério da Saúde, conforme o caso, enviará à operadora a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. § 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o trigésimo dia após a apresentação da fatura, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao Fundo Nacional de Saúde, conforme o caso. § 4º O CONSU fixará normas aplicáveis ao processo de glosa dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo. § 5º A entidade prestadora de serviços que receber o ressarcimento diretamente das operadoras informará mensalmente ao Ministério da Saúde a discriminação dos serviços prestados, dos valores recebidos e os dados cadastrais dos consumidores, na forma da regulamentação.	Comentários • Trata do ressarcimento da assistência, de responsabilidade das operadoras de planos de saúde, mas prestada pelo SUS.
	Versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de <u>que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS</u>, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS. § 1º O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS. § 2º Para a efetivação do ressarcimento, <u>a ANS disponibilizará</u> às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor. § 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o <u>décimo quinto dia</u> após a apresentação da cobrança pela ANS, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso. § 4º <u>O ressarcimento não efetuado no prazo previsto no § 3.º será cobrado com os seguintes acréscimos:</u> I - <u>juros de mora contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de um por cento ao mês ou fração;</u> II - <u>multa de mora de dez por cento.</u> § 5º <u>Os valores não recolhidos no prazo previsto no § 3º serão inscritos em dívida ativa da ANS, a qual compete a cobrança judicial dos respectivos créditos.</u> § 6º <u>O produto da arrecadação dos juros e da multa de mora serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.</u> § 7º <u>A ANS</u> fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo. § 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei.	• A definição de planos de saúde foi alterada pela MP n.º 1.908-18/99, e a remissão substituiu a referência genérica, anterior. • As competências anteriormente afetas, nesta lei, ao Ministério da Saúde foram transferidas para a ANS, a partir da criação da mesma, em dez/99, por MP, transformada na Lei n.º 9.961/00. • Por força da realidade do sistema de ressarcimento ao SUS, as responsabilidades foram sendo definidas e alteradas na lei. • Inseridos juros de mora e multa, devidos à inobservância do prazo para o ressarcimento.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo. • Resoluções CONSU n.º 7, 9, 22 e 23 (de 1998); • Resoluções RDC/ANS n.º 3, 17 e 18 (de 2000) e 62 (de 2001); • Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; • Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000.	

3.3 – Principais Inovações Introduzidas pela Lei n.º 9.656, de 03.06.98

Tanto a instituição do sistema que possibilitou o ressarcimento ao SUS, quanto a obrigatoriedade do envio de informações periódicas ao órgão regulador, são grandes avanços obtidos pela lei. É importante ressaltar que, desde o início da década de noventa, a implantação do ressarcimento ao SUS vinha sendo tentada por ministros da pasta da saúde.

3.4 – Principais Alterações da Lei n.º 9.656, de 03.06.98

Além das mudanças relativas ao trâmite dos valores ressarcidos, não houve qualquer alteração significativa nos dois artigos a comporem esta área temática.

4 - Funcionamento das Operadoras e Fiscalização Governamental

4.1 – Escopo

No mercado de operadoras de planos de saúde existe uma diversidade de formas de constituição de entidades e empresas. Entidades e empresas comerciais e civis, com ou sem fins lucrativos, sociedades anônimas, cooperativas, associações e entidades que gerenciam os planos de seus empregados, etc.

Anteriormente à lei, as operadoras não obedeciam a qualquer padrão de funcionamento e apenas o seguro de saúde era objeto de algum tipo de regulação³⁹. Apenas os seguros de assistência à saúde e as seguradoras estavam sujeitos a registro, controle e fiscalização da SUSEP. Assim, mesmo essa regulação se concentrava na liquidez e na solvência das sociedades e carteiras, e havia ausência de controle de garantias de assistência.

As cooperativas e medicinas de grupo diziam-se auto-reguladas, mas muitas dessas empresas sequer achavam-se obrigadas a manter escrituração. As autogestões, por sua vez, seguiam a regulação de suas empresas mantenedoras, mas quase sem nenhum controle sobre os aspectos inerentes à assistência.

Por outro lado, o consumidor confunde-se com a amplitude da oferta de planos, aparentemente tão iguais, mas que podem significar a continuidade ou não do contrato, na dependência do compromisso ético e da solidez da operadora. Alguns casos famosos de “quebra” de plano e operadora ocorreram anteriormente à lei, sem que houvesse acompanhamento por parte do governo e obrigação de compromisso das empresas com a continuidade da assistência. Quando tais planos se desequilibraram, os consumidores o souberam tarde demais. E muitos ficariam a mercê da própria sorte, não fosse a ameaça de que tal atitude pudesse macular a marca das empresas, objeto de altos investimentos ao longo de um bom tempo. Mesmo assim, as soluções dadas, pelas massas liquidandas, ao que restou de suas carteiras de beneficiários foram definidas unilateralmente, sem amparo regulamentar específico.

No caso da liquidação da “Adress” e de outras operadoras, ocorridas recentemente, a ANS interveio de forma a garantir abrigo, em empresa congênere, aos beneficiários remanescentes das operadoras liquidadas. Além da alteração promovida pelo Artigo 8.º da Lei n.º 9.656/98, que estabelece regras para o encerramento das atividades de uma operadora, em duas recentes resoluções, a Agência trata da alienação de carteiras, com intuito de abrigar, transferindo para outra operadora, os beneficiários de carteiras alienadas compulsoriamente, quando há risco para os consumidores. Mesmo assim, quando uma operadora não consegue transferir sua carteira a tempo, só lhe resta o caminho da liquidação.

Vale lembrar aqui que, por maior que seja a estabilidade econômica, até em épocas de congelamento de preços, os custos assistenciais continuaram a subir, empurrados, por forças expansionistas⁴⁰, tais como incorporação tecnológica, surgimento de novas patologias, ressurgimento de outras, como a dengue, envelhecimento da população, dentre outras. Algumas carteiras conseguem recuperar o equilíbrio, por meio da captação de quantidade suficiente de novos contratos, e outras, além disso, sobrevivem, durante certo tempo, por meio de reservas financeiras anteriormente constituídas.

Até hoje, são facilmente sentidos obstáculos à regulação do setor. Alguns segmentos, por exemplo, buscam ser transformados em exceção a alguma norma, ou mesmo ser excluídos do alcance da lei. Destacaram-se, nos anos de 1998 e 1999, algumas ações diretas de inconstitucionalidade, que tramitam no Supremo Tribunal Federal. Uma delas defende que as seguradoras devem estar submetidas somente à regulação da SUSEP e do CNSP, em

³⁹ A concepção de regulação, neste caso, significava, exclusivamente, garantir a conformação de empresas com reservas financeiras capazes de honrar os compromissos financeiros assumidos. Houve uma mudança nessa concepção para o entendimento de que a regulação inclui garantias de solvência e liquidez das operadoras, mas, de forma alguma, se limita às mesmas.

⁴⁰ Como lembra Mendes, “as forças que exigem a expansão do sistema de saúde são: a transição demográfica, a acumulação epidemiológica, a medicalização societal, a urbanização, a incorporação tecnológica, o incremento da força de trabalho e o corporativismo empresarial e profissional.”

função da Lei Complementar que as rege⁴¹. A lei de planos de saúde foi alterada para retirada de qualquer menção a seguradoras ou seguros. Porém, por operarem, na prática, produto semelhante às demais operadoras, apesar de seguirem normas próprias⁴², inclusive diferentes do que prevê o Decreto-Lei n.º 73/66⁴³, as seguradoras foram forçadas a constituir outra empresa não-seguradora, a fim de poderem atuar como operadoras de planos de saúde. Recentemente, a Lei n.º 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, permitiu às sociedades seguradoras operar planos segundo a Lei n.º 9.656/98, desde que se constituam como seguradoras especializadas nesse produto; a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades de seguros é vedada, e as seguradoras ficam submetidas à regulação do CONSU e da ANS.

O processo de regulação tem permitido a identificação de várias outras características que permitem novos agrupamentos de operadoras e produtos, não só com base na constituição das empresas, mas também por semelhantes, ou diferentes, formas de funcionamento e atuação; isso gera melhorias e avanços relativos à equidade do mercado de assistência suplementar.

A lei concilia as dimensões assistencial e econômico-financeira dos planos de saúde, conciliação a ser garantida pelas ações reguladoras. Através do processo de fiscalização de operadoras - no que tange ao compromisso com a prestação adequada dos serviços de assistência à saúde e à responsabilidade de dar viabilidade às carteiras compostas por seus beneficiários -, a regulação constata e corrige importantes entraves a desequilibrarem a relação entre consumidores e operadoras de planos de saúde.

Estão contemplados nesta seção aspectos concernentes a conceituação, registro, funcionamento, acompanhamento e fiscalização de operadoras e planos, bem como reajustes, revisão técnica e alienação de carteiras, escrituração, direções técnica e fiscal, liquidação judicial e extrajudicial de operadoras, o registro de bens garantidores e a contratação de resseguro. Inclui, ainda, a co-responsabilização de administradores de planos, que respondem pelas obrigações contraídas com seus patrimônios pessoais. Assim, estão relacionados a seguir os Artigos 1.º, 8.º, 9.º, 19, 21 a 24, 24-A a 24-D, 25 a 27, 29, 29-A, 34, 35-D, 35-I, 35-J, 35-L e 35-M da Lei n.º 9.656/98, além da Lei n.º 10.185/01 que trata da especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde.

⁴¹ O Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966, correspondente à lei complementar prevista no Art. 192 da Constituição Federal, que trata do Sistema Financeiro Nacional. O Seguro de Saúde clássico, é definido neste instrumento também.

⁴² Sem qualquer relação direta com o Seguro de Saúde, previsto no Decreto-Lei n.º 73/66, a Resolução CNSP n.º 16, de 20.12.88, cria o ramo específico, que se assemelha a plano de saúde, e que foi denominado Seguro de Assistência Médica e/ou Hospitalar, prevê contrato com limite financeiro anual, e/ou com base em tabela de valores por evento e institui o reembolso de despesas. A Circular SUSEP n.º 5, de 09.03.89, que estabelecia normas para o Seguro Grupal de Assistência Médica e Hospitalar, previa a exclusão de doenças mentais, doenças crônicas, doenças congênitas, doenças contagiosas, dentre outras. A Resolução CNSP n.º 31, de 22.12.94 instituiu a Apólice de Garantia Compreensiva no ramo de assistência médica e/ou hospitalar, e assim, ampliou coberturas, mantendo, porém, as exclusões de doenças mentais e preexistentes. A Resolução CNSP n.º 9, de 13.06.95, passou a prever autorização da SUSEP para as atualizações nos valores dos seguros de assistência vinculadas aos sinistros ou à variação de custos, para cada sociedade seguradora.

⁴³ O Decreto-Lei n.º 73/66 estabelece, para o ramo Seguro de Saúde, limite financeiro, franquia e livre escolha com pagamento direto ao prestador de serviço; portanto, não permite o reembolso. A modalidade de reembolso foi criada para o ramo Seguro de Assistência Médica e/ou Hospitalar, pela Resolução CNSP n.º 16/88 (vide nota anterior). O Seguro de Saúde tem baixa aceitação no mercado brasileiro e é pouco comercializado; já o Seguro de Assistência Médica e/ou Hospitalar é o principal produto das seguradoras que atuam no ramo saúde.

4.2 – Artigos selecionados da Lei n.º 9.656/98

Artigo 1.º da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴ Art 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade. § 1º Para os fins do disposto no caput deste artigo, consideram-se: I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros; II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente. § 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão. § 3º A assistência a que alude o caput deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes. § 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde. § 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde.	Comentários Determina quais pessoas jurídicas são alcançadas pela lei.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais - apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: <u>I – Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;</u> <u>II – Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo;</u> <u>III – Carteira : o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos.</u> § 1º <u>Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS qualquer modalidade de produto, serviço ou contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:</u> a) <u>custeio de despesas;</u> b) <u>oferecimento de rede credenciada ou referenciada;</u> c) <u>reembolso de despesas;</u> d) <u>mecanismos de regulação;</u> e) <u>qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e</u> f) <u>vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.</u> § 2º Incluem-se na abrangência desta Lei <u>as cooperativas</u> que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão <u>ou de administração</u>. § 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. § 4º. É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo.	- Supriu-se toda menção a seguros e seguradoras, bem como a conceituação de plano privado de assistência à saúde. Essa alteração foi feita através da MP n.º 1.908-18, de 26.09.99. - Operadora de plano de saúde passa a designar todas as pessoas jurídicas, de direito privado, que operam planos, e não só aquelas que os comercializam.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo. - Resoluções CONSU n.º 5 (de 1998) e 15 (de 1999); - Resoluções RDC/ANS n.º 13, 25, 26, 27, 35, 39, 43 (de 2000) e 65 (de 2001); - Lei n.º 10.185, de 12 de fevereiro de 2001.	

versão inicial ⁴	Comentários
Art 8º Para obter a autorização de funcionamento a que alude o inciso I do art. 5º, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer as seguintes exigências: I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980; II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros; III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços; IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria; V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados; VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras; VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde. Parágrafo único. São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas: I - nos incisos I a V do caput, as operadoras de seguros privados a que alude o inciso II do § 1º do art. 1º; II - nos incisos VI e VII do caput, as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de auto gestão, definidas no § 2º do art. 1º.	• Estabelece os requisitos para operação de planos de saúde e para se obter autorização do órgão regulador.
versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais - apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) Art. 8º . Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, <u>independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS</u>: I – registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei no 6.839, de 30 de outubro de 1980; II – descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por Terceiros; III – descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços; IV – especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria; V – demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados; VI – demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras; e VII – especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde. § 1º. São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas nos incisos VI e VII deste artigo, as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, citadas no § 2º do art. 1º. § 2º. <u>A autorização de funcionamento será cancelada caso a operadora não comercialize os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.</u> § 3º. <u>As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:</u> a) <u>comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;</u> b) <u>garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;</u> c) <u>comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;</u> d) <u>informação prévia à ANS, aos beneficiários e aos prestadores de serviço contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos a serem definidos pela ANS."</u>	• Outras ações reguladoras podem exigir diferentes requisitos, conforme o assunto. • A autorização de funcionamento está diretamente vinculada ao processo de registro. Assim, a construção do sistema de registro definitivo será desenvolvida com base no atual registro provisório. E dependerá do estágio de habilitação em que as operadoras estiverem, bem como da suficiência de instrumentos de regulação instituídos. • A MP n.º 2.177-43, de 27.07.01, instituiu prazo para comercialização após registro, sob pena de cancelamento da autorização de funcionamento da operadora⁴⁴. • A MP n.º 2.177-44, de 24.08.01, estabeleceu os requisitos para a operadora requerer encerramento de atividades.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo. • Resoluções CONSU n.º 5, 7 e 8 (de 1998); • Resoluções RDC/ANS n.º 4, 10, 23, 25, 27, 28, 29, 38, 39, 43, 46 (de 2000), 64, 65, 66, 78, 82 e 84 (de 2001);	

⁴⁴ A ANS detectou em seu cadastro vários planos sem beneficiários vinculados. Segundo as operadoras, tratavam-se de produtos ainda não disponibilizados para comercialização.

Artigo 9.º da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	Art 9º As operadoras de planos privados de assistência à saúde só podem comercializar ou operar planos que tenham sido previamente protocolados na SUSEP, de acordo com as normas técnicas e gerais definidas pelo CNSP. § 1º O protocolamento previsto no caput não exclui a responsabilidade da operadora pelo descumprimento das disposições desta Lei e dos respectivos regulamentos. § 2º O número do certificado de registro da operadora, expedido pela SUSEP, deve constar dos instrumentos contratuais referentes aos planos ou seguros privados de assistência à saúde.	• Estabelece a obrigatoriedade do protocolamento de planos. • Vide Art. 19 a seguir.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 9º <u>Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei, para as operadoras, e duzentos e quarenta dias para as administradoras de planos de assistência à saúde e até que sejam definidas pela ANS, as normas gerais de registro, as pessoas jurídicas que operam os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, e observado o que dispõe o art. 19, só poderão comercializar estes produtos se:</u> I - <u>as operadoras e administradoras estiverem provisoriamente cadastradas na ANS</u> ; e II - <u>os produtos a serem comercializados estiverem registrados na ANS.</u> § 1º <u>O descumprimento das formalidades previstas neste artigo, além de configurar infração, constitui agravante na aplicação de penalidades por infração das demais normas previstas nesta Lei.</u> § 2º <u>A ANS poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.</u> § 3º <u>A autorização de comercialização será cancelada caso a operadora não comercialize os planos ou os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, no prazo máximo de cento e oitenta dias a contar do seu registro na ANS.</u> § 4º <u>A ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial."</u>	• Substitui o simples protocolamento pelo registro provisório de operadoras e produtos. • Diferencia o prazo para as administradoras, que não estavam explícitos na lei anterior à MP n.º 1.801-11, de 25.03.99⁴⁵. • A MP n.º 2.177-43, de 27.07.01, instituiu prazo para comercialização após registro, sob pena de cancelamento da autorização de funcionamento da operadora²³. • Além disso, a ANS passa a ter poderes para suspender temporariamente a comercialização de produtos irregulares.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	• Resoluções CONSU n.º 5 (de 1998); • Resoluções RDC/ANS n.º 4, 5, 6, 25, 28, 38, 39, 43, 46 (de 2000), 65, 77, 78, 79, 82 e 83 (de 2001); • Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; • Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000.	

⁴⁵ O prazo para registro de administradoras foi estabelecido após ter sido esgotado o prazo para registro das demais operadoras. Daí a distinção de períodos para umas e outras.

Artigo 19 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴ Art. 19. As pessoas jurídicas que, na data de vigência desta Lei, já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde Terão o prazo de cento e oitenta dias, contado da expedição das normas pelo CNSP, para requererem a sua autorização de funcionamento. Parágrafo único. O não cumprimento do disposto no caput deste artigo implica o pagamento de multa diária fixada pelo CNSP e aplicada pela SUSEP às operadoras de planos e seguros de que trata esta Lei.	Comentários Estabelece prazo para as operadoras, que já existiam antes da lei, solicitarem autorização de funcionamento.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) Art. 19. Para requerer a autorização definitiva de funcionamento, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras ou administradoras dos produtos de que <u>tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º</u> desta Lei, terão prazo de cento e oitenta dias, a partir da publicação da regulamentação específica pela ANS. § 1º <u>Até que sejam expedidas as normas de registro, serão mantidos registros provisórios das pessoas jurídicas e dos produtos na ANS, com a finalidade de autorizar a comercialização ou operação dos produtos a que alude o caput, a partir de 2 de janeiro de 1999.</u> § 2º <u>Para o registro provisório, as operadoras ou administradoras dos produtos a que alude o caput deverão apresentar à ANS as informações requeridas e os seguintes documentos, independentemente de outros que venham a ser exigidos:</u> <u>I – registro do instrumento de constituição da pessoa jurídica;</u> <u>II – nome fantasia;</u> <u>III – CNPJ;</u> <u>IV – endereço;</u> <u>V – telefone, fax e e-mail; e</u> <u>VI – principais dirigentes da pessoa jurídica e nome dos cargos que ocupam.</u> § 3º <u>Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados à ANS os seguintes dados:</u> <u>I – razão social da operadora ou da administradora;</u> <u>II – CNPJ da operadora ou da administradora;</u> <u>III – nome do produto;</u> <u>IV – segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica e referência);</u> <u>V – tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão);</u> <u>VI – âmbito geográfico de cobertura;</u> <u>VII – faixas etárias e respectivos preços;</u> <u>VIII – rede hospitalar própria por Município (para segmentações hospitalar e referência);</u> <u>IX – rede hospitalar contratada ou referenciada por Município (para segmentações hospitalar e referência); e</u> <u>X – outros documentos e informações que venham a ser solicitados pela ANS.</u> § 4º <u>Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica da ANS.</u> § 5º <u>Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades do registro provisório, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de produtos a que alude o caput, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.</u> § 6º <u>O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada às operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º.</u> § 7º <u>As pessoas jurídicas que forem iniciar operação de comercialização de planos privados de assistência à saúde, a partir de 8 de dezembro de 1998, estão sujeitas aos registros de que trata o § 1º deste artigo.</u> Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo. - Resoluções CONSU n.º 5 e 7 (de 1998); - Resoluções RDC/ANS n.º 4, 5, 6, 22, 25, 28, 38, 39, 43, 46 (de 2000), 65, 77, 78, 79, 83 e 85 (de 2001); - Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; - Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000.	supra citada) - A definição de planos de saúde foi alterada pela MP n.º 1.908-18/99, e a remissão substituiu a referência genérica, anterior. - Algumas das competências anteriormente afetas, nesta lei, ao CNSP e à SUSEP, foram transferidas para a ANS, a partir da criação da mesma, em dez/99, por MP, transformada na Lei n.º 9.961/00. - Relaciona as informações mínimas necessárias para registro provisório de operadoras e produtos. - Determina o valor da multa diária pelo descumprimento a este dispositivo. - O registro provisório passa a ser obrigatório, a partir de 08.12.98.
Artigo 21 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴ Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras: I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive; II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso anterior, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladora da empresa.	Comentários Proíbe as operadoras de planos de realizar operações financeiras.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras: I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive; II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso I, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladoras da empresa. Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo. Resoluções RDC/ANS n.º 39 (de 2000);	Não sofreu alteração.

Artigo 22 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976. Parágrafo único. A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo normas definidas pelo CNSP.	• Estabelece obrigatoriedade de auditoria externa nas contas das operadoras.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976. § 1º. A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo <u>diretrizes gerais</u> definidas pelo <u>CONSU</u> . § 2º. <u>As operadoras com número de beneficiários inferior a vinte mil usuários ficam dispensadas da publicação do parecer do auditor e das demonstrações financeiras, devendo, a ANS, dar-lhes publicidade.</u>	• Algumas das competências anteriormente afetas, nesta lei, ao CNSP, foram transferidas para o CONSU, a partir da criação da ANS, em dez/99, por MP, transformada em Lei n.º 9.961/00. • A MP n.º 2.177-43, de 27.07.01, instituiu dispensa de publicação de parecer de auditor e demonstrações para as operadoras com menos de vinte mil beneficiários.⁴⁶
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	• Resoluções RDC/ANS n.º 28, 38 e 46 (de 2000).	

⁴⁶ O custo da publicação é alto para as pequenas operadoras, sobrecarregando a contribuição dos seus contribuintes.

Artigo 23 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	Art 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial, previsto no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.	• Proíbe a concordata e a falência às operadoras de planos de saúde e permite somente a liquidação extrajudicial; convém observar o disposto no Art. 24-C sobre os créditos preferenciais.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência <u>ou insolvência civil</u>, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial. § 1º <u>As operadoras sujeitar-se-ão ao regime de falência ou insolvência civil quando, no curso da liquidação extrajudicial, forem verificadas uma das seguintes hipóteses:</u> I - <u>o ativo da massa liquidanda não for suficiente para o pagamento de pelo menos a metade dos créditos quirografários;</u> II - <u>o ativo realizável da massa liquidanda não for suficiente, sequer, para o pagamento das despesas administrativas e operacionais inerentes ao regular processamento da liquidação extrajudicial; ou</u> III - <u>nas hipóteses de fundados indícios de condutas previstas nos arts. 186 a 189 do Decreto-Lei no 7.661, de 21 de junho de 1945.</u> § 2º <u>Para efeito desta Lei, define-se ativo realizável como sendo todo ativo que possa ser convertido em moeda corrente em prazo compatível para o pagamento das despesas administrativas e operacionais da massa liquidanda.</u> § 3º <u>A vista do relatório do liquidante extrajudicial, e em se verificando qualquer uma das hipóteses previstas nos incisos I, II ou III do § 1º deste artigo, a ANS poderá autorizá-lo a requerer a falência ou insolvência civil da operadora.</u> § 4º <u>A distribuição do requerimento produzirá imediatamente os seguintes efeitos:</u> I - <u>a manutenção da suspensão dos prazos judiciais em relação à massa liquidanda;</u> II - <u>a suspensão dos procedimentos administrativos de liquidação extrajudicial, salvo os relativos à guarda e à proteção dos bens e imóveis da massa;</u> III - <u>a manutenção da indisponibilidade dos bens dos administradores, gerentes, conselheiros e assemelhados, até posterior determinação judicial; e</u> IV - <u>prevenção do juízo que emitir o primeiro despacho em relação ao pedido de conversão do regime.</u> § 5º <u>A ANS, no caso previsto no inciso II do § 1º deste artigo, poderá, no período compreendido entre a distribuição do requerimento e a decretação da falência ou insolvência civil, apoiar a proteção dos bens móveis e imóveis da massa liquidanda.</u> § 6º <u>O liquidante enviará ao juízo prevento o rol das ações judiciais em curso cujo andamento ficará suspenso até que o juiz competente nomeie o síndico da massa falida ou o liquidante da massa insolvente."</u>	• A recente alteração, promovida pela MP n.º 2.097-36, de 26.01.01, relaciona as situações em que poderá ocorrer falência ou insolvência civil, detalhando o processo no âmbito da ANS.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	• Resoluções CONSU n.º 19 (de 1999) e 1 (de 2000); • Resoluções RDC/ANS n.º 47, 48, 49, 51, 53, 54, 69, 80 e 86 (de 2001); • Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; • Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000.	

versão inicial ⁴	Comentários
Art 24. Sempre que ocorrer insuficiência nas garantias a que alude o inciso VII do art. 3º, ou anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, em qualquer operadora de planos privados de assistência à saúde, a SUSEP poderá nomear, por prazo não superior a cento e oitenta dias, um diretor-fiscal com as atribuições que serão fixadas de acordo com as normas baixadas pelo CNSP. § 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal por administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem efeito suspensivo, para o CNSP. § 2º Os administradores da operadora que se encontrar em regime de direção fiscal serão suspensos do exercício de suas funções a partir do momento em que for instaurado processo-crime por atos ou fatos relativos à respectiva gestão, perdendo imediatamente o cargo na hipótese de condenação judicial transitada em julgado. § 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora e proporá à SUSEP as medidas cabíveis conforme previsto nesta Lei. § 4º O diretor-fiscal poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial. § 5º No caso de não surtirem efeitos as medidas especiais para recuperação econômico-financeira, a SUSEP promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação por leilão da carteira das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.	• Estabelece as condições para o regime de direção fiscal, para sua transformação em liquidação extrajudicial e, por fim, a alienação da carteira; a SUSEP seria o órgão regulador responsável pela direção fiscal.
Art. 35-E. Sempre que ocorrerem graves deficiências em relação aos parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras, o Ministério da Saúde poderá designar, por prazo não superior a cento e oitenta dias, um diretor-técnico com as atribuições que serão fixadas de acordo com as normas baixadas pelo CONSU. § 1º O descumprimento das determinações do diretor-técnico por administradores, conselheiros ou empregados da entidade operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, sem efeito suspensivo, para o CONSU. § 2º Os administradores da operadora que se encontrarem em regime de direção-técnica ficarão suspensos do exercício de suas funções a partir do momento em que for instaurado processo-crime em face de atos ou fatos relativos à respectiva gestão, perdendo imediatamente o cargo na hipótese de condenação judicial transitada em julgado. § 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-técnico procederá à análise da situação da operadora e proporá ao Ministério da Saúde as medidas cabíveis. § 4º No caso de não surtirem efeitos as medidas especiais para regularização da operadora, o Ministério da Saúde determinará à SUSEP a aplicação da penalidade prevista no art. 25, inciso VI, desta Lei. § 5º Antes da adoção da medida prevista no parágrafo anterior, o Ministério da Saúde assegurará ao infrator o contraditório e a ampla defesa.	• Estabelece as condições para o regime de direção técnica e para a solicitação de medidas cabíveis; o Ministério da Saúde seria o órgão regulador responsável pela direção técnica.
versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
Art. 24. <u>Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro</u>, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves <u>que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde</u>, a ANS <u>poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.</u> § 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal <u>ou técnico, e do liquidante, por dirigentes</u>, administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, <u>por decisão da ANS</u>, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem que isto implique efeito <u>suspensivo da decisão administrativa que determinou o afastamento.</u> § 2º A ANS, <u>ex officio ou por recomendação do diretor técnico ou fiscal ou do liquidante, poderá, em ato administrativo devidamente motivado, determinar o afastamento dos diretores, administradores, gerentes e membros do conselho fiscal da operadora sob regime de direção ou em liquidação.</u> § 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal ou técnico procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora, <u>bem assim da qualidade do atendimento aos consumidores</u>, e proporá à ANS as medidas cabíveis. § 4º O diretor-fiscal ou <u>técnico</u> poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial. § 5º A ANS promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação da carteira das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no caso de não surtirem efeito as medidas por ela determinadas <u>para sanar as irregularidades ou nas situações que impliquem risco para os consumidores participantes da carteira.</u>	• Por ter sido transferida, para um único órgão regulador, a competência de acompanhar garantias e anormalidades, juntaram-se, em um só dispositivo, os Artigos 24 e 35-E, anteriores, da lei. • A ANS passa a ter competência para determinar: a alienação de carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, a liquidação extrajudicial e o afastamento de dirigentes de operadoras sob regime de direção, ou em liquidação. • Alterações promovidas pelas MP n.ºs 1.908-18/99 (transferidas competências da SUSEP para o Ministério da Saúde) e 1.908-20/99 (criada a ANS). • Recentemente, o prazo do regime especial passou para até 365 dias.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
• Resoluções CONSU n.º 1 (de 2000); • Resoluções RDC/ANS n.º 40, 44 e 45 (de 2000), 47, 48, 51, 52, 56, 60, 61, 63, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 80, 82, 84, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93 (de 2001) e 94 (de 2002); • Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; • Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000.	

Artigos 24-A e 35-I da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	-	• Inexistente.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 24-A. <u>Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde em regime de direção fiscal ou liquidação extrajudicial, independentemente da natureza jurídica da operadora, ficarão com todos os seus bens indisponíveis, não podendo, por qualquer forma, direta ou indireta, aliená-los ou onerá-los, até apuração e liquidação final de suas responsabilidades.</u> § 1º <u>A indisponibilidade prevista neste artigo decorre do ato que decretar a direção fiscal ou a liquidação extrajudicial e atinge a todos aqueles que tenham estado no exercício das funções nos doze meses anteriores ao mesmo ato.</u> § 2º <u>Na hipótese de regime de direção fiscal, a indisponibilidade de bens a que se refere o caput deste artigo poderá não alcançar os bens dos administradores, por deliberação expressa da Diretoria Colegiada da ANS.</u> § 3º <u>A ANS, ex officio ou por recomendação do diretor fiscal ou do liquidante, poderá estender a indisponibilidade prevista neste artigo:</u> I - <u>aos bens de gerentes, conselheiros e aos de todos aqueles que tenham concorrido, no período previsto no § 1º, para a decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial;</u> II - <u>aos bens adquiridos, a qualquer título, por terceiros, no período previsto no § 1º, das pessoas referidas no inciso I, desde que configurada fraude na transferência.</u> § 4º <u>Não se incluem nas disposições deste artigo os bens considerados inalienáveis ou impenhoráveis pela legislação em vigor.</u> § 5º <u>A indisponibilidade também não alcança os bens objeto de contrato de alienação, de promessa de compra e venda, de cessão ou promessa de cessão de direitos, desde que os respectivos instrumentos tenham sido levados ao competente registro público, anteriormente à data da decretação da direção fiscal ou da liquidação extrajudicial.</u> § 6º <u>Os administradores das operadoras de planos privados de assistência à saúde respondem solidariamente pelas obrigações por eles assumidas durante sua gestão até o montante dos prejuízos causados, independentemente do nexo de causalidade.</u>	• Dispõe sobre a indisponibilidade de bens de administradores das operadoras de planos sob regime de direção fiscal, ou liquidação extrajudicial.
	Art. 35-I. <u>Responderão subsidiariamente pelos direitos contratuais e legais dos consumidores, prestadores de serviço e fornecedores, além dos débitos fiscais e trabalhistas, os bens pessoais dos diretores, administradores, gerentes e membros de conselhos da operadora de plano privado de assistência à saúde, independentemente da sua natureza jurídica.</u>	• Por insuficiência da operadora, os bens pessoais de dirigentes respondem por contratos da operadora com prestadores, consumidores e fornecedores.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	- Resoluções CONSU n.º 1 (de 2000); - Resoluções RDC/ANS n.º 40, 44 e 45 (de 2000), 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 56, 60, 61, 63, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93 (de 2001) e 94 (de 2002).	

Artigo 24-B da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	-	• Inexistente.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 24-B. A Diretoria Colegiada definirá as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal e do responsável pela alienação de carteira, podendo ampliá-las, se necessário.	• Estabelece a competência da ANS para definir as atribuições e competências dos diretores técnico e fiscal, bem como do responsável pela alienação de carteira.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.		
- Resoluções RDC/ANS n.º 40, 44 e 45 (de 2000), 47, 48, 51, 52, 56, 60, 61, 63, 72, 73, 74, 75, 76, 87, 89, 90, 91, 92, 93 (de 2001) e 94 (de 2002); - Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; - Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000.		

Artigo 24-C da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	-	• Inexistente.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 24-C. <u>Os créditos decorrentes da prestação de serviços de assistência privada à saúde preferem a todos os demais, exceto os de natureza trabalhista e tributários.</u>	• Estabelece quem são os credores privilegiados, no caso de liquidação, conforme previsto no Art. 23.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.		
- Resoluções CONSU n.º 1 (de 2000); - Resoluções RDC/ANS n.º 40, 44 e 45 (de 2000), 47, 48, 51, 52, 56, 60, 61, 63, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 80, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93 (de 2001) e 94 (de 2002).		

Artigo 24-D da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	Versão inicial ⁴	Comentários
	-	• Não existente.
	Versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 24-D. <u>Aplica-se à liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e ao disposto nos arts. 24-A e 35-I, no que couber com os preceitos desta Lei, o disposto na Lei no 6.024, de 13 de março de 1974, no Decreto-Lei no 7.661, de 21 de junho de 1945, no Decreto-Lei no 41, de 18 de novembro de 1966, e no Decreto-Lei no 73, de 21 de novembro de 1966, conforme o que dispuser a ANS.</u>	• Remete a liquidação extrajudicial às leis que tratam da intervenção e da liquidação extrajudicial das instituições financeiras e das entidades de previdência privada, bem como do decreto-lei que diz respeito ao Sistema Nacional de Seguros Privados.
Artigo 25 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	• Resoluções CONSU n.º 1 (de 2000);	
	• Resoluções RDC/ANS n.º 47, 48, 51, 69, 80 e 86 (de 2001).	
Artigo 26 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	Versão inicial ⁴	Comentários
	Art 25. As infrações dos dispositivos desta Lei sujeitam a operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente: I - advertência; II - multa pecuniária; III - suspensão do exercício do cargo; IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde; V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretores de seguros e instituições financeiras. VI - cancelamento, providenciado pela SUSEP, da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora mediante leilão.	• Estabelece as penalidades por infrações à lei.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei e <u>de seus regulamentos, bem como aos dispositivos dos contratos firmados, a qualquer tempo, entre operadoras e usuários de planos privados de assistência à saúde</u> , sujeitam a operadora dos produtos <u>de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º</u> desta Lei, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente: I – advertência; II – multa pecuniária; III – suspensão do exercício do cargo; IV – inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos de assistência à saúde; V – inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras; e VI – cancelamento da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora.	• Estende o alcance das penalidades às infrações por descumprimento dos contratos e das normas regulamentares, além daquelas infrações anteriormente previstas. • A definição de planos de saúde foi alterada, primeiramente, pela MP n.º 1.908-18/99, e a remissão substituiu a referência genérica, anterior.
Artigo 26 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	• Resoluções CONSU n.º 3 (de 1998), 15 e 18 (de 1999) e 1 (de 2000);	
	• Resoluções RDC/ANS n.º 14 e 24 (de 2000), 55, 82 e 84 (de 2001).	
Artigo 26 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	Art 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias referidas no inciso VII do art. 3º.	• Responsabiliza os administradores e conselheiros das operadoras por prejuízos a terceiros.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores <u>de planos privados de assistência à saúde</u> , conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias.	• Não houve alteração de conteúdo; apenas especifica-se o consumidor sob referência.
Artigo 26 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	• Resoluções CONSU n.º 1 (de 2000);	
	• Resoluções RDC/ANS n.º 49, 53, 54 e 79 (de 2001).	

Artigos 27 e 35-D da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	Art. 27. As multas fixadas pelo CNSP, no âmbito de suas atribuições e em função da gravidade da infração, serão aplicadas pela SUSEP, até o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 19 desta Lei. Parágrafo único. As multas de que trata o caput constituir-se-ão em receitas da SUSEP.	• Estabelece o valor das multas fixadas pelo CNSP e aplicadas pela SUSEP, bem como o destino dos recursos.
	Art. 35-F. As multas fixadas pelo CONSU, no âmbito de suas atribuições e em função da gravidade da infração, serão aplicadas pelo Ministério da Saúde, até o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).	• Estabelece o valor das multas fixadas pelo CONSU, e aplicadas pelo Ministério da Saúde.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela <u>ANS</u> no âmbito de suas atribuições, <u>com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6 do art. 19.</u>	• As competências anteriormente afetas, nesta lei, à SUSEP, foram transferidas para a ANS, a partir da criação da mesma, em dez/99, pela MP n.º 1.928/99, transformada na Lei n.º 9.961/00. • Em função do porte da operadora, ampliou-se o intervalo de valores.
	Art. 35-D. As multas <u>a serem aplicadas pela ANS</u> em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos <u>serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei.</u>	• Destina à ANS os recursos arrecadados com multas.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.		
• Resoluções CONSU n.º 3 (de 1998), 15 e 18 (de 1999) e 1 (de 2000); • Resoluções RDC/ANS n.º 14 e 24 (de 2000) e 55 (de 2001).		

Artigos 29 e 29-A da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo ao CNSP e ao CONSU, observadas suas respectivas atribuições, dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias, prazos, perempção e outros atos processuais, assegurando-se à parte contrária amplo direito de defesa e o contraditório.	Determina a forma de apuração das infrações.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo à <u>ANS</u> dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias e prazos. § 1º <u>O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:</u> I - <u>cessar a prática de atividades ou atos objetos de apuração; e</u> II - <u>corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes.</u> § 2º <u>O termo de compromisso de ajuste de conduta conterá, necessariamente, as seguintes cláusulas:</u> I - <u>obrigações de compromissário de fazer cessar a prática objeto de apuração, no prazo estabelecido;</u> II - <u>valor da multa a ser imposta no caso de descumprimento, não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço.</u> § 3º <u>A assinatura do termo de compromisso de ajuste de conduta não importa confissão do compromissário quanto à matéria de fato, nem reconhecimento de ilicitude da conduta em apuração.</u> § 4º <u>O descumprimento do termo de compromisso de ajuste de conduta, sem prejuízo da aplicação da multa a que se refere o inciso II do § 2º, acarreta a revogação da suspensão do processo.</u> § 5º <u>Cumpridas as obrigações assumidas no termo de compromisso de ajuste de conduta, será extinto o processo.</u> § 6º <u>Suspende-se a prescrição durante a vigência do termo de compromisso de ajuste de conduta.</u> § 7º <u>Não poderá ser firmado termo de compromisso de ajuste de conduta quando tiver havido descumprimento de outro termo de compromisso de ajuste de conduta nos termos desta Lei, dentro do prazo de dois anos.</u> § 8º <u>O termo de compromisso de ajuste de conduta deverá ser publicado no Diário Oficial da União.</u> § 9º <u>A ANS regulamentará a aplicação do disposto nos §§ 1º a 7º deste artigo.</u>	- Algumas das competências anteriormente afetas, nesta lei, ao CNSP e ao CONSU, foram transferidas para a ANS, a partir da criação da mesma, em dez/99, pela MP n.º 1.928/99, transformada na Lei n.º 9.961/00. - Insere previsão de novo instrumento de regulação, denominado "termo de compromisso de ajuste de conduta"⁴⁷, que pode ter efeito suspensivo sobre processos administrativos em curso.
	Art. 29-A. <u>A ANS poderá celebrar com as operadoras termo de compromisso, quando houver interesse na implementação de práticas que consistam em vantagens para os consumidores, com vistas a assegurar a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde.</u> § 1º <u>O termo de compromisso referido no caput não poderá implicar restrição de direitos do usuário.</u> § 2º <u>Na definição do termo de que trata este artigo serão considerados os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços a serem oferecidos pelas operadoras.</u> § 3º <u>O descumprimento injustificado do termo de compromisso poderá importar na aplicação da penalidade de multa a que se refere o inciso II, § 2º, do art. 29 desta Lei.</u>	O termo de compromisso pode ser celebrado, também, para implementar, com maior rapidez, práticas vantajosas para os beneficiários.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo. - Resoluções CONSU n.º 3 (de 1998), 15 e 18 (de 1999) e 1 (de 2000); - Resoluções RDC/ANS n.º 14 e 24 (de 2000), 55 e 57 (de 2001).	

Artigo 34 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	Art. 34. As entidades que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei podem constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.	Faculta a entidades - como hospitais filantrópicos, previdência privada e entidades de autogestão - a constituírem pessoa jurídica, independente de suas mantenedoras, para operar planos de saúde.
	versão final⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) Art. 34. As <u>pessoas jurídicas</u> que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei <u>deverão, na forma e no prazo definidos pela ANS</u>, constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos privados de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.	- Passa a obrigar a consti-tuição de pessoas jurídicas independentes das respectivas mantenedoras. - Prevê regulamentação, da ANS, sobre como e quando isso deve ser feito.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo. Resoluções RDC/ANS n.º 39 (de 2000).		

⁴⁷ O referido termo de compromisso corresponde a documento assinado pela operadora, em que a mesma se compromete, com a ANS, a corrigir falhas e irregularidades em processo de apuração. Esse compromisso possibilita prática de fiscalização proativa, educativa e disciplinadora e antecipa e universaliza os benefícios da correção aos consumidores, ao mesmo tempo em que não reduz a função fiscalizadora a mero instrumento de arrecadação de multas.

Artigo 35-J da Lei n.º 9.656, de	versão inicial ⁴	Comentários
	-	• Inexistente.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 35-J. <u>O diretor técnico ou fiscal ou o liquidante são obrigados a manter sigilo relativo às informações das operadoras às quais tiverem acesso em razão do exercício do encargo, sob pena de incorrer em improbidade administrativa, sem prejuízo das responsabilidades civis e penais.</u>	• Obriga os diretores técnico e fiscal, bem como o liquidante, a manter sigilo sobre as informações das operadoras.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	- Resoluções RDC/ANS n.º 40, 44 e 45 (de 2000), 47, 48, 51, 52, 56, 60 e 61 (de 2001); - Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; - Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000.	
Artigo 35-L da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	-	• Inexistente.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 35-L. <u>Os bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões deverão ser registrados na ANS e não poderão ser alienados, prometidos a alienar ou, de qualquer forma, gravados sem prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, as alienações realizadas ou os gravames constituídos com violação deste artigo.</u> <u>Parágrafo único. Quando a garantia recair em bem imóvel, será obrigatoriamente inscrita no competente Cartório do Registro Geral de Imóveis, mediante requerimento firmado pela operadora de plano de assistência à saúde e pela ANS.</u>	• A partir da MP n.º 2.177-43, de 27.07.01, é estabelecido o registro das reservas e provisões.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	Resoluções RDC/ANS n.º 77 (de 2001).	
Artigo 35-M da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	-	• Inexistente.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 35-M. <u>As operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei poderão celebrar contratos de resseguro junto às empresas devidamente autorizadas a operar em tal atividade, conforme estabelecido na Lei no 9.932, de 20 de dezembro de 1999, e regulamentações posteriores.</u>	• Permite às operadoras a contratação de resseguro junto a empresas autorizadas, conforme legislação própria.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	Resoluções RDC/ANS n.º 77 (de 2001).	

Lei n.º 10.185, de 12.02.01	versão inicial da Lei n.º 10.185, de 12.02.01 Art. 1 o As sociedades seguradoras poderão operar o seguro enquadrado no art. 1 o, inciso I e § 1o, da Lei n o 9.656, de 3 de junho de 1998, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades. § 1o As sociedades seguradoras que já operam o seguro de que trata o <i>caput</i> deste artigo, conjuntamente com outros ramos de seguro, deverão providenciar a sua especialização até 1º de julho de 2001, a ser processada junto à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, mediante cisão ou outro ato societário pertinente. § 2o As sociedades seguradoras especializadas, nos termos deste artigo, ficam subordinadas às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde - ANS, que poderá aplicar-lhes, em caso de infringência à legislação que regula os planos privados de assistência à saúde, as penalidades previstas na Lei no 9.656, de 1998, e na Lei no 9.961, de 28 de janeiro de 2000. § 3o Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Complementar - CONSU, nos termos da Lei no 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei no 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei no 9.656, de 1998, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades seguradoras especializadas. § 4o Enquanto as sociedades seguradoras não promoverem a sua especialização em saúde, nos termos deste artigo, ficarão sujeitas à fiscalização da SUSEP e da ANS, no âmbito de suas respectivas competências. § 5o As sociedades seguradoras especializadas em seguro saúde, nos termos deste artigo, continuarão subordinadas às normas sobre as aplicações dos ativos garantidores das provisões técnicas expedidas pelo Conselho Monetário Nacional - CMN. Art. 2 o Para efeito da Lei no 9.656, de 1998, e da Lei no 9.961, de 2000, enquadra-se o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde. Art. 3 o A sociedade seguradora que não se adaptar ao disposto nesta Lei fica obrigada a transferir sua carteira de saúde para sociedade seguradora especializada já estabelecida ou para operadora de planos privados de assistência à saúde, que venha a apresentar o plano de sucessão segundo as normas fixadas pela ANS. Parágrafo único. Deverá ser observado o prazo limite de 1o de julho de 2001 para a transferência da carteira de saúde de que trata o <i>caput</i> deste artigo. Art. 4 o Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória n o 2.122-1, de 27 de dezembro de 2000. Art. 5 o Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.	Comentários • Cria a figura de sociedade seguradora especializada em planos de saúde. • Subordina essas empresas à Lei n.º 9.656/98 e à ANS. • Mantém a subordinação dessas seguradoras às normas do Conselho Monetário Nacional, quanto aos ativos garantidores das provisões técnicas. • A MP n.º 2.064, de 21.12.00, correspondeu à primeira versão do texto desta lei. As MP n.ºs 2.122-1, de 17.12.00, e 2.122-2, de 26.01.01 a sucederam, até a promulgação da Lei n.º 10.185, de 12.02.01.
	versão final - alterações promovidas pela MP n.º 2.177-44/01. Art. 5o da MP n.º 2.177-44 : O § 3o do art. 1o da Lei no 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação: "§ 3o Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, nos termos da Lei no 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei no 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei no 9.656, de 1998, e no art. 4o da Lei no 9.961, de 2000, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades seguradoras especializadas."	• O Art. 4.º da Lei n.º 9.961/00 que passou a Ter destaque neste dispositivo trata das competências da ANS.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	• Resoluções RDC/ANS n.º 65 (de 2001).	

4.3 – Principais Inovações Introduzidas pela Lei n.º 9.656, de 03.06.98

As principais novidades trazidas pela lei, no escopo desta área temática, e que não sofreram alterações, são:

- Artigo 1.º - A instituição de ordem jurídica única para os diversos tipos de operadoras de planos de saúde.
- Artigos 8.º, 9.º, 19, 21 e 22 - O estabelecimento de condições de funcionamento e operação das empresas de planos de saúde, referentes, simultaneamente, à capacidade de prestar serviços assistenciais e à viabilidade econômico-financeira.
- Artigos 23 e 24 (e 35-E da versão inicial) - A proibição das operadoras requererem falência, ou concordata, e a instituição dos regimes de direção técnica e fiscal. O regulador pode promover a alienação da carteira de operadoras para sanar irregularidades, ou nas situações que impliquem risco para os beneficiários.
- Artigos 25, 27, 29 e 35-D - A instituição de fiscalização pelo governo e o estabelecimento de multas.
- Artigo 26 - A co-responsabilização de dirigentes de operadoras de planos de saúde por prejuízos causados a terceiros, em consequência do descumprimento da lei.

4.4 – Principais Alterações da Lei n.º 9.656, de 03.06.98

Destaco a seguir as principais alterações registradas na Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24.08.2001, relativas à versão final do texto legal utilizada neste capítulo, comparada à versão inicial, nos limites desta área:

- Artigo 1.º - A referência a seguros e seguradoras foi suprimida em toda a lei. Plano Privado de Assistência à Saúde passou a ser conceituado. Assim o alcance da lei, até então definido pelo negócio das empresas - operação de planos ou operação de seguros -, passou a ser definido pelo produto operado pelas mesmas. Assim, quem opera produtos com as características dos planos de saúde, conforme definido no inciso I e no § 1.º deste artigo, está sujeito à Lei n.º 9.656/98.
- Artigo 8.º - Autorização para as operadoras encerrarem suas atividades, estabelecendo obrigação prévia de transferência de carteira. Antes desse acréscimo ao texto legal, não existia clareza quanto às condições de saída do mercado de operadoras de planos de saúde. Mesmo assim, para muitos, as exigências são pesadas e por vezes difíceis de serem operadas, por dependerem de fatores que extrapolam à competência de operadoras e empresários.
- Artigo 9.º - A comercialização de planos passa a depender do cadastramento da operadora e do registro dos produtos, junto ao órgão regulador. Instituiu-se o registro provisório de operadoras, que deve perdurar enquanto estão sendo preparados os instrumentos de acompanhamento e avaliação necessários ao processo permanente de habilitação. Além disso, as operadoras a atuarem exclusivamente na administração de planos coletivos de outras empresas ganharam destaque.
- Artigo 19 - Documentos e informações passam a ser exigidos para os registros provisórios de operadoras e produtos. A relação de exigências para funcionamento de operadoras e planos representa o limite mínimo inicial para o ingresso dos mesmos no mercado. Os demais instrumentos a comporem esta lista estão sendo instituídos pela ANS paulatinamente, como a nota técnica, o plano de contas, os sistemas de monitoramento, dentre outros.
- Artigos 24 e 24-D - A ANS passa a ter poderes para determinar a alienação de carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, a liquidação extrajudicial e o afastamento de dirigentes. Isso significa que a competência para determinar o tipo de regime a que estará submetida a operadora que apresentar dificuldades, ou irregularidades, é da ANS.
- Artigos 24-A e 35-I - A indisponibilidade dos bens de dirigentes é determinada quando a operadora estiver sob regime de direção fiscal, ou em liquidação extra-

judicial. A lei passa a co-responsabilizar, financeiramente, os dirigentes; quando isso acontece, os dirigentes não podem dispor de seus bens sem autorização judicial.

- Artigo 24-C - Os prestadores de serviço passam a ser credores preferenciais, no caso de liquidação da operadora.
- Artigo 25 - As infrações por descumprimento dos contratos tornam-se passíveis de penalidades, da mesma forma que por descumprimento da lei.
- Artigos 27 e 35-D - Os valores das multas passam a variar conforme o porte das operadoras, e os recursos arrecadados passam a ser creditados à ANS. A intenção é que, para qualquer tamanho de operadora, o efeito da pena tenha significado e não permita que a irregularidade cometida seja banalizada em função do baixo valor da multa.
- Artigo 29 e 29-A - Instituiu-se o termo de compromisso por ajuste de conduta. Esse termo corresponde a documento assinado pela operadora, comprometendo-se, com a ANS, a corrigir falhas e irregularidades em processo de apuração. Esse dispositivo possibilita prática de fiscalização proativa, educativa e disciplinadora, antecipa e universaliza os benefícios da correção aos demais consumidores, e não reduz a função fiscalizadora a mero instrumento de arrecadação de multas.
- Artigo 34 - A constituição de pessoa jurídica independente passa a ser obrigatória para as instituições que exercem outras atividades além da de operadora de planos de saúde e depende de regulamentação pela ANS. São diretamente afetados por esse dispositivo os hospitais que operam planos de saúde, as entidades de autogestão que são parte integrante da estrutura de suas mantenedoras e as instituições de previdência privada que também operam planos de saúde.
- Artigo 35-J - A obrigação dos diretores técnico e fiscal de manter sigilo sobre informações a que tiverem acesso das operadoras sob regime especial. Referidos técnicos ficam sujeitos às penas por improbidade administrativa, além de responsabilização civil e penal.
- Artigo 35-L - Estabelecimento do registro de bens garantidores, fundos e provisões, sendo vedada a alienação deles. Os critérios de constituição de garantias financeiras foram estabelecidos pela Resolução RDC n.º 77, de 17.07.01. As operadoras até então constituídas deverão cumprir o cronograma ali estabelecido, que prevê obrigações paulatinas, até 2007, para completar o cumprimento dessa obrigação.
- Artigo 35-M - Possibilidade de contratação de resseguro junto a empresas autorizadas pela SUSEP, conforme legislação própria. A lei passa a explicitar essa prerrogativa, que já estava em prática e tem sido exercida por poucas operadoras, em geral pequenas, no mercado de planos de saúde.
- Lei n.º 10.185, de 12.02.01 - Explicita a equivalência existente entre os produtos "seguro saúde" e "plano de saúde" para efeitos da Lei n.º 9.656/98 e obriga as sociedades que operam este produto a constituírem-se como seguradoras especializadas. Essas medidas subordinam produtos que se assemelham a planos de saúde e empresas que operam esses produtos à mesma legislação. Dessa forma, diminui a confusão anteriormente causada pelas diferentes normas que regulamentavam seguros e planos de saúde.

5 – As agências reguladoras

5.1 – Escopo

Inicialmente, a lei previa a regulação bipartida. Normatizar aspectos econômico-financeiros de operadoras e produtos foi competência do CNSP, sob controle e fiscalização da SUSEP; por outro lado, as normas assistenciais eram emitidas pelo CONSU. Cabia ao Ministério da Saúde fiscalizar e operacionalizar.

Nenhuma norma foi emitida pelo CNSP e poucas ações puderam ser empreendidas pela SUSEP, durante o tempo em que vigorou esse modelo (de junho de 1998 a setembro de 1999). Nesse período, o CONSU emitiu vinte e uma resoluções e o Ministério da Saúde várias portarias. E ocorreram cerca de vinte reuniões da Câmara de Saúde Suplementar, presididas e secretariadas pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS – e do Departamento de Saúde Suplementar – DESAS. Tal descompasso redundou em vácuos na regulamentação.

A ausência de algumas regras gerou várias pendências. As operadoras, por exemplo, não tinham orientação sobre como se constituir, ou funcionar, como integrantes do segmento. Os critérios para registro provisório das operadoras de planos de saúde na SUSEP não estavam claramente estabelecidos. Acompanhamento e controle das operadoras – que passaram a ser reguladas pela SUSEP⁴⁸ –, praticamente inexistiam. A separação idealizada – entre os aspectos econômico-financeiros e assistenciais de operadoras e planos –, como dois lados de uma mesma moeda, mostrou-se impraticável.

Em setembro de 1999, com a retirada das seguradoras da lei e a recomposição do CONSU, toda a regulação ficou a cargo do referido Conselho e do Ministério da Saúde. Mesmo assim, havia lacunas para o pleno exercício da atividade de regulação quanto aos instrumentos necessários, notadamente os referentes às competências transferidas. Assim, bastava apenas um passo para a criação da ANS, que ocorreu em novembro de 1999, por meio da MP n.º 1.928, de 25.11.99.

Esta seção detém-se na evolução desse modelo, e compara o estágio inicial com a situação de hoje. Apresentam-se competências e composições dos órgãos que foram, e dos que são, responsáveis pela regulação da assistência suplementar à saúde.

Para tanto, estão relacionados, a seguir, os Artigos 28, 35-A, 35-B e 35-H da Lei n.º 9.656/98. Por fim, no item intitulado “Criação da ANS”, citamos os artigos que anteriormente, relacionavam as competências do Ministério da Saúde e da SUSEP, e a Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a lei de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

⁴⁸ Muito antes da Lei n.º 9.656/98, as seguradoras estão submetidas à regulação do CNSP e da SUSEP, por comporem o Sistema Financeiro Nacional. Vide explicações mais detalhadas na seção 4.

5.2 – Artigos selecionados da Lei n.º 9.656/98

Artigo 28 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	Versão inicial ⁴	Comentários
	Art 28. Das decisões da SUSEP caberá recurso ao CNSP, no prazo de quinze dias, contado a partir do recebimento da intimação.	• Prevê recurso ao CNSP, quanto às decisões da SUSEP.
	Versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 28. REVOGADO.	• O Art. 28 foi revogado ao ser criada a ANS. De setembro a dezembro de 1999, este artigo vigorou com recurso ao CONSU das decisões do Ministério da Saúde. A Lei n.º 9.961/00 prevê recurso, à Diretoria Colegiada, quanto às decisões dos diretores da Agência.
Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.		
• Resoluções RDC/ANS n.º 1 (de 2000); • Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; • Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000.		
Artigo 35-A da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴	Comentários
	Art 3º Sem prejuízo das atribuições previstas na legislação vigente e observadas, no que couber, as disposições expressas nas Leis nºs 8.078, de 11 de setembro de 1990, e 8.080, de 19 de setembro de 1990, compete ao Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, ouvido, obrigatoriamente, o órgão instituído nos termos do art. 6º desta Lei, ressalvado o disposto no inciso VIII, regulamentar os planos privados de assistência à saúde, e em particular dispor sobre: I - a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde; II - as condições técnicas aplicáveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde, de acordo com as suas peculiaridades; III - as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras de planos privados de assistência à saúde; IV - as normas de contabilidade, atuariais e estatísticas, a serem observadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; V - o capital e o patrimônio líquido das operadoras de planos privados de assistência à saúde, assim como a forma de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima de capital; VI - os limites técnicos das operações relacionadas com planos privados de assistência à saúde; VII - os critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores, a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde; VIII - a direção fiscal, a liquidação extrajudicial e os procedimentos de recuperação financeira. Parágrafo único. A regulamentação prevista neste artigo obedecerá às características específicas da operadora, mormente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos. Art. 35-A. Fica criado o Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico e, em especial: I - regulamentar as atividades das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde no que concerne aos conteúdos e modelos assistenciais, adequação e utilização de tecnologias em saúde; II - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto nesta Lei; III - fixar as diretrizes para a cobertura assistencial ; IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras; V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras; VI - fixar, no âmbito de sua competência, as normas de fiscalização, controle e aplicação de penalidades previstas nesta Lei; VII - estabelecer normas para intervenção técnica nas operadoras; VIII - estabelecer as condições mínimas, de caráter técnico-operacional dos serviços de assistência à saúde; IX - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde; X - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas empresas de assistência médica suplementar, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde; XI - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões; XII - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistente; XIII - qualificar, para fins de aplicação desta Lei, as operadoras de planos privados de saúde; XIV - outras questões relativas à saúde suplementar. § 1º O CONSU terá o seu funcionamento regulado em regimento interno. § 2º A regulamentação prevista neste artigo obedecerá às características específicas da operadora, mormente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.	• Estabelece as competências do CNSP, no âmbito desta lei. • Estabelece as competências do CONSU.

Artigo 35-A da Lei n.º 9.656, de 03.06.98 – continuação	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	Comentários
	Art.35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para: I – <u>estabelecer e supervisionar a execução de políticas e diretrizes gerais do setor de saúde suplementar;</u> II – <u>aprovar o contrato de gestão da ANS;</u> III – <u>supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;</u> IV – <u>fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:</u> a) <u>aspectos econômico-financeiros;</u> b) <u>normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;</u> c) <u>parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, bem assim quanto às formas de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima;</u> d) <u>critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores;</u> e) <u>criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde em caso de insolvência de empresas operadoras;</u> V – <u>deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.</u> Parágrafo único. <u>A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV deste artigo, devendo adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo CONSU.</u>	• Com a criação da ANS, a maioria das competências anteriormente afetadas ao CNSP, à SUSEP, ao CONSU e ao Ministério da Saúde viram-se transferidas para a referida Agência. • O CONSU passou a ser a instância a definir políticas e diretrizes para o setor, e a supervisionar as ações da ANS.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	• Resoluções CONSU n.º 1, 5, 8, 10, 11 e 12 (de 1998), 1 e 2 (de 2000); • Resoluções RDC/ANS n.º 1, 21, 24, 27, 29, 38, 39, 40, 41, 44, 45 e 46 (de 2000), 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 60, 61 e 77 (de 2001); • Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; • Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000.	

Artigo 35-B da Lei n.º 9.656, de 03.06.98 e Decreto n.º 4.044, de 06.12.01	versão inicial ⁴	Comentários
	Art 4º O art. 33 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, alterado pela Lei nº 8.127, de 20 de dezembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação: "Art. 33. O Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP será integrado pelos seguintes membros: I - Ministro de Estado da Fazenda, ou seu representante legal; II - Ministro de Estado da Saúde, ou seu representante legal; III - Ministro de Estado da Justiça, ou seu representante legal; IV - Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, ou seu representante legal; V - Presidente do Banco Central do Brasil, ou seu representante legal; VI - Superintendente da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, ou seu representante legal; VII - Presidente do Instituto de Resseguros do Brasil - IRB, ou seu representante legal. § 1º O Conselho será presidido pelo Ministro de Estado da Fazenda e, na sua ausência, pelo Superintendente da SUSEP. § 2º O CNSP terá seu funcionamento regulado em regimento interno. Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes membros ou seus representantes: I - Ministro de Estado da Saúde; II - Ministro de Estado da Fazenda; III - Ministro de Estado da Justiça; IV - Superintendente da SUSEP; V - do Ministério da Saúde: a) Secretário de Assistência à Saúde; b) Secretário de Políticas de Saúde. § 1º O CONSU será presidido pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência, pelo Secretário-Executivo do respectivo Ministério. § 2º O Secretário de Assistência à Saúde, ou representante por ele especialmente designado, exercerá a função de Secretário do Conselho. § 3º Fica instituída, no âmbito do CONSU, a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo, integrada: I - por um representante de cada Ministério a seguir indicado: a) da Saúde, na qualidade de seu Presidente; b) da Fazenda; c) da Previdência e Assistência Social; d) do Trabalho; e) da Justiça; II - pelo Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário; III - pelo Superintendente da SUSEP, ou seu representante; IV - por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicados: a) Conselho Nacional de Saúde; b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde; d) das entidades de defesa do consumidor; e) de entidades de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde; f) dos órgãos superiores de classe que representem os estabelecimentos de seguro; g) dos órgãos superiores de classe que representem o segmento de auto-gestão de assistência à saúde; h) dos órgãos superiores de classe que representem a medicina de grupo; i) das entidades que representem as cooperativas de serviços médicos; j) das entidades filantrópicas da área de saúde; l) das entidades nacionais de representação da categoria dos médicos; m) das entidades nacionais de representação da categoria dos odontólogos; n) dos órgãos superiores de classe que representem as empresas de odontologia de grupo; o) da Federação Brasileira de Hospitais. § 4º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde.	• Modifica a composição do CNSP e inclui o Ministro da Saúde nesse conselho. • Estabelece a composição inicial do CONSU. • Institui a Câmara de Saúde Suplementar como integrante do CONSU.

Artigo 35-B⁴⁹ da Lei n.º 9.656, de 03.06.98 e Decreto n.º 4.044, de 06.12.01 - continuação	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	Comentários
	Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes Ministros de Estado: I - <u>Chefe da Casa Civil da Presidência da República, na qualidade de Presidente;</u> II - da Saúde; III - da Fazenda; IV - da Justiça; e V - <u>do Planejamento, Orçamento e Gestão.</u> § 1º <u>O Conselho deliberará mediante resoluções, por maioria de votos, cabendo ao Presidente a prerrogativa de deliberar nos casos de urgência e relevante interesse, ad referendum dos demais membros.</u> § 2º <u>Quando deliberar ad referendum do Conselho, o Presidente submeterá a decisão ao Colegiado na primeira reunião que se seguir àquela deliberação.</u> § 3º <u>O Presidente do Conselho poderá convidar Ministros de Estado, bem assim outros representantes de órgãos públicos, para participar das reuniões, não lhes sendo permitido o direito de voto.</u> § 4º <u>O Conselho reunir-se-á sempre que for convocado por seu Presidente.</u> § 5º <u>O regimento interno do CONSU será aprovado por decreto do Presidente da República.</u> § 6º <u>As atividades de apoio administrativo ao CONSU serão prestadas pela ANS.</u> § 7º <u>O Presidente da ANS participará, na qualidade de Secretário, das reuniões do CONSU.</u>	• Estabelece a nova composição do CONSU, a ser presidida pelo Chefe da Casa Civil²⁸. • A Câmara de Saúde Suplementar passa a se vincular à ANS. Sua composição está definida na Lei n.º 9.961/00. • O regimento interno do CONSU será definido por Decreto. • O Presidente da ANS não é membro do Conselho, mas participa das reuniões do mesmo, como secretário.
	Decreto n.º 4.044, de 06.12.01: Art. 1o <u>O Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, criado pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, será composto pelos seguintes Ministros de Estado:</u> I - <u>da Justiça, que o presidirá;</u> II - <u>da Saúde;</u> III - <u>da Fazenda;</u> e IV - <u>do Planejamento, Orçamento e Gestão.</u> Art. 2o Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.	• O Decreto n.º 4.044, de 06.12.01, alterou a composição do CONSU. • O Chefe da Casa Civil não é mais integrante do Conselho e o Ministro da Justiça passou a presidi-lo.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo. • Resoluções CONSU n.º 1 (de 1998); • Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000; • Decreto n.º 3.327, de 5 de janeiro de 2000.	
Artigo 35-H da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	versão inicial ⁴ -	Comentários • Inexistente.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada) Art. 35-H. <u>Os expedientes que até esta data foram protocolizados na SUSEP pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei e que forem encaminhados à ANS em consequência desta Lei, deverão estar acompanhados de parecer conclusivo daquela Autarquia.</u>	• Quando as competências da SUSEP foram transferidas, inicialmente para o Ministério da Saúde em set/99, e, posteriormente para a ANS, em dez/99, os processos que já tinham ingressado naquela autarquia também o foram. Mas receberam parecer conclusivo da SUSEP.

⁴⁹ Por se tratar de matéria da competência do Presidente da República, a alteração na estrutura do CONSU foi promovida por decreto.

5.3 – Criação da ANS – Vide Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000

Artigos 5.º e 35-C da versão inicial da Lei n.º 9.656, de 03.06.98, alterados, e transferidos, para a Lei n.º 9.961, de 28.01.2000	versão inicial ⁴	Comentários
	Art 5º Compete à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, de acordo com as diretrizes e resoluções do CNSP, sem prejuízo das atribuições previstas na legislação em vigor: I - autorizar os pedidos de constituição, funcionamento, cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário das operadoras de planos privados de assistência à saúde; II - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao funcionamento dos planos privados de saúde; III - aplicar as penalidades cabíveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde previstas nesta Lei; IV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde, segundo normas definidas pelo CNSP; V - proceder à liquidação das operadoras que tiverem cassada a autorização para funcionar no País; VI - promover a alienação da carteira de planos ou seguros das operadoras.	A versão inicial da lei estabelecia, no seu âmbito, as competências da SUSEP.
	Art. 35-C. Compete ao Ministério da Saúde, sem prejuízo das atribuições previstas na legislação em vigor: I - formular e propor ao CONSU as normas de procedimentos relativos à prestação de serviços pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde; II - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde; III - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos e seguros privados de saúde e garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência; IV - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos; V - fiscalizar questões concernentes às coberturas e aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar; VI - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde, com a finalidade de preservar a qualidade da atenção à saúde; VII - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços próprios, referenciados, contratados ou conveniados oferecidos pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde; VIII - fiscalizar o cumprimento das normas estabelecidas pelo CONSU; IX - aplicar as penalidades cabíveis às operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde previstas nesta Lei, segundo as normas fixadas pelo CONSU.	A versão inicial da lei estabelecia, no seu âmbito, as competências do Ministério da Saúde.
	versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais – apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Lei n.º 9.961, de 28.01.2000 (VIDE ANEXO 4)	- As competências da ANS estão relacionadas na Lei n.º 9.961/00. Esse rol consolida as competências anteriormente afetas à SUSEP e ao Ministério da Saúde, bem como absorve a maioria das competências anteriormente afetas ao CNSP e ao CONSU. - Em dezembro de 1999 foi emitida a Medida Provisória que deu origem à ANS, transformada na Lei n.º 9.961/00, no mês seguinte. Durante a vigência da MP, foi publicado o Decreto n.º 3.327/00, que aprovou o Regulamento da nova Agência.
	Regulamentações - Resoluções CONSU e ANS vinculadas – para detalhes, consulte os anexos 1 a 3 no final deste capítulo.	
	- Resoluções CONSU n.º 2 (de 2000); - Resoluções RDC/ANS n.º 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 20, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 43 e 44 (de 2000), 58, 59, 70, 71, 88 (de 2001) e 95 (de 2002); - Decreto n.º 3.327, de 05.01.2000.	

5.3 – Principais Inovações Introduzidas pela Lei n.º 9.656, de 03.06.98

As principais novidades impostas pela lei, no escopo desta área temática, e que não sofreram alterações, são:

- Artigo 35-A - A criação do CONSU Conselho de Saúde Suplementar, como órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde.
- Artigo 35-B - A composição interministerial do CONSU.

5.4 – Principais Alterações da Lei n.º 9.656, de 03.06.98

Nesta seção, foram profundas as alterações e todos os artigos sofreram mudanças. A seguir, sintetizamos as alterações registradas na Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24.08.2001, referentes aos artigos desta área temática:

- Artigo 35-A - As competências do CONSU foram totalmente reformuladas. Com a criação da Agência Reguladora, as competências normativas do CONSU, bem como as anteriormente afetadas ao CNSP e à SUSEP, foram transferidas para a ANS. Mantiveram-se no Conselho as funções de supervisionar a execução das políticas e diretrizes e de fixar diretrizes para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras. Mesmo assim, a ANS pode expedir normas sobre esses assuntos, quando não houver diretriz estabelecida, dentro de suas atribuições legais, ou de atribuições delegadas pelo CONSU.
- Artigo 35-B e Decreto n.º 4.044, de 06.12.01 - A composição do CONSU foi alterada e a Câmara de Saúde Suplementar passou a ser vinculada à ANS. A Câmara de Saúde Suplementar é integrada por representantes dos diversos segmentos interessados do mercado de assistência suplementar. De caráter consultivo e permanente, a Câmara esteve vinculada ao CONSU e, após a criação da ANS, passou a integrar a estrutura da Agência.
- Lei n.º 9.961/00 – Cria-se o órgão regulador único, denominado Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, que absorve as competências normativas, fiscalizadoras, de monitoramento e controle, relativas à regulação da assistência suplementar e afetadas às estruturas anteriores da SUSEP, do Ministério da Saúde, do CNSP e do CONSU. A ANS é autarquia especial⁵⁰ vinculada ao Ministério da Saúde e tem atuação em todo o território nacional. O Art. 3.º da Lei n.º 9.961, de 28.01.00, estabelece a missão da Agência. *"A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País"*. As competências da Agência estão relacionadas no Art. 4.º; a estrutura organizacional está estabelecida no Capítulo II (Artigos 5.º ao 13); o contrato de gestão no Capítulo III (Artigos 14 e 15), o patrimônio, as receitas e a gestão financeira estão dispostos no Capítulo IV (Artigos 16 a 25) e as disposições finais e transitórias no Capítulo V (Artigos 26 a 41). O texto integral da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, consta do anexo 4, apresentado a seguir. Além disso, o Decreto n.º 3.327, de 05.01.00 aprova o regulamento da ANS e as Resoluções RDC da ANS n.ºs 1, de 06.01.00, 30, de 20.07.00 e 59, de 09.03.01, dispõem sobre seu Regimento Interno.

⁵⁰ Dispõe o parágrafo único do Art. 1.º da Lei 9.961, de 28.01.00: *"A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes."*

6 - Vigências

Além dos prazos estabelecidos nos dispositivos aqui relacionados, os Artigos 9.º (obrigatoriedade do registro de operadoras e planos para a comercialização dos produtos), 10 (obrigatoriedade de oferecer plano de referência), 12 (obrigatoriedade de oferecer planos segundo as segmentações, e as respectivas coberturas), 19 (início do registro provisório), 35 (obrigatoriedade das novas regras contratuais) e 35-E (repactuação de contratos) também estabelecem outros prazos, para determinadas obrigações.

Artigo 36 da Lei n.º 9.656, de 03.06.98	Versão inicial ⁴	Comentários
	Art 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.	A vigência da lei é estabelecida em 90 dias após publicação.
	Art. 3º. da MP n.º 1.665, de 04.06.98. Os arts. 3o, 5o, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-C, 35-E, 35-F e 35-H da Lei no 9.656, de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998.	Alguns dispositivos, porém, entraram em vigor na data da publicação da primeira Medida Provisória.
	Versão final ⁵ - os destaques - grifos pessoais - apontam as alterações relativas à versão inicial supra citada)	
	Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.	Sem alteração.
	Art. 2o. da MP n.º 2.177-44, de 24.08.2001. Os arts. 3º., 5o, 25, 27, 35-A, 35-B, 35-D e 35-E da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, entram em vigor em 5 de junho de 1998, <u>resguardada às pessoas jurídicas de que trata o art. 1o a data limite de 31 de dezembro de 1998 para adaptação ao que dispõem os arts. 14, 17, 30 e 31.</u>	Por dificuldades práticas, estendeu-se até final de 1998 o prazo para cumprimento dos Artigos 14, 17, 30 e 31.

Referências Bibliográficas:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Atas e relatórios da Câmara de Saúde Suplementar. Brasília, 1998, 1999 e 2000.

_____. www.ans.saude.gov.br. Rio de Janeiro, 2001.

_____. Relatórios da DIPRO - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Rio de Janeiro, 2000 e 2001.

BAHIA, Lígia. "Seguros e Planos de Saúde, uma *Saída* à Brasileira: Estudo da Organização da Oferta a Partir de Noções das Teorias de Seguros." Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.

CAMARINHA, Elena. "Lei n.º 9.656/98 e alterações introduzidas por Medidas Provisórias." Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos / ANS. Rio de Janeiro, 2000.

CURSI, Kátia A. "Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998 e suas Alterações pelas Medidas Provisórias." Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos / ANS. Rio de Janeiro, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Resolução n.º 1.483, de 11 de setembro de 1997. www.cfm.org.br. Brasília, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Resolução n.º 80, de 9 de junho de 1997. www.cremesp.org.br. São Paulo, 2001.

MEDEIROS, Osiris Borges e Medeiros. "Seguro Saúde - Legislação - Formulários - Jurisprudência - Prática." Editora Destaque. Rio de Janeiro, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. "Uma Agenda para a Saúde". Editora HUCITEC, 2.ª edição. São Paulo, 1999.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, CADE - Conselho Administrativo de Defesa Econômica. www.mj.gov.br/cade/. Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SAS - Secretaria de Assistência à Saúde. www.saude.gov.br. Brasília, 2001.

_____, Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas - DECAS, Unidade de Acompanhamento de Cartas - UNAC. Brasília, 2001.

NUNES, Luiz Antonio Rizzatto. "Comentários à Lei de Plano e Seguro-Saúde." Editora Saraiva. São Paulo, 1999.

O GLOBO. "Seguradoras britânicas farão testes genéticos". O Mundo/Ciência e Vida, pág. 35. Londres, 21 de março de 2000.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, www.presidencia.gov.br/ legislação, 2001.

REIS, Nelson Santiago. Procurador de Justiça e Coordenador da Defesa do Consumidor do Ministério Público de Pernambuco. "O Consumidor e os Seguros ou Planos de Saúde." 1998.

SENADO FEDERAL. Subsecretaria de Informações. www.senado.gov.br/ legislação. Brasília, 2001.

_____. "Constituição da República Federativa do Brasil - 1988". Brasília, 1999.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. www.stf.gov.br. Ações Diretas de Inconstitucionalidade. Brasília, 2001.

Anexo 1 – REFERÊNCIAS NORMATIVAS - Resoluções CONSU

Resoluções CONSU	Ementa
n.º 1/98, de 03.11.1998	Regimento Interno do CONSU
n.º 2/98, de 03.11.1998	Dispõe sobre a definição de cobertura às doenças e lesões preexistentes, previstas no inciso XII do artigo 35ª e no artigo 11 da Lei nº 9.656/98.
n.º 3/98, de 03.11.1998	Dispõe sobre a fiscalização da atuação das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.
n.º 4/98, de 03.11.1998	Dispõe sobre as condições e os prazos previstos para adaptações dos contratos em vigor à data de vigência da legislação específica.
n.º 5/98, de 03.11.1998	Dispõe sobre a caracterização de Autogestão mediante a Lei nº9.656/98 e dentro do segmento supletivo de assistência à saúde no Brasil.
n.º 7/98, de 03.11.1998	Dispõe sobre informações a serem postas à disposição do Ministério da Saúde por todas as operadoras, inclusive as de autogestão, previstas no artigo 1º da Lei nº 9656/98.
n.º 8/98, de 03.11.1998	Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.
n.º 9/98, de 03.11.1998	Dispõe sobre o ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde prestados a usuários de plano, ou seguro, de saúde por instituições, públicas ou privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.
n.º 10/98, de 03.11.1998	Dispõe sobre a elaboração do Rol de Procedimentos e de eventos em saúde que irão constituir a referência básica, e fixa as diretrizes para a cobertura assistencial;
n.º 11/98, de 03.11.1998	Dispõe sobre a cobertura aos tratamentos de todos os transtornos psiquiátricos codificados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.
n.º 12/98, de 03.11.1998	Dispõe sobre a cobertura de transplante e seus procedimentos, por parte das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.
n.º 13/98, de 03.11.1998	Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.
n.º 14/98, de 03.11.1998	Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades.
n.º 15/99, de 23.03.1999	Dispõe sobre as alterações nas Resoluções CONSU, publicadas no D.O.U de 04 de Novembro de 1998.
n.º 16/99, de 23.03.1999	Dispõe sobre a desobrigação, ou isenção parcial, da segmentação de cobertura de planos de assistência à saúde perante a Lei 9.656/98, no mercado supletivo de assistência à saúde.
n.º 17/99, de 23.03.1999	Dispõe sobre os agravos a que se refere a Resolução CONSU n.º 2, de 03.11.1998
n.º 18/99, de 23.03.1999	Dispõe sobre o rito e os prazos do processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de penalidades previstas na Lei 9656/98.
n.º 19/99, de 23.03.1999	Dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam, ou administram, planos coletivos que vierem a ser liquidados, ou encerrados
n.º 20/99, de 23.03.1999	Dispõe sobre a regulamentação do artigo 30 da Lei n.º 9.656/98.
n.º 21/99, de 23.03.1999	Dispõe sobre a regulamentação do artigo 31 da Lei nº 9.656/98.
n.º 22/99, de 28.10.1999	Altera as Resoluções CONSU nºs 7 e 9/98, que dispõem sobre informações ao MS, ressarcimento dos serviços de atendimento à saúde

Resoluções CONSU	Ementa
	prestados a beneficiários de plano privado de assistência à saúde, por instituições, públicas ou privadas, integrantes do SUS
n.º 23/99, de 28.10.1999	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos -TUNEP para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, por instituições, públicas ou privadas, integrantes do SUS.
n.º 1/00, de 23.05.2000	Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos procedimentos e atividades lesivos à assistência de saúde suplementar, delega competência à ANS para atos que menciona, e dá outras providências.
n.º 2/00, de 19.12.2000	Aprova o Contrato de Gestão a ser celebrado entre o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Anexo 2 – REFERÊNCIAS NORMATIVAS – Resoluções RDC / ANS

Resoluções RDC/ANS	Ementas
n.º 01, de 06.01.2000	Aprova o regimento interno e dá outras providências.
n.º 02, de 07.01.2000	Define os Diretores responsáveis pelas Diretorias de Desenvolvimento Setorial, Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos e Diretoria de Fiscalização.
n.º 03, de 20.01.2000	Aprova normas de fornecimento de informações para cadastros de beneficiários.
n.º 04, de 18.02.2000	Dispõe sobre alteração de rotina do registro provisório de produtos, e dá outras providências.
n.º 05, de 18.02.2000	Aprova normas sobre os procedimentos administrativos para requerimento e concessão de registro provisório das operadoras de Planos Privados de Assistência à saúde.
n.º 06, de 18.02.2000	Dispõe sobre a Taxa de Saúde Suplementar por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente a operadoras, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária, e dá outras providências.
n.º 07, de 18.02.2000	Dispõe sobre o plano referência de que trata o art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com as alterações da Medida Provisória nº 1.976-23, de 10 de fevereiro de 2000.
n.º 08, de 22.02.2000	Dispõe sobre o custeio de estadia de empregados ou servidores para os cargos e nas situações mencionadas, e dá outras providências.
n.º 09, de 22.02.2000	Aprova o Regulamento de Licitações e Contratações da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
n.º 10, de 03.03.2000	Dispõe sobre o recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar por plano de assistência à saúde.
n.º 11, de 09.03.2000	Regulamenta o § 2º do art. 12 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e dá outras providências.
n.º 12, de 31.03.2000	Dispõe sobre a alteração do Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e dá outras providências.
n.º 13, de 31.03.2000	Dispõe sobre a alteração de prazo de que trata o § 2º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998.
n.º 14, de 31.03.2000	Dispõe sobre o recolhimento das multas aplicadas às operadoras de Saúde Suplementar.
n.º 15, de 31.03.2000	Dispõe sobre concessão de diárias aos ocupantes de Cargos Comissionados de Saúde Suplementar.
n.º 16, de 03.04.2000	Define os Diretores responsáveis pela Diretoria de Normas e habilitação de Operadoras e pela Diretoria de Gestão.
n.º 17, de 04.04.2000	Dispõe sobre a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP -, para fins de ressarcimento dos atendimentos prestados aos beneficiários de plano privado de assistência à saúde, por instituições públicas ou privadas, integrantes do Sistema de Saúde – SUS.
n.º 18, de 05.04.2000	Regulamenta o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei 9656/98, de 3 de junho de 1998.
n.º 20, de 28.04.2000	Informa o novo endereço da sede da ANS – RJ, para efeito de encaminhamento de requerimentos e solicitações de registros de produtos e alteração de dados.
n.º 21, de 12.05.2000	Dispõe sobre a definição do Rol de Procedimentos Odontológicos que constituirá referência básica do Plano Odontológico, e fixa diretrizes para a cobertura assistencial.
n.º 22, de 30.05.2000	Cria instrumento para acompanhamento econômico - financeiro das Operadoras .
n.º 23, de 06.06.2000	Altera a Resolução RDC nº 10, de 3 de março de 2000. Institui a ficha de Compensação, estabelece a padronização para o envio de in-

Resoluções RDC/ANS	Ementas
	formações que menciona, e dá outras providências.
n.º 24, de 13.06.2000	Dispõe sobre a aplicação de penalidades às Operadoras de planos privados de assistência à saúde.
n.º 25, de 15.06.2000	Dispõe sobre operações voluntárias de alienação de carteiras ou produtos privados de assistência à saúde.
n.º 26, de 20.06.2000	Dispõe sobre o prazo de que trata o § 2º do art. 1º da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998.
n.º 27, de 26.06.2000	Estabelece os procedimentos para solicitação de Revisão Técnica pelas operadoras de planos e Produtos privados de assistência complementar à saúde.
n.º 28, de 26.06.2000	Altera a RDC nº, de 18 de fevereiro de 2000, e institui a Nota Técnica de Registro de Produtos.
n.º 29, de 28.06.2000	Estabelece normas para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos e produtos privados de assistência complementar à saúde.
n.º 30, de 20.07.2000	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e dá outras providências.
n.º 31, de 15.08.2000	Altera os Anexos I e II da RDC nº 30, de 19 de julho de 2.000.
n.º 32, de 25.08.2000	Dispõe sobre a remuneração de pessoal em regime de contratação temporária.
n.º 35, de 26.09.2000	Dispõe sobre o prazo de que trata o § 2º art.1 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.
n.º 38, de 30.10.2000	Institui o Plano de Contas Padrão, aplicável às Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde - OPS.
n.º 39, de 30.10.2000	Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
n.º 40, de 14.12.2000	Dispõe sobre os Regimes de Direção Fiscal e de Direção Técnica das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.
n.º 41, de 15.12.2000	Altera o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução CONSU nº 10, de 3 de novembro de 1998.
n.º 42, de 15.12.2000	Estabelece normas para a adoção de cláusula de cobertura parcial temporária, no caso de doenças ou lesões preexistentes.
n.º 43, de 19.12.2000	Altera a redação do art. 4º da Resolução de Diretoria Colegiada –RDC, nº 25, de 15 de junho de 2000.
n.º 44, de 26.12.2000	Dispõe sobre a instauração dos Regimes de Direção Fiscal e de Direção Técnica na Unimed de São Paulo Cooperativa de Trabalho Médico, e nomeia o Diretor-Fiscal e o Diretor-Técnico.
n.º 45, de 27.12.2000	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na Adress - Administração, Representação de Sistemas de Saúde Ltda. e na Saúde Unitor Assistência Médica Ltda. UNICOR, e nomeia os Diretores-Fiscais.
n.º 46, de 28.12.2000	Altera as Resoluções de Diretoria Colegiada nº28 e 29, de 26 de junho de 2000.
n.º 47, de 03.01.2001	Dispõe sobre a liquidação extrajudicial das operadoras de planos de assistência à saúde.
n.º 48, de 03.01.2001	Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial na Adress - Administração, Representação de Sistemas de Saúde Ltda. e na Saúde Unitor Assistência Médica Ltda., e nomeia os respectivos liquidantes.
n.º 49, de 04.01.2001	Dispõe sobre a indisponibilidade de bens dos administradores da Adress – Administração, representação de Sistemas de Saúde Ltda. e da Saúde Unitor Assistência Médica Ltda.
n.º 51, de 24.01.2001	Dispõe sobre a nomeação de novo liquidante na Adress - Administração, Representação de Sistemas de Saúde Ltda.
n.º 52, de 01.02.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na Bio Med Assistência Médica S/C Ltda., e nomeia o Diretor-Fiscal.

Resoluções RDC/ANS	Ementas
n.º 53, de 01.02.2001	Dispõe sobre a indisponibilidade de bens dos administradores da BIO MED Assistência Médica S/C Ltda.
n.º 54, de 14.02.2001	Dispõe sobre a exclusão de ex-administrador de operadora de plano de saúde do rol de administradores alcançados por indisponibilidade de bens.
n.º 55, de 16.02.2001	Dá nova redação ao inciso III do art. 3º da Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 24, de 13 de junho de 2000.
n.º 56, de 16.02.2001	Dispõe sobre a nomeação de novo Diretor-Fiscal na Unimed de São Paulo Cooperativa de Trabalho Médico
n.º 57, de 05.03.2001	Dispõe sobre o termo de compromisso de ajuste de conduta das operadoras de planos privados de assistência à saúde.
n.º 58, de 05.03.2001	Transforma cargos comissionados e altera o Anexo II da RDC nº 30, 19 de julho de 2000.
n.º 59, de 09.03.2001	Acrescenta alínea ao inciso I do art. 51 da Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 30, de 19 de julho de 2000.
n.º 60, de 14.03.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal e de Direção Técnica na Plano de Assistência Médica Miller Ltda., e nomeia o Diretor-Fiscal e o Diretor-Técnico.
n.º 61, de 14.03.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal no SMB Sistema Médico Brasileiro Ltda., e nomeia o Diretor-Fiscal.
n.º 62, de 29.03.2001	Estabelece as normas para o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.
n.º 63, de 05.04.2001	Dispõe sobre a instauração do regime de Direção Fiscal na CLIMOJ ASSISTÊNCIA MÉDICA DE JACAREPAGUÁ LTDA, e nomeia o Diretor Fiscal.
n.º 64, de 10.04.2001	Dispõe sobre a designação de médico responsável pelo fluxo de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde.
n.º 65, de 16.04.2001	Dispõe sobre as sociedades seguradoras especializadas em saúde.
n.º 66, de 03.05.2001	Estabelece normas para reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde.
n.º 67, de 07.05.2001	Atualiza o Rol de Procedimentos Médicos instituído pela Resolução CONSU nº 10, de 3 de novembro de 1998.
n.º 68, de 07.05.2001	Estabelece normas para a adoção de cláusulas de cobertura parcial temporária, e institui o Rol de Procedimentos de Alta Complexidade.
n.º 69, de 06.06.2001	Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial na BIO MED ASSISTÊNCIA MÉDICA S/C LTDA e nomeia o Liquidante.
n.º 70, de 04.04.2001	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências.
n.º 71, de 04.04.2001	Define os Diretores responsáveis pelas Diretorias de Desenvolvimento Setorial e de Gestão.
n.º 72, de 06.06.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na Unimed de Volta Redonda Cooperativa de Trabalho Médico e nomeia o Diretor-Fiscal.
n.º 73, de 12.06.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na SAMP SÃO PAULO - ASSISTÊNCIA MÉDICA S/C LTDA e nomeia o Diretor-Fiscal.
n.º 74, de 12.06.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na SAMP ESPÍRITO SANTO - ASSISTÊNCIA MÉDICA S/C LTDA. e nomeia o Diretor-Fiscal.
n.º 75, de 12.06.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na SERVI SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. e nomeia o Diretor-Fiscal.
n.º 76, de 03.07.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS CLASSES LABORIOSAS e nomeia o Diretor-Fiscal.
n.º 77, de 17.07.2001	Dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde -OPS.
n.º 78, de 23.07.2001	Prorroga o prazo estabelecido no Art. 4º da Resolução-RDC n.º 64, de 10 de abril de 2001, que dispõe sobre a designação do médico responsável pelo fluxo de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde.
n.º 79, de 10.08.2001	Institui normas para o exercício do cargo de administrador das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS

Resoluções RDC/ANS	Ementas
n.º 80, de 10.08.2001	Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial na CLIMOJ - ASSISTÊNCIA MÉDICA DE JACAREPAGUÁ LTDA e nomeia o Liquidante.
n.º 81, de 16.08.2001	Classifica os procedimentos médicos constantes do Rol estabelecido pela RDC n.º 67 de 8 de maio de 2001 de acordo com as segmentações autorizadas pelo art. 12 da Lei 9.656 de 3 de junho de 1998.
n.º 82, de 22.08.2001	Estabelece regras para a alienação compulsória de carteira de planos privados de assistência à saúde e altera dispositivo da RDC n.º 24 de 13 de junho de 2000.
n.º 83, de 22.08.2001	Dispõe sobre a transferência de controle societário de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde - OPS.
n.º 84, de 21.09.2001	Dispõe sobre a determinação da alienação de carteira das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências.
n.º 85, de 25.09.2001	Institui o Sistema de Informações de Produtos – SIP para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.
n.º 86, de 01.10.2001	Dispõe sobre a decretação do Regime de Liquidação Extrajudicial no PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA MILLER LTDA e nomeia o Liquidante.
n.º 87, de 01.10.2001	Dispõe sobre a instauração do regime de Direção Fiscal na SAMP SISTEMA ASSISTENCIAL MÉDICO PARAMINENSE S/C LTDA. e nomeia o Diretor Fiscal
n.º 88, de 30.11.2001	Dispõe sobre as diretrizes básicas, os objetivos e os critérios do Programa de Capacitação do Quadro de Pessoal da Agência Nacional de Saúde Suplementar.
n.º 89, de 17.12.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na SAMCIL CONVÊNIOS MÉDICOS HOSPITALARES LTDA. e nomeia o Diretor-Fiscal.
n.º 90, de 17.12.2001	Dispõe sobre a instauração do regime de Direção Fiscal na MJA ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA. e nomeia o Diretor Fiscal.
n.º 91, de 17.12.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na RAPS - REPÚBLICA ADMINISTRADORA DE PLANOS DE SAÚDE S/A e nomeia o Diretor-Fiscal.
n.º 92, de 17.12.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA DO ABC S/C LTDA. e nomeia o Diretor-Fiscal.
n.º 93, de 17.12.2001	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na PRÓ-SAÚDE ASSISTÊNCIA MÉDICA S/C LTDA. e nomeia o Diretor-Fiscal.
n.º 94, de 17.01.2002	Dispõe sobre a instauração do Regime de Direção Fiscal na UNIMED DE SÃO PAULO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA. e nomeia o Diretor Fiscal.
n.º 95, de 05.02.2002	Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências.

Anexo 3 – REFERÊNCIAS NORMATIVAS – Outras

Leis e Decretos	Ementas
Decreto-Lei nº 73, de 21.11.66	DISPÕE SOBRE O SISTEMA NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS, REGULA AS OPERAÇÕES DE SEGUROS E RESSEGUROS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Lei n.º 6.024, de 13.03.74	DISPÕE SOBRE A INTERVENÇÃO E A LIQUIDAÇÃO EXTRAJUDICIAL DE INSTITUIÇÕES FINANCEIRAS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Lei n.º 6.435, de 15.07.77	DISPÕE SOBRE AS ENTIDADES DE PREVIDENCIA PRIVADA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Lei n.º 8.078, de 11.09.90	DISPÕE SOBRE A PROTEÇÃO DO CONSUMIDOR E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Lei n.º 9.656, de 03.06.98	DISPÕE SOBRE OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.
Medida Provisória n.º 1.665, de 04.06.98	ALTERA DISPOSITIVOS DA LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998, QUE DISPÕE SOBRE OS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Medida Provisória n.º 1.928, de 25.11.99	CRIA A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Decreto n.º 3.327, de 05.01.00	APROVA O REGULAMENTO DA AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - ANS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Medida Provisória n.º 2.064, de 21.12.00	DISPÕE SOBRE A ESPECIALIZAÇÃO DAS SOCIEDADES SEGURADORAS EM PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Lei n.º 9.961, de 28.01.00	CRIA A AGENCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR – ANS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Lei n.º 10.185, de 12.02.01	DISPÕE SOBRE A ESPECIALIZAÇÃO DAS SOCIEDADES SEGURADORAS EM PLANOS PRIVADOS DE ASSSISTENCIA A SAUDE, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Lei n.º 10.223, de 15.05.01	ALTERA A LEI NO 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998, PARA DISPOR SOBRE A OBRIGATORIEDADE DE CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA DE MAMA POR PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOS CASOS DE MUTILAÇÃO DECORRENTE DE TRATAMENTO DE CÂNCER.
Medida Provisória n.º 2.177-44, de 24.08.01	ALTERA A LEI N.º 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998, QUE DISPÕE SOBRE OS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Emenda Constitucional n.º 32, de 2001	ALTERA DISPOSITIVOS DOS ARTS. 48, 57, 61, 62, 64, 66, 84, 88 E 246 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
Decreto n.º 4.044, de 06.12.01	DÁ NOVA ORGANIZAÇÃO AO CONSELHO DE SAÚDE SUPLEMENTAR - CONSU, CRIADO PELA MEDIDA PROVISÓRIA N.º 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001.

OBSERVAÇÃO: Das medidas provisórias que alteraram a Lei n.º 9.656/98 ao longo do tempo, constam deste quadro apenas a primeira (MP n.º 1.665/98) e a última (MP n.º 2.177-44/01). Outras medidas provisórias - mencionadas no texto e não especificadas aqui - referem-se a versões intermediárias que alteraram a referida lei.

Anexo 4

LEI No 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000, alterada pela MP nº 2.097-36, de 26.01.01⁵¹

*Cria a Agência Nacional de Saúde
Suplementar – ANS e dá outras
providências.*

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Art. 2º Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.

Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Art. 4º Compete à ANS:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

⁵¹ Os arts. 4º, 20, 21 e 33 da Lei nº 9.961/00 sofreram alterações, de acordo, com a MP nº 2.177-44, de 24.08.01. Os referidos dispositivos alterados estão destacados no texto aqui apresentado.

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;

XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;

XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei no 8.884, de 11 de junho de 1994;

XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;

XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos.

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira.

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:

a) conteúdos e modelos assistenciais;

b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;

c) direção fiscal ou técnica;
d) liquidação extrajudicial;
e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
f) normas de aplicação de penalidades;
g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.

§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

§ 3º **REVOGADO.**

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.

Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.

Art. 6º A gestão da ANS será exercida pela Diretoria Colegiada, composta por até cinco Diretores, sendo um deles o seu Diretor-Presidente.

Parágrafo único. Os Diretores serão brasileiros, indicados e nomeados pelo Presidente da República após aprovação prévia pelo Senado Federal, nos termos do art. 52, III, "f", da Constituição Federal, para cumprimento de mandato de três anos, admitida uma única recondução.

Art. 7º O Diretor-Presidente da ANS será designado pelo Presidente da República, dentre os membros da Diretoria Colegiada, e investido na função por três anos, ou pelo prazo restante de seu mandato, admitida uma única recondução por três anos.

Art. 8º Após os primeiros quatro meses de exercício, os dirigentes da ANS somente perderão o mandato em virtude de:

I - condenação penal transitada em julgado;

II - condenação em processo administrativo, a ser instaurado pelo Ministro de Estado da Saúde, assegurados o contraditório e a ampla defesa;

III - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas; e

IV - descumprimento injustificado de objetivos e metas acordados no contrato de gestão de que trata o Capítulo III desta Lei.

§ 1º Instaurado processo administrativo para apuração de irregularidades, poderá o Presidente da República, por solicitação do Ministro de Estado da Saúde, no interesse da Administração, determinar o afastamento provisório do dirigente, até a conclusão.

§ 2º O afastamento de que trata o § 1º não implica prorrogação ou permanência no cargo além da data inicialmente prevista para o término do mandato.

Art. 9º Até doze meses após deixar o cargo, é vedado a ex-dirigente da ANS:

I - representar qualquer pessoa ou interesse perante a Agência, excetuando-se os interesses próprios relacionados a contrato particular de assistência à saúde suplementar, na condição de contratante ou consumidor;

II - deter participação, exercer cargo ou função em organização sujeita à regulação da ANS.

Art. 10. Compete à Diretoria Colegiada:

I - exercer a administração da ANS;

II - editar normas sobre matérias de competência da ANS;

III - aprovar o regimento interno da ANS e definir a área de atuação de cada Diretor;

IV - cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar;

V - elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades;

VI - julgar, em grau de recurso, as decisões dos Diretores, mediante provocação dos interessados;

VII - encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes.

§ 1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes.

§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa.

§ 3º O recurso a que se refere o § 2º terá efeito suspensivo, salvo quando a matéria que lhe constituir o objeto envolver risco à saúde dos consumidores.

Art. 11. Compete ao Diretor-Presidente:

I - representar legalmente a ANS;

II - presidir as reuniões da Diretoria Colegiada;

III - cumprir e fazer cumprir as decisões da Diretoria Colegiada;

IV - decidir nas questões de urgência *ad referendum* da Diretoria Colegiada;

V - decidir, em caso de empate, nas deliberações da Diretoria Colegiada;

VI - nomear ou exonerar servidores, provendo os cargos efetivos, em comissão e funções de confiança, e exercer o poder disciplinar, nos termos da legislação em vigor;

VII - encaminhar ao Ministério da Saúde e ao Consu os relatórios periódicos elaborados pela Diretoria Colegiada;

VIII - assinar contratos e convênios, ordenar despesas e praticar os atos de gestão necessários ao alcance dos objetivos da ANS.

Art. 12. São criados os cargos em comissão de Natureza Especial, do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e os Cargos Comissionados de Saúde Suplementar - CCSS, com a finalidade de integrar a estrutura da ANS, relacionados no Anexo I desta Lei.

§ 1º Os cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS serão exercidos, preferencialmente, por integrantes do quadro de pessoal da autarquia.

§ 2º Do total de CCSS, no mínimo noventa por cento são de ocupação exclusiva de empregados do quadro efetivo, cabendo à Diretoria Colegiada dispor sobre o provimento dos dez por cento restantes.

§ 3º Enquanto não estiverem completamente preenchidas as vagas do quadro de pessoal efetivo da ANS, os cargos de que trata o *caput* poderão ser ocupados por pessoal requisitado de outros órgãos e entidades da administração pública, devendo essa ocupação ser reduzida no prazo máximo de cinco anos.

§ 4º O servidor ou empregado investido em CCSS perceberá os vencimentos do cargo efetivo, acrescidos do valor do cargo comissionado para o qual tiver sido designado.

§ 5º Cabe à Diretoria Colegiada dispor sobre a realocação dos quantitativos e distribuição dos CCSS dentro de sua estrutura organizacional, observados os níveis hierárquicos, os valores de retribuição correspondentes e o respectivo custo global estabelecidos no Anexo I.

§ 6º A designação para CCSS é inacumulável com a designação ou nomeação para qualquer outra forma de comissionamento, cessando o seu pagamento durante as situações de afastamento do servidor, inclusive aquelas consideradas de efetivo exercício, ressalvados os períodos a que se referem os incisos I, IV, VI e VIII do art. 102 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, com as alterações da Lei nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997.

Art. 13. A Câmara de Saúde Suplementar será integrada:

I - pelo Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;

II - por um diretor da ANS, na qualidade de Secretário;

III - por um representante de cada Ministério a seguir indicado:

- a) da Fazenda;
- b) da Previdência e Assistência Social;
- c) do Trabalho e Emprego;
- d) da Justiça;
- e) da Saúde;

IV - por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicados:

- a) Conselho Nacional de Saúde;
- b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;
- c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
- d) Conselho Federal de Medicina;
- e) Conselho Federal de Odontologia;
- f) Conselho Federal de Enfermagem;
- g) Federação Brasileira de Hospitais;
- h) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;

- i) Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas;
- j) Confederação Nacional da Indústria;
- l) Confederação Nacional do Comércio;
- m) Central Única dos Trabalhadores;
- n) Força Sindical;
- o) Social Democracia Sindical;
- p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;**
- q) Associação Médica Brasileira;**

V - por um representante de cada entidade a seguir indicada:

- a) do segmento de autogestão de assistência à saúde;**
- b) das empresas de medicina de grupo;**
- c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;**
- d) das empresas de odontologia de grupo;**
- e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;**

VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas:

- a) de defesa do consumidor;**
- b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;**
- c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.**

§ 1º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS.

§ 2º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar.

CAPÍTULO III

DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 14. A administração da ANS será regida por um contrato de gestão, negociado entre seu Diretor-Presidente e o Ministro de Estado da Saúde e aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar, no prazo máximo de cento e vinte dias seguintes à designação do Diretor-Presidente da autarquia.

Parágrafo único. O contrato de gestão estabelecerá os parâmetros para a administração interna da ANS, bem assim os indicadores que permitam avaliar, objetivamente, a sua atuação administrativa e o seu desempenho.

Art. 15. O descumprimento injustificado do contrato de gestão implicará a dispensa do Diretor-Presidente, pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministro de Estado da Saúde.

CAPÍTULO IV

DO PATRIMÔNIO, DAS RECEITAS E DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 16. Constituem patrimônio da ANS os bens e direitos de sua propriedade, os que lhe forem conferidos ou os que venha a adquirir ou incorporar.

Art. 17. Constituem receitas da ANS:

I - o produto resultante da arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar de que trata o art. 18;

II - a retribuição por serviços de quaisquer natureza prestados a terceiros;

III - o produto da arrecadação das multas resultantes das suas ações fiscalizadoras;

IV - o produto da execução da sua dívida ativa;

V - as dotações consignadas no Orçamento-Geral da União, créditos especiais, créditos adicionais, transferências e repasses que lhe forem conferidos;

VI - os recursos provenientes de convênios, acordos ou contratos celebrados com entidades ou organismos nacionais e internacionais;

VII - as doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados;

VIII - os valores apurados na venda ou aluguel de bens móveis e imóveis de sua propriedade;

IX - o produto da venda de publicações, material técnico, dados e informações;

X - os valores apurados em aplicações no mercado financeiro das receitas previstas neste artigo, na forma definida pelo Poder Executivo;

XI - quaisquer outras receitas não especificadas nos incisos I a X deste artigo.

Parágrafo único. Os recursos previstos nos incisos I a IV e VI a XI deste artigo serão creditados diretamente à ANS, na forma definida pelo Poder Executivo.

Art. 18. É instituída a Taxa de Saúde Suplementar, cujo fato gerador é o exercício pela ANS do poder de polícia que lhe é legalmente atribuído.

Art. 19. São sujeitos passivos da Taxa de Saúde Suplementar as pessoas jurídicas, condomínios ou consórcios constituídos sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que operem produto, serviço ou contrato com a finalidade de garantir a assistência à saúde visando a assistência médica, hospitalar ou odontológica.

Art. 20. A Taxa de Saúde Suplementar será devida:

I - por plano de assistência à saúde, e seu valor será o produto da multiplicação de R\$ 2,00 (dois reais) pelo número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano, de acordo com as Tabelas I e II do Anexo II desta Lei;

II - por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária, conforme os valores constantes da Tabela que constitui o Anexo III desta Lei.

§ 1º Para fins do cálculo do número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I deste artigo, não serão incluídos os maiores de sessenta anos.

§ 2º Para fins do inciso I deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida anualmente e recolhida até o último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho, setembro e dezembro e de acordo com o disposto no regulamento da ANS.

§ 3º Para fins do inciso II deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida quando da protocolização do requerimento e de acordo com o regulamento da ANS.

§ 4º Para fins do inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes ao produto ou à operadora que não produzam consequências para o consumidor ou o mercado de saúde suplementar, conforme disposto em resolução da Diretoria Colegiada da ANS, poderão fazer jus a isenção ou redução da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.

§ 5º Até 31 de dezembro de 2000, os valores estabelecidos no Anexo III desta Lei sofrerão um desconto de 50% (cinquenta por cento).

§ 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.

§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinquenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.

§ 8º As operadoras com número de usuários inferior a vinte mil poderão optar pelo recolhimento em parcela única no mês de março, fazendo jus a um desconto de cinco por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, além dos descontos previstos nos §§ 6º e 7º, conforme dispuser a ANS.

§ 9º Os valores constantes do Anexo III desta Lei ficam reduzidos em cinquenta por cento, no caso das empresas com número de usuários inferior a vinte mil.

§ 10. Para fins do disposto no inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes a produtos ou a operadoras, até edição da norma correspondente aos seus registros definitivos, conforme o disposto na Lei no 9.656, de 1998, ficam isentos da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.

§ 11. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, nos casos de alienação compulsória de carteira, as operadoras de planos privados de assistência à saúde adquirentes ficam isentas de pagamento da respectiva Taxa de Saúde Suplementar, relativa aos beneficiários integrantes daquela carteira, pelo prazo de cinco anos."

Art. 21. A Taxa de Saúde Suplementar não recolhida nos prazos fixados será cobrada com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora, na via administrativa ou judicial, contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de 1% a.m. (um por cento ao mês) ou fração de mês;

II - multa de mora de 10% (dez por cento).

§ 1º Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.

§ 2º Além dos acréscimos previstos nos incisos I e II deste artigo, o não recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar implicará a perda dos descontos previstos nesta Lei .

Art. 22. A Taxa de Saúde Suplementar será devida a partir de 1º de janeiro de 2000.

Art. 23. A Taxa de Saúde Suplementar será recolhida em conta vinculada à ANS.

Art. 24. Os valores cuja cobrança seja atribuída por lei à ANS e apurados administrativamente, não recolhidos no prazo estipulado, serão inscritos em dívida ativa da própria ANS e servirão de título executivo para cobrança judicial na forma da lei.

Art. 25. A execução fiscal da dívida ativa será promovida pela Procuradoria da ANS.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 26. A ANS poderá contratar especialistas para a execução de trabalhos nas áreas técnica, científica, administrativa, econômica e jurídica, por projetos ou prazos limitados, observada a legislação em vigor.

Art. 27. A ANS poderá requisitar, com ônus e para ocupação de cargos comissionados, servidores e empregados de órgãos e entidades integrantes da Administração Pública Federal.

Parágrafo único. Durante os primeiros trinta e seis meses subsequentes à sua instalação, a ANS poderá:

I - requisitar servidores e empregados de órgãos e entidades públicos, independentemente da função ou atividade a ser exercida;

II - complementar a remuneração do servidor ou empregado requisitado, até o limite da remuneração do cargo efetivo ou emprego ocupado no órgão ou na entidade de origem, quando a requisição implicar redução dessa remuneração.

Art. 28. Nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, é a ANS autorizada a efetuar contratação temporária por prazo não excedente a trinta e seis meses, a contar de sua instalação.

§ 1º Para os fins do disposto no *caput* deste artigo, são consideradas necessidades temporárias de excepcional interesse público as atividades relativas à implementação, ao acompanhamento e à avaliação de atividades, projetos e programas de caráter finalístico na área de regulação da saúde suplementar, suporte administrativo e jurídico imprescindíveis à implantação da ANS.

§ 2º A contratação de pessoal temporário poderá ser efetivada à vista de notória capacidade técnica ou científica do profissional, mediante análise do *curriculum vitae*.

§ 3º As contratações temporárias serão feitas por tempo determinado e observado o prazo máximo de doze meses, podendo ser prorrogadas desde que sua duração não ultrapasse o termo final da autorização de que trata o *caput*.

§ 4º A remuneração do pessoal contratado temporariamente terá como referência valores definidos em ato conjunto da ANS e do órgão central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - Sipec.

§ 5º Aplica-se ao pessoal contratado temporariamente pela ANS o disposto nos arts. 5º e 6º, no parágrafo único do art. 7º, nos arts. 8º, 9º, 10, 11, 12 e 16 da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993.

Art. 29. É vedado à ANS requisitar pessoal com vínculo empregatício ou contratual junto a entidades sujeitas à sua ação reguladora, bem assim os respectivos responsáveis, ressalva-

da a participação em comissões de trabalho criadas com fim específico, duração determinada e não integrantes da sua estrutura organizacional.

Parágrafo único. Excetuam-se da vedação prevista neste artigo os empregados de empresas públicas e sociedades de economia mista que mantenham sistema de assistência à saúde na modalidade de autogestão.

Art. 30. Durante o prazo máximo de cinco anos, contado da data de instalação da ANS, o exercício da fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde poderá ser realizado por contratado, servidor ou empregado requisitado ou pertencente ao Quadro da Agência ou do Ministério da Saúde, mediante designação da Diretoria Colegiada, conforme dispuser o regulamento.

Art. 31. Na primeira gestão da ANS, visando implementar a transição para o sistema de mandatos não coincidentes, as nomeações observarão os seguintes critérios:

I - três diretores serão nomeados pelo Presidente da República, por indicação do Ministro de Estado da Saúde;

II - dois diretores serão nomeados na forma do parágrafo único do art. 6º desta Lei.

§ 1º Dos três diretores referidos no inciso I deste artigo, dois serão nomeados para mandato de quatro anos e um, para mandato de três anos.

§ 2º Dos dois diretores referidos no inciso II deste artigo, um será nomeado para mandato de quatro anos e o outro, para mandato de três anos.

Art. 32. É o Poder Executivo autorizado a:

I - transferir para a ANS o acervo técnico e patrimonial, as obrigações, os direitos e as receitas do Ministério da Saúde e de seus órgãos, necessários ao desempenho de suas funções;

II - remanejar, transferir ou utilizar os saldos orçamentários do Ministério da Saúde e do Fundo Nacional de Saúde para atender as despesas de estruturação e manutenção da ANS, utilizando como recursos as dotações orçamentárias destinadas às atividades finalísticas e administrativas, observados os mesmos subprojetos, subatividades e grupos de despesas previstos na Lei Orçamentária em vigor;

III - sub-rogar contratos ou parcelas destes relativos à manutenção, instalação e funcionamento da ANS.

Parágrafo único. Até que se conclua a instalação da ANS, são o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde incumbidos de assegurar o suporte administrativo e financeiro necessário ao funcionamento da Agência.

Art. 33. A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde.

§ 1º A remuneração do diretor técnico, do diretor fiscal ou do liquidante deverá ser suportada pela operadora ou pela massa.

§ 2º Se a operadora ou a massa não dispuserem de recursos para custear a remuneração de que trata este artigo, a ANS poderá, excepcionalmente, promover este pagamento, em valor equivalente à do cargo em comissão de Gerência Executiva,

nível III, símbolo CGE-III, ressarcindo-se dos valores despendidos com juros e correção monetária junto à operadora ou à massa, conforme o caso.

Art. 34. Aplica-se à ANS o disposto nos arts. 54 a 58 da Lei nº 9.472, de 16 de julho de 1997.

Art. 35. Aplica-se à ANS o disposto no art. 24, parágrafo único, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, alterado pela Lei 9.648, de 27 de maio de 1998.

Art. 36. São estendidas à ANS, após a assinatura e enquanto estiver vigendo o contrato de gestão, as prerrogativas e flexibilidades de gestão previstas em lei, regulamentos e atos normativos para as Agências Executivas.

Art. 37. Até a efetiva implementação da ANS, a Taxa de Saúde Suplementar instituída por esta Lei poderá ser recolhida ao Fundo Nacional de Saúde, a critério da Diretoria Colegiada.

Art. 38. A Advocacia-Geral da União e o Ministério da Saúde, por intermédio de sua Consultoria Jurídica, mediante comissão conjunta, promoverão, no prazo de cento e oitenta dias, levantamento dos processos judiciais em curso, envolvendo matéria cuja competência tenha sido transferida à ANS, a qual substituirá a União nos respectivos processos.

§ 1º A substituição a que se refere o *caput*, naqueles processos judiciais, será requerida mediante petição subscrita pela Advocacia-Geral da União, dirigida ao Juízo ou Tribunal competente, requerendo a intimação da Procuradoria da ANS para assumir o feito.

§ 2º Enquanto não operada a substituição na forma do § 1º, a Advocacia-Geral da União permanecerá no feito, praticando todos os atos processuais necessários.

Art. 39. O disposto nesta Lei aplica-se, no que couber, aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, bem assim às suas operadoras.

Art. 40. O Poder Executivo, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, enviará projeto de lei tratando da matéria objeto da presente Lei, inclusive da estrutura física e do funcionamento da ANS.

Art. 41. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de janeiro de 2000; 179º da Independência e 112º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Serra

ANEXOS

AS AGÊNCIAS DE REGULAÇÃO INDEPENDENTES⁵²

Nilson do Rosário Costa *
José Mendes Ribeiro * *
Pedro Luís Barros Silva * * *
Marcos André de Melo * * * *

No Brasil, os setores de telecomunicações, petróleo e energia elétrica foram, recentemente, objeto de reformas patrimoniais do governo federal e dos governos estaduais. Em virtude dessas reformas, definiu-se um novo regime de regulação, segundo idéias e instituições experimentadas internacionalmente.

O desenho dessas agências de regulação e o comportamento desses setores oferecem subsídios para o modelo das agências vinculadas ao setor saúde, e ao segmento da indústria farmacêutica.

Concentrou-se no setor de telecomunicações o maior volume de inovação organizacional e de aprendizado técnico sobre a regulação. Quanto à inovação, destaca-se o papel das empresas de consultoria, onipresentes nos processos nacionais de modelagem das agências reguladoras desse setor (Saint-Martin, 1998).

Nas telecomunicações a mudança da base tecnológica limitou a efetividade de algumas formas de regulação. Na maioria dos países, o setor de telecomunicação foi, ao longo da história, dominado por um monopólio, público ou privado, sobre os serviços locais e de longa distância, e sobre o controle da provisão de aparelhos e outros equipamentos. Em todos os países, em síntese, o regime da telecomunicação seguia alguns princípios gerais. O operador, por exemplo, deveria ser um monopólio, em razão das telecomunicações serem um “monopólio natural”. Assim, a economia de escala seria tão grande que um único operador poderia ser mais eficiente do que dois ou mais competidores. E o governo, seja como regulador ou como operador direto, poderia garantir que o setor de telecomunicação servisse para a definição ampla de interesse público; o sistema de telecomunicação deveria ser integrado em um sistema único, verticalizado, para se assegurarem padrões técnicos uniformes e para se garantir que qualquer telefone pudesse ser conectado a outro.

⁵² Este texto é parte do artigo “O desenho institucional da reforma regulatória: O modelo da agência independente; A bibliografia é a do artigo original.

* Departamento de Planejamento da ENSP/FIOCRUZ
* * Departamento de Planejamento da ENSP/FIOCRUZ
* * * Instituto de Economia/UNICAMP
* * * * Departamento de Ciências Políticas/UFPe

O modelo de regulação por agência, adotado no Brasil, teve como modelo explícito as soluções internacionais.

A primeira agência de regulação criada no Brasil foi a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), ainda através da Lei 9427 de 26 de dezembro de 1996. A Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) foi criada através da Lei 9.472, de 16 de julho de 1997, começou a funcionar como autarquia especial vinculada ao Ministério das Comunicações, com funções de órgão regulador das telecomunicações, com base no decreto 2338, de 7 de outubro de 1997.

Nos quadros adiante, compostos a partir da análise dos elementos principais da extensa legislação do setor, apresentamos as características das agências de regulação criadas nos últimos anos nos setores elétrico, energético e da Agência Nacional de Vigilância à Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde (2); estas agências detêm o monopólio das atividades consideradas essenciais e exclusivas de Estado.

QUADRO 1: DESENHO ORGANIZACIONAL E REGIME LEGAL DAS AGÊNCIAS REGULADORAS - 1996-2000, BRASIL.

	Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL)	Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL)	Agência Nacional de Petróleo (ANP)	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
Lei	Lei 9.427, 26 de dezembro de 1996.	Lei 9.472, 16 de julho de 1997.	Lei 9.478, 6 de agosto de 1997	Lei 9.782, 26 de janeiro de 1999
Implantação	Decreto 2.335, 6 de outubro de 1997	Decreto 2.338, 7 de outubro de 1997	Decreto 2.455, 14 de janeiro de 1998	Lei 9.782, 26 de janeiro de 1999
Regime *	Autarquia sob regime especial.	Autarquia sob regime especial.	Autarquia sob regime especial.	Autarquia sob regime especial.
Objetivos	Regular o setor de energia elétrica, conforme políticas e diretrizes do governo federal.	Regular o setor e desenvolver políticas nos termos da Lei Geral de Telecomunicações.	Regular o setor de petróleo e desenvolver a política nacional de petróleo.	Regular a produção, comercialização e distribuição de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária.
Diretoria	Colegiada Diretor-Geral e quatro Diretores Ouvidor 25 Superintendências	Colegiada Diretor-Geral e quatro Diretores Ouvidoria Procuradoria-Geral Corregedoria 5 Superintendências Comitês	Colegiada Diretor-Geral e quatro Diretores Procuradoria-Geral Superintendências	Colegiada Diretoria de 5 membros, com um Diretor-Presidente
Grau de isolamento	Proibição de vínculo a agentes, ou órgãos, representativos do setor; mandatos não-coincidentes de 4 anos; exoneração imotivada de Diretor só é permitida nos quatro meses iniciais do mandato; quarentena de 12 meses.	Mandato de 5 anos, vedada a recondução; proibida exoneração imotivada; proibição de vínculo a agentes ou órgãos representativos do setor e de exercício profissional, salvo como professor universitário; quarentena de 12 meses.	Proibição de vínculo a agentes ou órgãos representativos do setor nos 12 meses anteriores; mandato de 4 anos, não-coincidentes, permitida a recondução; quarentena de 12 meses	Mandato de 3 anos, admitida uma recondução; exoneração imotivada apenas nos 4 meses iniciais; proibição de vínculo a agentes ou órgãos representativos do setor, salvo atividades em entidades públicas de ensino e pesquisa; quarentena de 12 meses.
Nomeação	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 .
Receitas	OGU; Taxas de fiscalização; multas e outras	Receitas do FISTEL; OGU; multas; e outras	OGU; participações por implementação da legislação; multas; e outras	OGU; Taxa de fiscalização sanitária; multas; e outras

* A autarquia sob regime especial, parte da administração pública indireta, caracteriza-se pela independência administrativa, pela estabilidade dos dirigentes, pela autonomia financeira e pela ausência de subordinação hierárquica.

Fonte: Leis Federais.

QUADRO 2: PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS AGÊNCIAS REGULADORAS: 1996-2000, BRASIL.

	Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL)	Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL)	Agência Nacional de Petróleo (ANP)	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
Contrato de Gestão	Sim.	Não.	Não.	Sim.
Presença da sociedade	Ouvidoria na Diretoria Mercado atacadista de Energia Operador Nacional do Sistema Conselhos de consumidores Consumidores livres	Ouvidoria independente Conselho Consultivo na estrutura da agência Interação com o CADE	Ouvidoria	Conselho Nacional de Saúde, fora da estrutura da agência
Ministério vinculado	Ministério das Minas e Energia	Ministério das Comunicações	Ministério das Minas e Energia	Ministério da Saúde

Fonte: Leis Federais

QUADRO 3: CARACTERÍSTICAS DOS SETORES SOB REGULAÇÃO

	Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL)	Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL)	Agência Nacional de Petróleo (ANP)	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
Foco da regulação	Mercados	Mercados	Entes públicos e mercados	Entes públicos e mercados
Presença de monopólios	Transmissão e distribuição de energia	Não	Monopólio estatal verticalmente integrado, com previsão de concessões	Não
Competitividade do Setor	Geração e distribuição de energia	Assimetrias reguladoras para facilitar novas empresas entrantes	Restrita às concessões de blocos de exploração e à pesquisa de jazidas. Varejo de combustíveis e a distribuição de combustíveis são as áreas de maior competitividade	Mercados competitivos incluem medicamentos (produção e distribuição), cosméticos e alimentos.
Vinculação às reformas patrimoniais	Alta	Alta	Alta	Baixa

Fonte: elaboração própria

QUADRO 4: QUADRO DE PESSOAL , POR AGÊNCIA

	ANATEL	ANEEL	ANP	ANVS	ANS
Ativos permanentes	8	23	-	-	-
Requisitados	320	73	100	102	1
Cargos comissionados	16	17	55	18	6
Cedidos	2	-	-	-	-
Contratos temporários	367	142	114	-	-
Requisitados de outros órgãos	560	11	11	1	1
Natureza especial	-	-	-	-	1
Exer descent carreira	-	-	-	-	7
Total	955	266	280	121	16

Fonte: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, fevereiro de 2000

A análise da legislação a reger as agências de regulação mostra convergência entre setores muito diferenciados. Primeiramente, a legislação é recente, pois cobre o período de dezembro de 1996 a janeiro de 1999. As primeiras agências nasceram a partir de 1996 e se reproduziu o modelo da ANATEL e da ANEEL para as demais agências. A composição do corpo técnico-administrativo de cada agência revela ter a ANATEL o maior volume de pessoal. As outras agências possuem um quadro quase limitado ao número de cargos comissionados, definidos nos decretos que as implantaram (Quadro 10). A ANS, criada em dezembro de 1999 mostra quadro reduzido, embora seja vertical a atuação de consultores, fiscais e pessoal cedido, ou próprio, do Ministério da Saúde, a trabalhar no Departamento de Saúde Suplementar (MS/DESAS). As dimensões adequadas do quadro de pessoal das agências não são claras, ainda mais se considerarmos o objetivo de não se criar uma burocracia hipertrofiada.

O desenho dos novos entes reguladores seguiu um conjunto de recomendações, resumidas, por Nunes (1999), em; (i) autonomia de decisão; (ii) ampla divulgação de decisões e procedimentos; (iii) celeridade nas relações com os consumidores e agentes econômicos; (iv) inclusão dos interessados em audiências públicas; e (v) limitação da ação estatal na provisão de serviços públicos. As evidências indicam que o conjunto das recomendações acima foi seguido, especialmente na ANATEL e na ANEEL, e na modelagem da ANS.

Um aspecto relevante está na adoção do modelo autárquico especial, e a autonomia daí decorrente, que repercute no grau de isolamento dos diretores nomeados. Embora as durações dos mandatos variem, assim como a possibilidade de recondução, existem cláusulas de estabilidade nas funções, regulamentos destinados a isolar as relações entre os diretores e agentes econômicos e atores políticos, no setor. Este grau de isolamento mostra-se marcante quando comparado com as amplas funções, desempenhadas pelas agências. Com exceção da ANVISA, onde está explícita a exoneração do Diretor-Presidente, no caso de descumprimento do contrato de gestão com o Ministério da Saúde, não está plenamente estabelecido o grau de controle do executivo e do legislativo sobre estes organismos; a ANATEL e a ANEEL, por sua vez, apresentam uma interface larga com a sociedade.

Em virtude do caráter recente deste ordenamento, não existem estudos sobre o seu desempenho, nem sobre o andamento do contrato de gestão estabelecido para a ANEEL e a ANVISA. De modo geral, as agências possuem competências extensas para intervir sobre o mercado, fixar parâmetros, fiscalizar o comportamento dos agentes e estabelecer normas

para maior competitividade nos setores onde a privatização foi mais acelerada, como nas telecomunicações e energia elétrica.

Com exceção da ANVISA, as demais agências incentivam muito a competitividade nos setores regulados e a desconcentração de capitais. Assim, são fiéis à orientação segundo a qual os mercados promovem maiores ganhos sociais na medida em que seus participantes são mais numerosos.

APRENDIZADO DO NOVO REGIME REGULADOR NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada através de Medida Provisória nº. 2.012-2, de 30 de dezembro de 1999. Encontra-se, assim, em fase de implantação. E adiante tecemos algumas considerações extraídas das experiências, aqui analisadas das agências reguladoras de serviços públicos, e da primeira agência atuante no setor de saúde, a ANVISA.

A matriz da ANS segue o modelo daquelas dos serviços de utilidade pública. No quadro a seguir, podem ser constatadas semelhanças entre a ANS e as demais agências de regulação, nascidas do processo de privatização dos monopólios naturais.

QUADRO 5: DESENHO ORGANIZACIONAL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).

Lei	9.656 de 3 de junho de 1998
Implantação	Medida Provisória no. 2.012-2, de 30 de dezembro de 1999
Regime *	Autarquia especial
Objetivos	Regular os mercados de saúde suplementar nos termos da Lei 9.656 e propor políticas e diretrizes ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU)
Diretoria	Colegiada 5 membros, sendo um Diretor-Presidente Procuradoria Corregedoria Ouvidoria Câmara de Saúde Suplementar
Grau de isolamento	Proibição de vínculo com agentes ou órgãos representativos do setor; mandato de três anos, admitida uma única recondução; a exoneração imotivada de Diretor só é permitida nos quatro meses iniciais do mandato; quarentena de 12 meses.
Nomeação	Cabe à Presidência da República, após aprovação pelo Senado Federal
Receitas	OGU; Taxa de Saúde Suplementar; multas; e outras
Contrato de Gestão	Sim; o descumprimento injustificado de contrato implicará em exoneração do Diretor-Presidente
Presença da sociedade	A Câmara de Saúde Suplementar, de caráter consultivo e permanente, designada pelo Diretor-Presidente da ANS, assegura a presença de um amplo rol de representantes do executivo e de entidades representativas do setor saúde, do mercado setorial e do Conselho Nacional de Saúde
Ministério vinculado	Ministério da Saúde
Foco da regulação	Mercados de operadoras de planos e seguros de saúde
Presença de monopólios	Não
Competitividade do Setor	Elevada, com quatro grandes segmentos de prestadores e distribuição nacional, embora se observem concentração regional e riscos de concentração econômica
Vinculação às reformas patrimoniais	Baixa

Fonte: Leis federais; elaboração própria

Como se vê no quadro acima, a nova agência permite uma grande presença da sociedade, por comparação à ANP e à própria ANVISA, graças à Câmara de Saúde Suplementar. Assim como a ANVISA, o contrato de gestão da ANS repercute na atuação da diretoria colegiada, pois representa cláusula de exoneração. Neste sentido, ao contrário das agências voltadas aos setores de infra-estrutura, observa-se maior grau de interação da ANS com a instância supervisora, o Ministério da Saúde.

Outra peculiaridade da nova agência está nos mercados a serem regulados. No caso da infra-estrutura, a regulação se instituiu em meio a reformas destinadas a formar, ou ampliar, o grau de competitividade do mercado, em situações de monopólio natural e estatal. A ANS, por sua vez intervém em um segmento econômico com baixo índice de competitividade, e isso representa ameaça aos direitos dos consumidores e à qualidade dos serviços.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O desenvolvimento institucional da ANS requer elevados investimentos, para se corrigirem as falhas observadas no setor de seguro de saúde brasileiro. E a pouca experiência internacional de regulação de mercados pulverizados, e a acentuada assimetria de informação e baixa mobilidade de escolha dos consumidores, como se dá no Brasil, dificultam aprendizagem da regulação desse mercado.

Há, por exemplo, sérias falhas quanto ao nível de informação e entendimento do consumidor: não existe consenso sobre o que seria a conduta responsável dos planos e, com frequência só à população de baixo risco (Banco Mundial, 1995).

Essa reação ao processo de seleção adversa leva as seguradoras a oferecerem serviços à população de baixo risco e deixa as clientelas de alto risco sem cobertura, ou dependentes dos Sistema Único de Saúde. O mesmo se aplica aos segurados que sofrem de enfermidades de alto custo, ou crônicas - como as doenças mentais - a descoberto na maioria dos planos (Bahia, 1999).

A correção das falhas de mercado, e das condutas oportunistas, é legitimada pela falha das modalidades auto-reguladoras, através das quais as próprias empresas, ou associações de empresas, poderiam estabelecer padrões e acompanhar o desempenho. Na ausência dessa atividade auto-reguladora, as intervenções da agência reguladora têm sido orientadas para garantir o cumprimento dos contratos, a equidade nas condições de cobertura e alguma qualidade nos padrões de atenção.

A criação da ANS representa o princípio de estabelecimento de jurisprudência reguladora da medicina de pré-pagamento, das cooperativas médicas e dos planos de empresas. Antes, planos de seguro de saúde eram objeto da jurisdição da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados). Apesar disso, em todos os segmentos persistiram as exclusões de segurados de alto risco e de tratamentos, ou diagnósticos, onerosos.

O desenvolvimento da política governamental no mercado de seguro de saúde segue as características esperadas para as funções reguladoras. O processo de regulamentação formal tem gerado normas, padrões e sanções aos operadores de planos de saúde e seguros; essas instituições podem ser responsabilizadas pela qualidade dos contratos, pela seleção do risco e pela administração financeira, embora não possam sê-lo, claramente, pela qualidade da atenção à saúde.

Um primeiro desafio normativo para a ANS refere-se à definição precisa das suas funções reguladoras. Nos setores industriais, as agências seguiram os marcos da reforma do Estado e de formação e diversificação de mercados. A ANS, ao contrário, surgiu em função das falhas de mercado observadas na relação entre as operadoras de planos e

seguros de saúde e os consumidores. Suas funções se orientam, assim, para corrigir desequilíbrios, e exigem, ademais, uma clara definição quanto ao padrão de competitividade que se deseja para o setor. Esse objetivo está implícito nas várias iniciativas de regulamentação, formal e informal, da ANS, mas tem sido explicitado, como orientação normativa, de forma ainda incipiente para os agentes econômicos do setor, em franco contraste com a orientação ativamente pró-competição que tem sido a base da ação das demais agências da indústria de serviços de utilidade pública.

A avaliação da eficiência da ANS está diretamente associada à sua capacidade de corrigir “falhas de mercado”. A filiação à política pública reguladora pressupõe:

1 – A combinação de estratégias coercitivas e cooperativas para as empresas que atuam no setor econômico, sejam as mesmas orientadas ou não para o mercado;

2 – A aceitação de que a competição pode gerar equilíbrio nas decisões econômicas e favorecer o direito de consumidores; e que as condutas responsáveis das empresas podem trazer benefício público;

3 – O desenvolvimento de estratégias cooperativas entre as estruturas institucionais do SUS (Sistema Único de Saúde) e os segmentos da saúde supletiva, diante da atenção de alto custo e de longa duração.

4 – O acompanhamento e a avaliação das orientações redistributivas, como o ressarcimento ao SUS; essas orientações podem, no entanto, inviabilizar, na etapa inicial de desenvolvimento da política reguladora, as condutas cooperativas das operadoras, diluir o foco da atividade da agência e ameaçar os direitos, dos clientes, do setor supletivo, de utilizarem dos serviços públicos de saúde.

A experiência das agências reguladoras de primeira geração (ANATEL e ANEEL) resultaram numa orientação pelo mercado, ainda que se reservasse à instância reguladora o poder de arbitragem sobre o melhor modelo de desenvolvimento para o setor. Para isso, essas agências lançaram mão de grande experiência internacional. A regulação da saúde suplementar, porém, esbarra na falta de experiências internacionais que lhe possam servir de referência. A alternativa do “managed care”, da atuação gerenciada, oferece poucas respostas satisfatórias para esse desenho regulador (Robinson e Steiner, 1998). O arranjo organizacional de regulação da prestação de serviços de saúde pelo desenho de agência delegada, salvo erro, encontra paralelo apenas na experiência dos EUA; neste país, a regulação elegeu como principal objeto a atividade dos provedores (Hackey, 1998).

O desenho de um modelo regulador que gere eficiência, responsabilidade e qualidade na atenção suplementar à saúde é um desafio estimulante para a gestão pública.

BIBLIOGRAFIA

- BANCO MUNDIAL A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil, Washington, 1995
- WILSON, James Q. Political Organizations, New Jersey, Princeton, 1995
- ARROW, K. J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care American Economic Review (53), 1963.
- BAHIA, L. Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 1999
- ABRANCHES, Sérgio H. de (1999) Reforma Reguladora: conceitos, experiências e recomendações. Revista do Serviço Público, ano 50, no. 2, abr-jun, p. 19-49.
- ALMEIDA, Fernando Galvão de (1998) Conjuntura Econômica, jan., set., dez./.
- ARMSTRONG, Mark, COWAN, Simon & VICKERS, John, (1995) Regulatory Reform: Economic Analysis and British Experience. MIT.
- AYRES, Ian & BRAITHWAITE, John (1992) Responsive Regulation: transcending the deregulation debate Oxford: Oxford University Press.
- BAER, Werner e MACDONALD (1997) CUT Um retorno ao passado? A privatização de empresas de serviços públicos no Brasil: o caso do setor de energia elétrica. Políticas Públicas e Planejamento, Dezembro, No. 16, p. 5-38.
- BRASIL/PRESIDENTE (1995) Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, Brasília.
- CHEIBUB, Zairo, B. (1999) Reforma Administrativa e Relações Trabalhistas no Setor Público. Cadernos ENAP, 18. Brasília, ENAP, 70 p.
- COLOMBI, Júlio (2000) Diretor-Executivo da Agência Nacional de Petróleo, Entrevista aos Autores, Fevereiro..
- CONSELHO DE REFORMA DO ESTADO (1996) Construção do Marco Legal dos Entes Reguladores, Recomendação, 31 de Maio.
- GOMES, Frederico Birchal de M. & MONNERAT, Suely Barbosa (1999) A questão Reguladora nas Privatizações da Ligth e da Escelsa. Revista do BNDES, No. 11.
- HACKEY, Robert B. Rethinking Health Care Policy – The New Politics of State Regulation, Washington , Georgetown University Press, 1998.
- HUSENMAN, Samuel & SULLÀ, Emili. (199) Relações Organizacionais no Serviço Catalão de Saúde. Cadernos ENAP, 13, pp. 7-49.
- LANE, Jan-Erik (ed.) (1997) Public Sector Reform: rationale, trends and problems. London: Sage.

- MAJONE, G. (1996) *Regulating Europe*, London Routledge.
- MOREIRA, Maurício Mesquita & NAJBERG, Sheila. (1997) *Abertura comercial e indústria: criando ou exportando empregos*. Rio de Janeiro: BNDES, out. (Texto para Discussão, 59)
- NELSON, Joan M. (1992) *Poverty, Equity, and the Politics of Adjustment*. In *The Politics of Economic Adjustment*. (Haggard, S. and Kaufman, R.) New Jersey, Princeton, University Press.
- NUNES, Edson (1999) *Reforma Administrativa, Reforma Reguladora: A nova face da relação Estado-economia no Brasil*. Mimeo..
- NUNES, Edson. (1997) *A Gramática Política do Brasil: Clientelismo e Isolamento Burocrático*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar..
- PINHEIRO, Armando Castelar. (1996) Impactos microeconômicos da privatização no Brasil, *Pesquisa e Planejamento Econômico*, v. 26, n.3, dez., p. 357-398..
- PIRES, José Cláudio Linhares (1999). A reestruturação do setor de telecomunicações no Brasil. *Revista do BNDES*, no. 11, junho, p. 1-34.
- ROBINSON, R & STEINER, A. (1998) *Managed Health Care – State of Health*, London, Open University Press.
- SAINT-MARTIN, Dennis (1998) *The New Managerialism and the Policy Influence of Consultants in Government: a Historical-Institutional analysis of Britain, Canada and France*, Governance, vol. 11, July.
- SILBERMAN, Bernard S. (1993) *Cages of Reason: the rise of the rational state in France, Japan, the United States, and Great Britain*. The University of Chicago Press.
- STALLINGS, Barbara (1992) *International Influence on Economic Policy: Debt, Stabilisation, and Structural Reform*. In *The Politics of Economic Adjustment*. (Haggard, S. and Kaufman, R.) New Jersey, Princeton, University Press.
- VOGEL, Steven (1996) *Freer Markets, More Rules – Regulatory Reform in Advanced Industrial Countries*. Ithaca, Cornell University Press.

EM BUSCA DE UM SISTEMA DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR*

Anna Maria Campos**

Dércio Santiago Jr.***

Introdução

Sistemas de avaliação e controle são instrumentos fundamentais para o aperfeiçoamento dos processos de decisão e gestão. No mundo contemporâneo, a criação de agências reguladoras tem decorrido da tendência do Estado de esvaziamento da função de execução e de crescimento da importância da coordenação; enquanto no Estado Executor o poder advinha do dispêndio direto de recursos orçamentários, no Estado Regulador advém da capacidade de criar e impor regras (regulação) e da capacidade de oferecer incentivos (fomento).

No terreno da regulação, as ações visam assegurar que as atividades desempenhadas por agentes do mercado consigam sustentar-se econômica e socialmente. Mas não se orientem apenas pela auto-sustentabilidade financeira, pela lógica do desenvolvimento e do retorno, como seria próprio a agentes privados a atuarem, livremente, no mercado (Carrol, 1993). Por um lado, a criação de agências reguladoras reflete o consenso de não serem as forças de mercado, por si mesmas capazes dar a melhor destinação aos recursos da sociedade, em determinados campos; por outro, há grande desconfiança quanto ao valor que a ação reguladora do governo possa vir a ter.

No caso da saúde, há consenso em torno da necessidade de fazer-se presente o poder público. No entanto, são grandes as preocupações com a possível manipulação da agência de regulação por interesses políticos e partidários, e outros, pouco comprometidos com a melhoria da oferta dos serviços. A adoção de formas diversas de avaliação e de prestação de contas, à sociedade, dos efeitos da ação reguladora constituiria caminho possível para enfrentar tal dilema.

Dois caminhos paralelos podem ser tomados na avaliação de uma agência reguladora: estimar seu impacto sobre os interesses dos diversos segmentos sociais e sobre os custos e benefícios socializados indiscriminadamente; e avaliar sua eficiência relativamente a outros organismos de propósito semelhante. A experiência nos países de longa tradição na regulação permite afirmar que o uso de mecanismos de avaliação e, especialmente, a divulgação de resultados dessa avaliação, são imprescindíveis ao aperfeiçoamento de dispositivos e práticas reguladoras.

* Este texto é baseado na nota técnica "Bases para o Desenvolvimento de um Sistema para Controle e Avaliação da Agência Nacional de Saúde Suplementar", elaborado, sob os auspícios da UNESCO, por Anna Maria Campos, Célia Regina Pierantoni, Dércio Santiago Jr e Jorge Costa Avila.

** Professora Adjunta do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

*** Doutorando do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Este trabalho tem como proposta subsidiar a construção de um sistema que permita o aperfeiçoamento, e o maior controle social, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Delineiam-se possíveis caminhos para que a avaliação não se constranja à visão burocrática, mas venha a ser instrumento para se aperfeiçoar a ação reguladora. Propomos, ainda indicadores para avaliação da Agência.

É convicção dos autores que a tarefa de avaliação constitui uma aprendizagem, ou seja, que o aperfeiçoamento do sistema decorre da capacidade de aprender com a própria experiência de regulação.

O trabalho se desenvolve em três partes. Na primeira, procura-se caracterizar a natureza do campo regulado, segundo quatro dimensões consideradas relevantes para o desenvolvimento do sistema de avaliação, controle e prestação de contas (*accountability*). Na segunda, são apresentados, e discutidos, procedimentos voltados para o controle e aperfeiçoamento da ação reguladora, com o uso de técnicas baseadas em indicadores e na participação dos públicos interessados; são apontadas, ainda, as limitações, e as possibilidades de aplicação, dessas técnicas, a agências reguladoras em geral, e à ANS em particular. Na terceira parte sugere-se o desenvolvimento de indicadores de impacto, segundo as categorias *cobertura*, *preço*, *investimento* e *morbidade*. Na conclusão, destaca-se o desafio de aprendizagem da ANS em sua trajetória de aperfeiçoar o processo de regulação através da avaliação de seu próprio desempenho. Finalmente, alinham-se as referências bibliográficas que nortearam o desenvolvimento do trabalho.

1 - Considerações sobre a natureza do campo a regular

Nesta seção, a escolha de procedimentos relacionados à avaliação da Agência e ao controle social da mesma.

Além de ser inexpressiva a experiência brasileira de regulação, também a prática de avaliação do impacto social da ação reguladora é pouco desenvolvida.

Visto que no Brasil o investimento privado é essencial e precisa ser orientado de modo a contribuir para tornar universal o atendimento, a primeira consideração diz respeito ao equilíbrio entre regulação e fomento; assim, é imperioso garantir que as ofertas pública e privada dos serviços se completem, e que os dispositivos reguladores não venham a conter a ampliação do investimento privado, suplementar.

A segunda consideração diz respeito a estarem a natureza e a qualidade da regulação associadas à qualidade dos fluxos de informação no interior da Agência e aos interesses que a Agência conseguir representar. Dada a divergência e a diversidade de interesses em disputa nessa arena, e o desequilíbrio de poder entre os mesmos, é sempre possível a Agência vir a ser controlada por alguns desses grupos; e existirem até mesmo grupos interessados no esvaziamento da Agência.

Tendo-se em conta a relevância da assistência à saúde para a sociedade, a Agência Nacional de Saúde Suplementar vê-se diante do desafio de compensar a representação insuficiente de interesses pouco organizados. Pois o alinhamento das decisões da instituição

reguladora com o interesse público não será alcançado sem a participação, a mais ampla possível, de todos os interesses.

Não podemos esquecer que os próprios objetivos da Agência estarão em permanente (re)definição em resposta ao jogo de interesses sobre os quais a ação reguladora intervirá e essa é uma dificuldade comum a qualquer sistema de avaliação.

A terceira consideração concerne às tensões entre as perspectivas técnica e política da avaliação, às quais se relacionam, respectivamente, dimensões de complexidade e de visibilidade. Aqui, não podemos esquecer que a ANS atua em terreno de equilíbrio instável, pois é complexa a natureza do objeto sob sua regulação e o impacto de suas ações é muito visível.

É possível esperar um empenho das forças políticas para reduzir a complexidade, e dos técnicos e dirigentes da Agência para aumentar a mesma. Quanto à visibilidade, pode-se antecipar que se a ANS perceber como muito alto o risco de manipulação pelos políticos, tentará diminuir a exposição deliberada, o que pode pôr em risco a prestação de contas. Por outro lado, tanto a complexidade como a visibilidade não decorrem inteiramente da natureza do campo sob regulação. Pois dependem, também, da forma como se configuram a missão e o processo de tomada de decisões, da Agência, e da forma de comunicação da Agência com a sociedade.

A quarta consideração se refere à disponibilidade e à aplicação dos recursos. A criação de agências reguladoras sempre gera desconfiança quanto ao valor que a regulação possa vir a agregar. Os diferentes interessados têm sua visão quanto aos custos e benefícios da regulação. Assim, é fundamental a Agência dispor de autonomia financeira. E ser capaz, também, de alcançar, ou produzir, a informação de que necessita; de evitar, ou diminuir, a influência dos públicos a que a regulação diz respeito, de processar a informação eficientemente e de divulgá-la eficazmente.

Todos esses processos podem ser desvirtuados por ingerências políticas indevidas. O antídoto, mais uma vez, parece ser a maior inclusão, nos processos de avaliação, de diferentes públicos interessados. A natureza e a qualidade da regulação estariam, assim, associadas à qualidade dos fluxos de informação e dos interesses que a agência conseguisse representar.

2 - Procedimentos para avaliação e controle

Espera-se que sistemas e procedimentos de avaliação e controle orientem o processo de formulação e revisão das políticas e ações reguladoras. Para isto, as práticas de avaliação precisam estar "enraizadas" no processos de tomada de decisão das agências.

Para se incorporar a informação ao processo de decisão, são imprescindíveis os seguintes atributos: (i) pertinência à pauta, a cada momento; (ii) agilidade e simplicidade na composição de indicadores e de outras informações, tidas como fundamentais; (iii) transparência dos resultados da avaliação, em respeito às consultas dos públicos.

Ao ordenar os atributos necessários a um adequado sistema de acompanhamento da regulação, Deighton-Smith (OECD, 1997) defendeu o uso de medições empíricas capazes de conferir ao sistema mais objetividade.

As experiências de avaliação de desempenho, no campo empresarial, costumam basear-se em critérios quantitativos, de preferência monetários; entre esses critérios, as taxas de agregação de valor têm peso preponderante. Entretanto, a realidade das agências de regulação e fomento é outra, pois o volume de recursos imobilizado e o custo fixo, regular, são pequenos, se comparados aos efeitos de suas ações.⁵³ Ainda assim, as externalidades⁵⁴, positivas ou negativas, das agências, devem ser de ordem de grandeza superior à dos valores envolvidos diretamente nas operações.

Dada a limitação dos métodos tradicionais de avaliação, centrados em indicadores financeiros, constitui grande desafio a busca de alternativas para avaliar agências reguladoras. Em nossa busca é essencial lembrar que, em sua grande maioria, as agências reguladoras geram muitas vezes refratários à quantificação. Ressalte-se ainda que, no caso da ANS, a relação de causação entre a ação reguladora e as alterações nas condições de saúde não é direta, clara ou completa. Além disso, algumas vezes nem mesmo é possível antecipar essas alterações, a ponto de se conseguir desenvolver, a priori, indicadores.

Para fazer frente a essas limitações existem as alternativas aos métodos baseados em escalas, suplementados por processos não-padronizados; esses métodos conseguiriam captar, através de métodos qualitativos, não-estruturados, as considerações dos diferentes públicos sobre a regulação.

2.1 - Avaliação baseada em indicadores

Um sistema de avaliação por indicadores deve ser entendido como um indicativo para caminhos de ação, e apenas acessoriamente, como parte do sistema global de avaliação. Feita esta ressalva, são apresentados, neste item, categorias de métodos de construção de indicadores, segundo escalas autônomas e em escalas integrativas.

Os primeiros traduzem o resultado da avaliação em escalas fixas, ou indicadores, que teriam um significado claro para quem os observa. As escalas escolhidas podem ser: (i) contínuas, inteiras e/ou finitas; (ii) objetivas ou subjetivas; (iii) apuradas por processos censitários ou amostrais. Exemplos dessa categoria são os custos em determinada rubrica;

⁵³ Quanto mais a ação da agência reguladora apresentar características de fomento, maior tenderá a ser o montante de recursos diretamente envolvidos em suas operações (sob forma de destinações diretas, ou de renúncias fiscais).

⁵⁴ Por externalidades e desdobramentos entende-se todos os ganhos e economias, diretos e indiretos, originados,

o número de postos de trabalho criados; o número de vidas assistidas; o valor médio das mensalidades, os graus de informação ou os índices de satisfação quanto a determinados aspectos da regulação.

A literatura aponta como maior vantagem desses indicadores a visualização imediata do desempenho⁵⁵. Uma das dificuldades é selecionar indicadores com forte relação de causalidade com a dimensão da ação que se pretende avaliar, e, assim, conseguir isolar a ação de influência de outros fatores. Aponta-se, ainda, a dificuldade de desenvolver escalas que apresentem resolução e amplitude⁵⁶ compatíveis com os objetos de mensuração, e permitam apuração e comparação perenes de seus resultados.

Quando se superam estes empecilhos, métodos de escalas autônomas têm a vantagem de indicar, com simplicidade, as dimensões da ação que necessitam de maior atenção, a fim de serem aperfeiçoadas. Contudo, como os indicadores autônomos não oferecerem uma apreciação global, podem induzir a uma visão reducionista, e valorizar, em demasia, indicadores parciais, em detrimento da qualidade geral da ação regulada.

Na segunda categoria tem-se a avaliação por escalas integrativas, em que se busca comparar a instituição sob avaliação a instituições congêneres, ou a si mesma, em distintos momentos. Ante os métodos de escalas autônomas, a estes métodos se acrescenta a dificuldade da organização dos indicadores em um sistema apto a representar, em seu conjunto, aspectos gerais da qualidade da ação da agência. E no processo de síntese, em si, também é difícil se estabelecerem pesos - ou qualquer outro algoritmo - para a integração dos indicadores do sistema em uma escala cardinal ou ordinal.

A seguir se descrevem, genericamente, algumas opções de avaliação por indicadores, e se destacam suas virtudes e dificuldades.

Avaliação baseada em indicadores contábeis

Este tipo de avaliação é amplamente utilizado em organizações com fins lucrativos. A dimensão monetária dos custos incorridos, e dos benefícios que a organização auferir, facilita comparações e se presta a qualquer natureza de atividade produtiva.

No caso de agências, alguns indicadores monetários, autônomos, são imprescindíveis ao acompanhamento dos gastos da Agência e de crescimento do mesmo. As fontes de recursos e a evolução dessas fontes, constituem, também, importantes indicadores. E associados a outras informações, de natureza legal e administrativa, permitem inferências quanto ao grau de autonomia da agência; a seleção de indicadores contábeis pode ser fixa, ou estabelecida periodicamente, de acordo com as metas a se atingir.

Indicadores de impacto

total ou parcialmente, do trabalho da agência.

⁵⁵ Nesta classe se insere a maior parte dos indicadores de desempenho presentes na atual versão do PPA Avança Brasil.

⁵⁶ Amplitude diz respeito à capacidade de a escala classificar toda a gama de eventos possíveis de ocorrer; resolução é a capacidade da escala de diferenciar, a contento, os diversos eventos medidos.

Oferecem uma estimativa sobre a contribuição social da Agência. Não é simples a mensuração financeira dos ganhos e perdas devidos às atividades das agências reguladoras, sobretudo em virtude da dificuldade intrínseca à mensuração econômica dos ganhos e perdas sociais e ao estabelecimento de causalidades; tais dificuldades, porém, não invalidam a necessidade de se efetuar a melhor estimativa possível.

Alguns indicadores autônomos de impacto podem ser relevantes, e de rápido e fácil acompanhamento. As ações da ANS têm evidente impacto sobre os níveis de preço praticados pela rede de assistência suplementar e pelos prestadores de serviços privados. E também sobre o nível de investimento, o grau de concentração econômica, o nível de cobertura, e a distribuição geográfica dos serviços e dos preços. Apesar de ser impossível estabelecer relações de causação direta, o desenvolvimento de indicadores autônomos pode ter extrema utilidade na (re)orientação e na revisão das regulações, sobretudo se selecionados em função das metas a atingir.

2.2 - Procedimentos participativos de avaliação

Como existem dimensões imprevisíveis no desempenho de uma agência reguladora, e é impossível incluir a totalidade dos públicos nos processos formais de decisão, é imperiosa a necessidade de instrumentos de avaliação baseados na participação. Assim, a construção de canais para captar as respostas dos distintos públicos à agenda, aos processos, aos resultados imediatos e ao impacto social, das ações da agência, emerge como alternativa complementar; a seleção desses canais precisa levar em consideração a natureza de cada público que se pretenda ouvir.

Múltiplas formas de participação têm sido empregadas no Brasil, e em outros países. Dentre estas, as seguintes merecem destaque, face à natureza dos públicos sensíveis às ações da ANS:

Câmaras setoriais e conselhos consultivos

A proposta é reunir, periodicamente, representantes das diferentes categorias de interessados em um campo de política pública, com o intuito de discutir premissas, agendas e resultados. As grandes vantagens dessa prática são a constituição de um espaço de encontro entre os diferentes agentes do processo, a criação da possibilidade de uma maior negociação de agendas e a construção de convergência de interesses, especialmente na periferia informal do mercado.

Um problema dessa forma de participação é o pouco tempo para a reunião formal, que leva os assuntos a serem discutidos de forma superficial e as reuniões a se tornarem enfadonhas, e assim desestimula a participação dos agentes titulares. Outra limitação se relaciona à seleção das categorias de investidores (*stakeholders*) e de seus representantes.

Assim, o aproveitamento será tanto melhor quanto maior for o cuidado na formação de agendas e pautas, e mais cuidadosa a seleção dos participantes. Recomenda-se, sempre, reservar espaços para entendimentos fora da pauta formal.

Ouvidoria

Processos de ouvidoria, através de balcões e de diversas mídias, apresentam grande capilaridade, e permitem maior inclusão do público, e têm muita relevância para a ANS. O desafio maior da Ouvidoria consiste no tratamento sistemático das críticas e contribuições, de modo a torná-las conseqüentes. É recomendável apresentar-se, publicamente, o resultado dessas contribuições, como um meio de se fomentar a participação.

Fóruns virtuais de discussão

São uma imagem invertida dos fóruns reais, apreciados anteriormente. Ainda que não ofereçam a oportunidade do encontro e da articulação informais, são vantajosos para a construção e a captação de contribuições, dos pontos de vista técnico ou político. Por serem ilimitados no tempo, alcançam públicos mais amplos do que os das câmaras e conselhos. São mais efetivos quando informados por relatórios de desempenho e análises de custo e benefício, produzidos pelas agências, pelos entes regulados e por outros investidores mais diretamente envolvidos nos fóruns de deliberação e nos processos presenciais de discussão.

Em alguns países, a produção de relatórios de auto-avaliação, e a apresentação dos mesmos para discussão, constitui obrigação legal das agências. Os investidores podem ser incentivados a produzir relatórios e, em algumas situações, os entes sob regulação serem obrigados a declarar o impacto da regulação sobre seus negócios, e a fornecer outras informações pertinentes á mesma. Os fóruns virtuais podem ser de acesso irrestrito, ou reservados a determinados públicos.

3. Sugestões para o desenvolvimento de indicadores

O desenvolvimento de indicadores constitui grande desafio na avaliação de uma agência reguladora. O indicador não se limita à mera contagem de atributos de variáveis, pois pretende, também, transformar os dados colhidos em informações úteis para se orientar o processo de decisão.

Como o grau de correlação entre os valores apurados para indicadores de impacto e a ação da ANS é heterogêneo, e de difícil avaliação, recomenda-se que a escolha de indicadores de ação não seja precipitada. Sugere-se que o exercício da reflexão sobre a atuação da Agência se desencadeie, e se aperfeiçoe o processo de aprendizagem. A escolha/revisão de indicadores resultaria da tentativa de acompanhar ações e resultados, em processo amplamente participativo, amadurecido seguindo as necessidades e a reflexão interna sobre as dificuldades.

Fiel a esse espírito de aprendizagem, sugere-se que, num primeiro momento, sejam criados grupos de discussão que tomem a si o desafio de pensar alternativas à luz das

possibilidades e dos limites de acompanhamento das ações. Primeiramente, podem ser pensados, e submetidos à prática, indicadores que dizem respeito aos quatro processos em que se desdobra a atuação a ANS: (i) emissão de parâmetros de atuação para os entes regulados; (ii) fiscalização de parâmetros na prática; (iii) autuação das falhas na observância das normas; (iv) autuação dos que venham a transgredir os parâmetros.

Esta gestão de indicadores teria o caráter de "oficina" e dar-se-ia, de preferência, através de equipes mistas, constituídas por servidores das áreas de formação e áreas de atuação da Agência.

Para o desenvolvimento do conjunto de indicadores de impacto, mantido o mesmo espírito de aprendizagem, o grupo da agência deveria ser acrescido de representantes das populações interessadas, bem como de consultores; aos consultores caberia buscar, e indicar, formas de se obter dados confiáveis para elaboração destes índices. No caso da ANS, podem ser identificadas quatro categorias de públicos: a população alvo das ações reguladas, os prestadores de serviços, as seguradoras e o sistema público de saúde.

Os indicadores de impacto seriam agrupados em quatro categorias: (i) cobertura, (ii) preço, (iii) investimento e (iv) morbidade e outros impactos epidemiológicos.

Na categoria **cobertura** seriam contemplados índices que espelhassem a população atendida, no interior da população total, para se poder acompanhar a evolução da mesma, tanto em bases geográficas como em faixa de renda e classe social; esta categoria também abrigaria índices relativos às quantidades e variedades de serviços e às especialidades credenciadas, segundo as diferentes classes sociais.

Para a comparação histórica fazer sentido, a categoria **preço** exige a indexação do valor nominal. Assim, será possível dispor da série histórica de preços indexada ao valor do dólar americano, ao câmbio real, à inflação oficial ou ao valor do salário mínimo. Também é importante dividir os dados segundo faixa de renda, pois diferentes faixas de renda consomem diferentes produtos de saúde supletiva.

A categoria **investimento** poderá mostrar o grau de participação dos setores público e privado no sistema de saúde. É possível imaginar a necessidade de elaborar índices como o do percentual de ativos privados sobre o total de ativos, tanto na área de seguro como na de prestação de serviços de saúde; esta categoria também incluiria índices que buscassem avaliar o nível de investimento em pesquisa e desenvolvimento, tanto na prestação de serviços, quanto na de equipamentos, fármacos e produtos imunobiológicos.

A categoria **morbidade e outros impactos epidemiológicos** deverá abrigar um grupo de indicadores destinados a revelar a ligação entre a ação dos regulados e o nível geral de "saúde", ao invés do tradicional "atendimento à doença". Seriam criados índices que mostrassem a presença, ou a ausência das doenças ao longo do tempo, segundo região, sexo, classe social, faixa de renda e faixa etária. E, ainda, índices para medir a produtividade e o absenteísmo no trabalho.

Conclusão

A construção de sistemas de avaliação e controle deve ser uma meta, e não um conjunto de ações a ser imposto. O desafio da ANS é desenvolver a capacidade de aprender com a necessidade, e, assim, é fundamental criar espaços de aprendizagem ao longo do processo. Seria aconselhável iniciar o processo com versões simples de mecanismos das diversas categorias, ao invés de se desenvolver, de imediato, sistemas de grande complexidade.

A tarefa de avaliação atrairá, sempre, a atenção de grupos de interesse. E esses grupos tentarão influenciar a escolha dos métodos de avaliação, no sentido de se atenderem suas conveniências particulares. A existência de interesses inconciliáveis torna delicada a avaliação das ações e do impacto da Agência. Para contrapor-se à tendência da avaliação vir a ser influenciada por grupos de interesse melhor organizados e com maior acesso à Agência, recomenda-se a criação de espaços para garantir-se o acesso de interesses insuficientemente organizados ou representados. A capacidade técnica da agência reguladora para lidar com as pressões dos grupos de interesse é indispensável mas não insuficiente; para tanto é preciso haver, ainda, capacidade de negociação (entre interesses representados) e de advocacia (de interesses não-representados).

Referências bibliográficas

As referências bibliográficas citadas incluem aquelas que subsidiaram a elaboração da nota técnica na qual se baseia este texto. Este rol de títulos permitirá o aprofundamento daqueles que se interessarem particularmente pelo assunto.

Abranches, S.H. (1999) Reforma regulatória: conceitos, experiências e recomendações.

Revista do Serviço Público. Ano 50, n. 2, p.19-49.

Alketa, P. (1999) Novo marco regulatório para o Brasil da pós privatização: o papel das agências reguladoras em questão. **Revista de Administração Pública**, v.33, n.4, p: 121-35

Azevedo, E. A. (1998) Agências reguladoras. **Revista de Direito Administrativo**, 213(I-VII): 141-8.

Bahia, L. (1999). **Seguros e planos de saúde uma saída à brasileira: estudo da organização da oferta a partir de noções das teorias de seguros.** Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ, 330p.

Baal, H.(1984) **Controlling Regulatory Sprawl: Presidential Strategies from Nixon to Reagan.** Congressional Information Service, Inc., Westport, Connecticut, 1984.

Campos, A. M.; Pierantoni, C. R.; Silva Jr., D. S.; Avila J. P. C. (2000) **Bases para o Desenvolvimento de um Sistema para Controle e Avaliação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Nota Técnica elaborada sob os auspícios da UNESCO.

Carrol, Archie B. (1999) **Business and Society - Ethics and Stakeholder Management.** South-Wetern Publishing Co. Cincinati, Ohio, EUA.

Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento (1999). Uma nova gestão pública para a América Latina. **Revista do Serviço Público**, Ano 50, n.1, p.123-147.

Cherchiglia, M.L. & Dallari, S.G. (1999) A reforma do estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. **Revista de Administração Pública.** v.33,n.5, p 65-84.

Conforto, G. (1998) Descentralização e regulação de gestão dos serviços públicos. **Revista de Administração Pública.**, v. 32, n.1,p. 27-40.

Dahl, R. and Charles L. (1953) **Politics, Economics and Welfare.** Harper, New York, EUA. (apud. Magat et alli, 1986).

- Eisner, M.A, Warsham, J. & Ringquist, E.J. (1999) **Contemporary Regulatory Policy**. Lynne Rienner Publishers, Londres.
- Fleury, S. (org) (1997) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**_Lemos Editorial e Gráficos Ltda., São Paulo.
- Gambiagi, F. & Além, A C. (1999) **Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil**. Ed. Campus Ltda., Rio de Janeiro
- Gray, J. (1999). **Falso amanhecer: os equívocos do capitalismo global**. Rio de Janeiro, Ed. Record, 333p.
- Holden, M., Jr. (1966) **Pollution Control as a Bargaining Process: An Essay on Regulatory Decision Making**, Cornell University Water Resources Center, Ithaca, NY, EUA. (apud. Magat et alli, 1986).
- Kettl, D.F. (1998) A revolução global: reforma da administração do setor público. In: Pereira, L. C. B. & Spink, P. (orgs.) **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro, Ed.Fundação Getúlio Vargas.
- Levcovtz, E. (1997) **Transição x consolidação: um estudo sobre as reformas das políticas nacionais de saúde**. 1974-1996. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Maagat; Krupnick, A.J. & Harrington, W. (1986) **Rules in the Making: a Statistical Analysis of Regulatory Agency Behaviour**. Resources for the Future, Washington, D.C.
- Majone, G (1999) Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e conseqüências de mudanças no modo de governança. **Revista do Serviço Público**, ano 50, n. 1, 5-36.
- Mintzberg, H. (1983) **Power in and Around Organizations**. Prentice-Hall, Inc, Englewood-Cliffs, N.J.
- _____.(1998) Administrando Governos, Governando Administrações, **Revista do Serviço Público**, ano 49, n. 4,
- Molinero, C. M. & Wooracker,D. (1996) Data Envelopment Analysis: a non-mathematical introduction. **OR Insight**, vol 9, issue 4, October-December
- Noll, R. G. (1976) **Government Administrative Behaviour and Private Sector Response: a Multidisciplinary Survey**, Social Science Working Paper 62, California Institute of Technology, Pasadena, California, EUA. (apud. Magat et alli, 1986).

- Organization for Economic Cooperation and Development- OECD. (1997) **Regulatory Impact Analysis: Best Practices in OECD Countries**. OECD Publications.
- Pereira L. C. B. (1998) Da administração pública burocrática à gerencial. In: Pereira, L.C.B. & Sink, P. (orgs.) **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getúlio Vargas.
- Prats y Catalá, J. (1998) Governabilidade democrática na América Latina no final do século XX. In: Pereira, L. C. B. & Spink, P. (orgs.) **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getúlio Vargas.
- Przeworski, A. (1998) Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agent x principal. In: Pereira, L. C. B. & Spink, P. (orgs.) **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getúlio Vargas.
- Stewart, R. B. The Reformation of American Administrative Law, in: **Harvard Law Review**, vol 88, no. 8, pp 1669-1813. (apud. Magat et alli, 1986).
- Sunstein, C. R. (1996) The Cost Bennefit State.Working Paper.**Law and Economics**, University of Chicago, Chicago.
- Vianna, A L. & Reis, C. O. (1997) Seminário: a regulamentação dos planos e seguros privados no Brasil. **Série Estudos em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, n.152.
- Wilson, J. Q. (1974) The Politics of Regulation in: James W. McKie, ed, **The Social Responsibility and The Business Predicament**, The Brookings Institution, Washington, DC, EUA. (apud. Magat et alli, 1986).

Defesa dos Consumidores e Regulação dos Planos de Saúde

Lígia Giovanella⁵⁷
José Mendes Ribeiro
Nilson do Rosário Costa

Introdução

A intervenção do governo federal no mercado de saúde suplementar e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, para regular esse setor, associa-se a outras iniciativas institucionais ao longo da década de 1990, com repercussão direta no processo de regulação. O regime de regulação por agência se integra, ainda, às iniciativas de defesa dos consumidores por parte de entidades civis e de instituições e organizações públicas. Neste sentido, o novo arranjo busca compensar a assimetria entre empresas e consumidores no mercado de planos de saúde. Por outro lado, a Lei 9.656 de 1998 – que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde – já encontrou as relações entre consumidores e operadoras definidas pelo Código Nacional de Defesa dos Consumidores, de caráter mais abrangente e capaz de gerar maior jurisprudência. Assim, a compatibilidade entre os dois regimes reguladores ainda não foi plenamente alcançada.

Mecanismos alternativos de regulação – de iniciativa de órgãos de defesa dos consumidores –, combinados com normas pró-consumidores foram observados no processo de implementação do Código Nacional de Defesa dos Consumidores. Agências públicas, como os Procon's, desenvolveram elos com o Ministério da Saúde, por meio da Ouvidoria e da Fiscalização do Departamento de Saúde Suplementar (depois transferidas à nova Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS); esse conjunto de medidas favorece a posição dos consumidores na área da saúde.

O comportamento deste sistema de defesa dos consumidores sofreu influências mais recentes em função do regime inaugurado pela Lei 9.656. Neste caso, inicialmente no âmbito da própria estrutura do Ministério da Saúde e, mais tarde, na ANS, criou-se uma Ouvidoria voltada, diretamente, para os consumidores.

A dinâmica dos movimentos de defesa do consumidor, em todo o mundo, relaciona-se à ampliação e à diversificação de mercados. As medidas iniciais de proteção visavam regular o comércio de mercadorias e foram elaboradas sem a participação dos interessados.

⁵⁷ Os três autores pertencem ao Departamento de Planejamento ENSP/FIOCRUZ

As primeiras associações civis de proteção de consumidores apareceram somente nos anos 30, nos Estados Unidos. Após a segunda guerra mundial, em particular durante os anos 60, a agenda política incorporou este tema, que se difundiu dos Estados Unidos até a Europa, e deu origem a órgãos de defesa do consumidor em vários países (Taschner, 1995). A partir daí, a defesa dos consumidores ganhou autonomia e passou a integrar a agenda de regulação dos governos.

A propagação desse movimento em países como os EUA e a Inglaterra deu-se através de entidades civis e precedeu as intervenções do governo (Flickinger, 1983); o Brasil seguiu um padrão similar a esse, mas a intervenção do governo foi mais acentuada.

Em nosso país, a defesa dos consumidores emergiu nos anos 70. Já no início daquela década nasceu uma proposta de legislação específica e surgiram associações civis de defesa do consumidor, assim como o primeiro órgão de governo especificamente para esse fim. Em 1976, veio à luz o Sistema Estadual de Proteção ao Consumidor do Estado de São Paulo⁵⁸, cujo Grupo Executivo de Proteção ao Consumidor - PROCON - foi o precursor desses órgãos no país.⁵⁹ Nos anos 80, no contexto do processo de democratização, o tema ganhou força na agenda pública. Em 1985 nasceu o Conselho Nacional de Defesa do Consumidor (CNDCC) e se promulgou a Lei 7.347 *dos interesses difusos*, relativa à proteção do meio ambiente e do consumidor. Multiplicaram-se, também, entidades civis de defesa do consumidor.⁶⁰

A Constituição Federal de 1988 definiu, em suas disposições transitórias, a necessidade de elaboração, pelo Congresso, de um Código de Defesa do Consumidor. Em 1990, com base em proposta formulada no interior do CNDCC, aprovou-se o Código de Defesa do Consumidor como uma importante inovação legislativa.

A legislação existente até então era bastante difusa. O Código de Defesa do Consumidor, definiu amplos direitos do consumidor; estabeleceu diretrizes para uma política nacional de relações de consumo; regulamentou a qualidade de produtos e serviços, das práticas de comercialização de produtos, e das práticas contratuais; estabeleceu sanções administrativas às infrações à Lei e dispôs sobre a defesa do consumidor, em juízo.

Com a entrada em vigor do Código, o movimento de defesa do consumidor ampliou-se. Disseminaram-se órgãos governamentais de proteção e defesa do consumidor - os

⁵⁸ Decreto 7.890 de 05.05.1976, convertido em Lei estadual 1.903 em 29.12.78 (Taschner, 1995:34)

⁵⁹ Em 1976, entidades civis realizaram, em Curitiba (PR), um Congresso Nacional de Consumidores, sem a participação do poder público.

⁶⁰ A Associação de Consumidores de Porto Alegre passou a publicar o seu boletim em 1980 e associações de Donas de Casa, de vários estados e instituíram a prática do boicote, em particular, durante o congelamento de preços do Plano Cruzado (Maria do Carmo Pavão Martins, Presidente da Associação das Donas de Casa de São Paulo em entrevista à Revista Saúde em Debate: set/out. 1987:45) ; o IDEC-SP (Instituto de Defesa do Consumidor) nasceu em 1987.

Procons - por todos os estados da Federação. A prática de reclamação, ou a ameaça de recurso ao Procon, no caso de direitos lesados, difundiu-se.⁶¹

Na área da saúde, a defesa dos consumidores sempre esteve relacionada às ações de vigilância sanitária. Nos anos 80, o movimento voltou-se para temas específicos de saúde. Em nome do consumidor, pleitearam-se alterações na legislação e maior regulamentação do Estado, da produção e da distribuição de produtos e serviços que pudessem ser nocivos à vida e à saúde. Em continuidade à VIII Conferência Nacional de Saúde, realizou-se, ainda em 1986, a Conferência Nacional da Saúde do Consumidor convocada pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (Castro, 1987). Essa conferência contou com a participação de diversas entidades civis de defesa do consumidor, discutiu a Vigilância Sanitária e defendeu a ampliação do escopo da vigilância a outros produtos e serviços com repercussão sobre a saúde. O consumo de serviços médicos e a regulamentação de contratos de planos de saúde, contudo, não estiveram em pauta.

Este último tema entrou na agenda pública por iniciativa de consumidores, que passaram a apresentar, aos Procons, queixas contra operadoras de planos de saúde. Com a ampliação do mercado de seguros e planos de saúde, ao final dos anos 80, a regulamentação de planos e seguros privados de saúde tornou-se uma exigência de consumidores, entidades médicas e setores do governo⁶². As assimetrias nos contratos dos planos de saúde alcançaram divulgação na mídia e geraram decisões judiciais a favor dos consumidores. E essa realidade repercutiu junto ao legislativo, sob forma de novos projetos de lei, já no início dos anos 90.

O processo de elaboração da legislação, no entanto, foi moroso. Em 1998 promulgou-se Lei específica, reformulada, por meio de medidas provisórias, no ano seguinte. E a Lei 9.656, de junho de 1998, enfim regulamentou o mercado de saúde suplementar e criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Cabe à ANS intervir no mercado de planos de saúde que funcionava sem que as operadoras de planos e seguros de saúde contassem com organismos de auto-regulação, de amplo alcance. Os compradores de planos coletivos, em geral empresas públicas ou privadas estabeleciam relações contratuais com as operadoras. E na ausência de um órgão regulador, os conflitos acabavam no judiciário. As operadoras, por sua vez, estabeleciam contratos com médicos, clínicas, hospitais, entre outros, sem regulação externa. Nas relações entre operadoras e prestadores de serviços praticava-se a apenas uma regulação através de instrumentos de planejamento, protocolos clínicos, definição de parâmetros de utilização, revisão de decisões, entre outros.

⁶¹ Taschner, (1995) define os Procons como um movimento social a nascer das práticas militantes de seus integrantes.

⁶² Também as operadoras, demonstraram interesse em alguma forma de regulamentação. No início dos anos 90, a Medicina de Grupo, criou o Conselho de Auto-regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE) na tentativa de evitar a intervenção do governo no setor, em face de denúncias crescentes.

Os consumidores individuais não dispunham de *proteção específica*. As relações contratuais anteriores ao Código de Defesa do Consumidor tinham por base o Código Civil, e eram de baixa especificidade. A maioria dos contratos amparava sobremaneira os fornecedores, enquanto a proteção do consumidor, se sujeitava à lentidão do sistema judiciário.

O Código de Defesa do Consumidor (1990) favoreceu as ações dos consumidores em seus conflitos com as operadoras. O sistema, consubstanciado nos Procon's estaduais e municipais, e na Secretaria de Defesa Econômica do Ministério da Justiça, ganhou força com a criação de Juizados Especiais e com a maior rapidez dos julgamentos. Assim, é possível perceber, em período anterior à Lei 9.656, uma indução institucional pró-consumidores. Contudo, a ação do governo para compensar a posição frágil dos consumidores ainda se mostrava incapaz de corrigir a acentuada assimetria das relações entre operadoras e consumidores.

A Lei 9.656, determina a regulação do mercado e pressupõe forte intervenção do governo. E diante da nova situação, a rede de defesa dos consumidores é um componente crucial da regulação.

Neste estudo, analisamos o sistema de acolhimento de demandas individuais de consumidores de planos de saúde, representado pelos Procons. E também, as demandas de consumidores junto ao sistema de fiscalização/ouvidoria originalmente instalado no Departamento de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde - MS/DESAS ⁶³.

Na primeira parte discutimos o sistema de proteção e defesa do consumidor e o perfil das reclamações junto aos Procons. Apresentamos o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, as atribuições de órgãos componentes e os fluxos de acolhimento das reclamações de consumidores. As reclamações de consumidores contra operadoras de planos de saúde, junto aos Procons estaduais do Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo são analisadas através da construção de um perfil dos problemas apresentados por consumidores a estes organismos.

Na segunda seção, apresenta-se o sistema de fiscalização/ouvidoria da DESAS em transição para a ANS, com ênfase no acolhimento das demandas dos consumidores; analisamos a capacidade institucional do sistema e discutimos o perfil das queixas dos consumidores junto ao sistema MS/DESAS.

⁶³ Estas funções foram transferidas para a própria ANS.

1. O sistema de proteção e defesa dos consumidores e o perfil das reclamações junto aos Procons

1.1 - Sistema Nacional de Defesa do Consumidor

Procon é a denominação genérica dos Programas de Orientação e Proteção ao Consumidor.⁶⁴ De caráter estadual ou municipal, estes programas integram o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC), criado pelo Código de Defesa do Consumidor – consubstanciado na Lei N.º 8.078, de 11 de setembro de 1990⁶⁵ – e regulamentado pelo Decreto n.º 2.181/97.⁶⁶

O SNDC é composto pela Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça (SDE) – através do seu Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC) –, pelos demais órgãos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais, específicos (Procons), e pelas entidades civis de defesa do consumidor.⁶⁷

Competências dos órgãos integrantes do SNDC

O Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC) coordena a política do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC). Suas atribuições principais são a formulação, a coordenação e a execução da política nacional de proteção e defesa do consumidor.

Uma característica importante do sistema de defesa do consumidor é a horizontalidade das relações entre os órgãos que o compõem. Os Procons são organismos autônomos, não estão submetidos a uma hierarquia, e têm a atribuição precípua de zelar pela aplicação do Código de Defesa do Consumidor; a ausência de hierarquia traduz-se em atribuições compartilhadas entre estes órgãos.

Deste modo, cabe ao DPDC, e aos Procons estaduais e municipais:

- apurar denúncias apresentadas por entidades representativas, pessoas jurídicas ou por consumidores individuais;
- informar e orientar os consumidores sobre seus direitos e garantias;
- solicitar à polícia judiciária a instauração de inquérito para apuração de delito contra o consumidor, e representar junto ao Ministério Público competente;
- fiscalizar as relações de consumo e aplicar sanções administrativas.

Além dessas atribuições concorrentes – mas que não competem entre si –, cabe aos Procons, estaduais e municipais, a formular e executar a política de proteção e defesa do consumidor, no âmbito de suas competências, e atender os consumidores.

⁶⁴ Estes organismos recebem com diferentes denominações.

⁶⁵ O Código entrou em vigor em 1991.

⁶⁶ O Decreto presidencial nº 2.181 de 20.03.1997 revogou o Decreto nº 861 de 09.07.1993, regulamentou as competências dos órgãos integrantes do SNDC e definiu normas para aplicação de sanções administrativas

É interessante salientar que as relações de horizontalidade, características do SNDC, expressam-se também nas relações entre o Procon estadual e os Procons municipais. Segundo o Decreto n.º 2.181, a qualquer entidade, ou órgão, da administração pública, - federal, estadual e municipal -, destinado à defesa dos interesses e direitos do consumidor, atribui-se poder para apurar e punir infrações concernentes às relações de consumo, no âmbito de sua competência.⁶⁸

Assim sendo, entre Procons estaduais e municipais não há hierarquia. Procons estaduais e municipais atuam de modo independente e no âmbito de suas jurisdições têm atribuições similares, dispõem das mesmas prerrogativas e poderes, podem processar reclamações, fiscalizar e multar.

As entidades civis de proteção e defesa do consumidor também compõem o SNDC, e têm o direito de encaminhar denúncias aos órgãos públicos, e de representar o consumidor em juízo.

Aos órgãos públicos específicos de defesa do consumidor também cabem atribuições de fiscalizar as relações de consumo.⁶⁹ Estas atribuições, no entanto, são pouco desenvolvidas, e os Procons estaduais e municipais dedicam-se, principalmente, ao atendimento de reclamações e à instauração dos processos administrativos. Entre as penalidades administrativas, compete aos Procons, no que se refere aos planos de saúde, aplicar multas e cassar o registro do produto junto ao órgão competente.⁷⁰ Segundo a legislação em vigor, as multas arrecadadas devem ser destinadas ao financiamento de projetos relacionados com os objetivos da Política Nacional de Relações de Consumo, com a defesa dos direitos básicos do consumidor e com a modernização administrativa dos órgãos públicos de defesa do consumidor.⁷¹

Outros órgãos de proteção e defesa do consumidor

Na proteção e na defesa dos consumidores atuam ainda outros órgãos, criados pelo Código de Defesa do Consumidor. Ligados ao Poder Executivo, esses órgãos operam delegacias de polícia especializadas no atendimento de vítimas de infrações penais de consumo, as DECONS – Delegacias do Consumidor⁷² e os Núcleos de Defesa do

previstas no Código do Consumidor.

⁶⁷ Título III, artigos 105 e 106 da Lei nº 8.078 de 1990.

⁶⁸ Decreto nº 2.181 de 20.03.1997 - Art.5º; conflitos de competência são dirimidos pelo DPDC.

⁶⁹ Atribuições compartilhadas pelo conjunto de órgãos públicos da União, Estados, Distrito Federal e de Municípios responsáveis pela fiscalização e pelo controle das produção, industrialização, distribuição, publicidade de produtos e serviços e do mercado de consumo.

⁷⁰ As penalidades arroladas no Decreto n.º 2.181 - Art. 18 - são: multa; apreensão e/ou inutilização de produto; cassação de registro do produto junto ao órgão competente; revogação da concessão; cassação de licença do estabelecimento; suspensão temporária de atividades; interdição; intervenção administrativa; imposição de contrapropaganda.

⁷¹ A destinação de recursos deve ocorrer após aprovação pelo respectivo Conselho Gestor da unidade federativa. As multas arrecadadas pela União e pelos órgãos federais devem reverter ao Fundo de Direitos Difusos, gerido pelo Conselho Federal Gestor do Fundo de Direitos Difusos (CFDD)

⁷² As Delegacias são acionadas em casos, como por exemplo, de denúncias de venda de produtos adulterados, fora do prazo de validade, exposição do mesmo produto com preços diferentes ou produtos deteriorados.

Consumidor dos Ministérios Públicos⁷³ e das Defensorias Públicas. Vinculados ao poder judiciário atuam, ainda, Juizados Especiais, específicos para a solução de litígios de consumo.

As Comissões Permanentes de Defesa do Consumidor (COMDECONs)⁷⁴ ligadas às Assembléias Legislativas e Câmaras de Vereadores, também atuam neste setor.⁷⁵ Estas Comissões atendem reclamações e, embora não tenham poder fiscalizador – não podem multar –, atuam na parte jurídica da defesa do consumidor. Assim, preparam petições para iniciar processo junto ao Juizado Especial, e funcionam como consultoria gratuita de Defesa do Consumidor.

Em sentido ampliado, também fazem parte do sistema de defesa do consumidor os diversos órgãos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e de Municípios, responsáveis pela fiscalização e pelo controle da produção, da industrialização, da distribuição, da publicidade de produtos e serviços e do mercado de consumo.⁷⁶ O DPDC desenvolve atividades de cooperação técnica com estes órgãos, e estabelece convênios.⁷⁷

Processo administrativo e fluxo das reclamações

As infrações à legislação de proteção ao consumidor são apuradas em processos administrativos. Esse processos têm início mediante ato escrito de autoridades competentes, ou de reclamação de consumidores junto a quaisquer dos órgãos oficiais de proteção e defesa do consumidor.⁷⁸

Instaurado o processo administrativo, a autoridade expede a notificação ao infrator. E fixa o prazo de 10 dias, a contar da data do recebimento da notificação, para o infrator apresentar defesa, e as informações pertinentes.⁷⁹ O processo administrativo é instituído e julgado na esfera de atribuição do órgão que o tiver instaurado, após apreciação da defesa, e das provas apresentadas pelas partes.⁸⁰ Julgado o processo, caso seja fixada multa, o infrator é notificado, e se estipula prazo de 10 dias para apresentação do recurso, ou pagamento da multa.⁸¹

⁷³ Promotorias de Justiça de Defesa do Consumidor, no âmbito do Ministério Público.

⁷⁴ Estas comissões também têm diferentes denominações, como é o caso da Comissão da Assembléia Legislativa do estado de Minas Gerais, que se denomina 'Procon da Assembléia'.

⁷⁵ Criadas durante os anos 80 antecederam o Código de Defesa do Consumidor, tendo algumas delas dado origem a Procons estaduais.

⁷⁶ Como, por exemplo o IPEN, o Inmetro, os setores de vigilâncias sanitária, e as próprias agências reguladoras.

⁷⁷ Recentemente (abril 2000), o DPDC tomou iniciativa para estabelecer cooperação técnica com as Agências Reguladoras, com o propósito de se criar uma orientação comum para as Agências e Procons, quanto ao tratamento das relações de consumo.

⁷⁸ A reclamação pode ser pessoal, ou por telegrama, carta, telex, fax ou qualquer outro meio de comunicação.

⁷⁹ Quando o infrator não puder ser notificado pessoalmente, ou por via postal, deve ser feita notificação através de edital, a ser afixado nas dependências do respectivo órgão, em lugar público, pelo prazo de 10 dias, ou a ser divulgado, pelo menos uma vez, na imprensa oficial ou em jornal de circulação local.

⁸⁰ O infrator poderá impugnar o processo administrativo, no prazo de 10 dias, contados a partir da data de sua notificação; em sua defesa, deverá arrolar as razões de fato e de direito a fundamentarem a impugnação, e as provas que lhe dão suporte.

⁸¹ Decreto nº 2.181 de 20.03.1997 - Art. 39 a 55

Os Procons atendem principalmente, reclamações de consumidores individuais, reclamações das pessoas físicas. E pauta sua atuação pela busca da conciliação, pois a mediação entre as partes tem precedência sobre o exercício do poder de fiscalização. Esta orientação se reflete no fluxo do processamento das reclamações.

Assim, no atendimento ao consumidor, após a pertinência da reclamação ser avaliada, busca-se resolver o problema do consumidor num primeiro contato com a empresa, através de notificação feita por ofício. Recebida a resposta do fornecedor, caso o consumidor concorde com a mesma encerra-se o processo. Na ausência de resposta, ou em vista de resposta negativa da empresa, chama-se a empresa e se marca sessão conciliatória, a fim de se estabelecer acordo entre as partes. Da audiência participam os advogados do fornecedor e do Procon, e o consumidor e por vezes resulta o atendimento da reclamação do consumidor pela empresa, e chega-se ao fim do processo; assim se confirma o caráter conciliatório destes órgãos de defesa do consumidor.⁸²

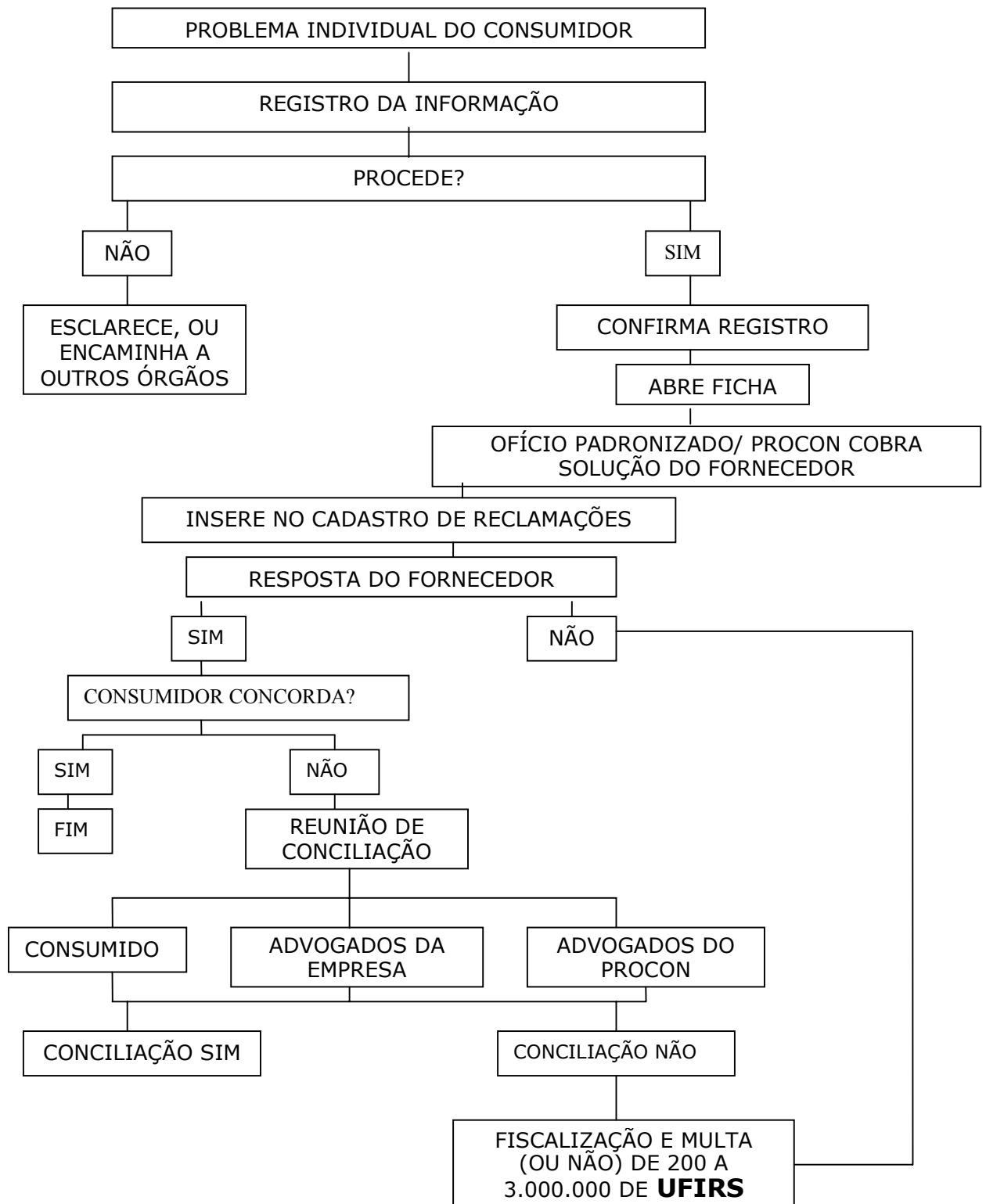
Caso o problema não seja resolvido na sessão conciliatória – e o consumidor tiver direito ao que pleiteia – o Procon passa a exercer seu poder fiscalizador. Assim, dá continuidade ao processo administrativo (conforme definido na lei) para apurar responsabilidades, processo que pode resultar em penalidade (multa ou outra penalidade administrativa);⁸³ é incomum a aplicação de sanções administrativas a fornecedores que durante a fase de audiência tenham resolvido o problema que deu origem à reclamação.

A título de ilustração, apresentamos a seguir um quadro do fluxo das reclamações dos consumidores no PROCON/RJ.

⁸² No Procon-PR foram realizadas, em 1999, 7.939 audiências e arquivados 2.076 processos na categoria resolvidos e apenas 63 na de não-resolvidos; os demais permaneciam em tramitação.

⁸³ Átila Nunes Neto, coordenador do Procon estadual do Rio de Janeiro, em entrevista a 3 de abril de 2000

FLUXO DAS RECLAMAÇÕES DOS CONSUMIDORES NO PROCON/RJ



Fonte: Elaboração própria.

Mas mesmo com o processo administrativo e a aplicação de penalidade, o problema do consumidor pode persistir sem solução. Neste caso, o consumidor necessita

recorrer ao judiciário, entrar com um processo junto ao Juizado Especial.⁸⁴ Os Juizados Especiais atendem queixas relativas a ressarcimentos até o valor máximo de 40 salários mínimos, sendo prescindível o acompanhamento por advogado para ressarcimentos até 20 salários mínimos.

Para o acolhimento das demandas dos consumidores, alguns Procons têm organizado o atendimento segundo grandes áreas de consumo. Nas reclamações relativas a operadoras de planos de saúde, por vezes, o tratamento no Procon é diferenciado, na tentativa de dar agilidade aos processos, em caso de iminente risco à vida.

O Procon/RJ diferencia as reclamações sobre planos de saúde entre as que podem representar risco à saúde e aquelas referentes a aspectos financeiros. As reclamações financeiras e monetárias entram no fluxo de rotina pois referem-se à relação de consumo clássica. Assim, registrada a reclamação, pede-se a planilha de cálculo e se negocia com a operadora. As reclamações relacionadas à saúde – interrupção de internação, recusa de exames, negativa de atendimento –, merecem atenção de urgência. E as reclamações que podem resultar em risco à vida são encaminhadas à Ouvidoria do Procon. Na Ouvidoria – conquanto esta não seja a função precípua do ouvidor – busca-se um contato rápido com a operadora. A partir de 1999, a Ouvidoria do Procon-RJ iniciou contato com a representação estadual do Departamento de Saúde Suplementar e passou a encaminhar os consumidores diretamente a esta representação.⁸⁵

Cadastro de Fornecedores

É atribuição de todos os Procons, estaduais e municipais, elaborar e publicar, anualmente, o *cadastro de reclamações fundamentadas contra fornecedores de produtos e serviços*⁸⁶. E remeter cópia do mesmo ao DPDC; cabe a esse órgão elaborar, e publicar, o Cadastro Nacional, a reunir todas as reclamações feitas aos órgãos públicos de proteção e defesa de consumidores, em todo o país.

Os *cadastros de reclamações fundamentadas contra fornecedores* são considerados, na legislação, instrumento essencial de defesa e orientação dos consumidores. Compete aos órgãos públicos assegurar-lhes publicidade, confiabilidade e continuidade. O cadastro corresponderia à consolidação dos registros – feitos pelo órgão público de defesa do consumidor – de todas as reclamações fundamentadas. Ou seja, o cadastro é o conjunto de notícias de lesão, ou ameaças, ao direito do consumidor, analisadas por órgão público de defesa do consumidor, e consideradas procedentes, por decisão definitiva.

⁸⁴ No Rio de Janeiro, os consumidores são auxiliados pela COMDECON, que orienta sobre os procedimentos e elabora petição inicial. O Procon RJ mantém relações informais com a COMDECON, encaminha-lhe consumidores e recebe solicitações da Comissão para abertura de processos administrativos.

⁸⁵ José Carlos da Mata Rodrigues, Ouvidor do Procon-RJ, entrevista em 03.04.2000.

⁸⁶ Obrigação definida no artigo 44 da Lei nº8.078, de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

Os cadastros devem ser sempre atualizados, e divulgados a cada ano. E não podem conter informações negativas sobre fornecedores por um período superior a cinco anos. Para a maioria dos Procons, a obrigação de manter cadastros atualizados traduz-se na divulgação de relatórios anuais de reclamações; esses relatórios contêm as listas dos fornecedores contra os quais registraram-se reclamações procedentes, qualificadas segundo o tipo e o atendimento - ou não - da queixa. É possível o acesso eletrônico ao Cadastro de Fornecedores elaborado pelo Procon-PR. O Procon-SP oferece, por telefone, consulta ao Cadastro de Fornecedores, e, assim, municia consumidores com informações sobre empresas contra as quais houve reclamações fundamentadas nos últimos cinco anos.

Com o objetivo de facilitar a elaboração do Cadastro Nacional de Reclamações Fundamentadas, definido em lei, o DPDC, em 1999 acordou – em reunião nacional com os Procons – haver a necessidade de alcançar a harmonia de conceitos, critérios e procedimentos no acolhimento de reclamações. Esta harmonia é imprescindível para se conseguir superar as dificuldades de construção de um Cadastro Nacional. E as dificuldades decorrem da heterogeneidade de procedimentos para se processarem as reclamações, e da ausência de uniformidade de critérios e códigos de classificação usados na elaboração dos relatórios e cadastros de fornecedores, pelos Procons.⁸⁷

Distribuição de Procons pelos estados

Os Procons - Programas de Proteção e Defesa do Consumidor - são organismos públicos recentes, criados, em sua maioria, no início dos anos 90, a partir da vigência do Código de Defesa do Consumidor. Atualmente Procons estaduais estão presentes em todos os estados da federação. A distribuição de Procons municipais, contudo, é heterogênea; em dez (10) estados da federação nenhum município organizou o seu Procon e em sete (7) estados o número de Procons municipais não chega a cinco (5).

Observa-se maior concentração de Procons municipais nos estados das regiões sudeste e sul. Dos 552 Procons municipais alistados, no início de 2000, pelo Ministério da Justiça, 70% se localizam na região sudeste – aproximadamente a metade em municípios do estado de São Paulo – e 22% na região sul. A maior presença de Procons no Estado de São Paulo pode estar relacionada à origem, e à maior difusão, do movimento de consumidores nesse estado, (Taschner, 1995).

⁸⁷ A entrada em vigor do Cadastro Nacional (MJ/SDE/DPDC, 1999) estava prevista para o ano 2000.

Distribuição de Procons municipais* por estado da federação, Brasil, 2000

UF	nº PROCONS
Alagoas	1
Bahia	3
Espírito Santo	20
Goiás	10
Minas Gerais	100
Mato Grosso do Sul	4
Mato Grosso	1
Pará	9
Paraíba	1
Pernambuco	4
Paraná	51
Rio de Janeiro	13
Rio Grande do Norte	2
Rio Grande do Sul	59
Santa Catarina	16
São Paulo	258
BRASIL total	552

*Procons municipais listados pelo DPDC

Fonte: elaboração própria, com base em consulta em março de 2000 <http://www.mj.gov.br>

Apesar da distribuição ainda heterogênea, os Procons constituem uma rede a se difundir por todos os estados e seu número é expressivo. A baixa disseminação de Procons no interior do país tem levado alguns estados a organizar programas de descentralização da defesa do consumidor, com o intuito de estimular prefeituras a constituírem seus Procons.⁸⁸

Os Procons estaduais são vinculados, em sua maior parte, às Secretarias de Estado de Justiça.⁸⁹ Os Procons municipais se subordinam ao Executivo municipal e se vinculam ao Gabinete do Prefeito, ou à Secretaria de Desenvolvimento Social, ou similar.⁹⁰

A autonomia e a independência dos Procons se traduzem em diversidade de condutas. A articulação entre Procons estaduais tem sido promovida pelo DPDC, através de reuniões nacionais de Procons, dos estados e das capitais; em alguns estados dão-se *Encontros Estaduais de Procons*, a reunir os Procons municipais e o estadual.⁹¹

⁸⁸ O Procon do Paraná, por exemplo, tem prestado assessoria técnica e promovido treinamentos neste sentido.

⁸⁹ O Procon de Minas Gerais e o do Ceará são vinculados ao Ministério Público. E o do Paraná esteve vinculado a uma secretaria específica, a Secretaria Especial de Proteção e Defesa do consumidor/SECON, criada em 1998, e atualmente está subordinado à Secretaria Estadual de Justiça e Cidadania. No DF o Procon vincula-se à Subsecretaria de Defesa do Consumidor.

⁹⁰ Átila Nunes Neto, coordenador do Procon estadual do Rio de Janeiro, em entrevista, no dia 3 de abril de 2000.

⁹¹ No estado do Rio de Janeiro estas reuniões de trabalho, com o objetivo de se conseguir harmonia nas condutas ocorrem três a quatro vezes por ano (Átila Nunes Neto, coordenador do Procon-RJ, em entrevista em 3 de abril de 2000).

1.2 Perfil das reclamações de consumidores de planos de saúde junto aos Procons estaduais do Paraná, do Rio de Janeiro e de São Paulo

Além de apurarem as denúncias ou ameaças de lesão, ao direito do consumidor, os Procons atuam como órgãos de esclarecimento e de difusão de informações. Seus atendimentos se constituem, em sua maior parte, em prestação de informações aos consumidores, e não resultam em reclamações fundamentadas. A análise destes atendimentos e reclamações informa sobre as preocupações mais frequentes dos consumidores, assim como sobre os problemas enfrentados e sobre as infrações de operadoras à legislação vigente.

O acompanhamento dos tipos de atendimentos e reclamações junto aos Procons é uma forma importante de ausculta das preocupações e das dificuldades dos usuários. Os problemas a chegarem aos Procons podem ser indícios de necessidades de ajuste da regulação do mercado de planos de saúde e podem servir para orientar ações pró-ativas de fiscalização.

Neste estudo, realizamos uma análise das reclamações contra fornecedores de planos de saúde junto aos Procons estaduais do Paraná, do Rio de Janeiro e de São Paulo. A escolha destes três estados decorreu da frequência elevada de beneficiários de planos de saúde nos mesmos e da facilidade de conseguirmos as informações; os Procons do Paraná e de São Paulo apresentam informações em suas *home pages*, e o Procon do Rio de Janeiro publica seu Relatório Anual de Reclamações Fundamentadas no Diário Oficial - RJ.⁹²

Com esta análise, buscamos, também, dar exemplos dos tipos de acompanhamento que os dados oferecidos pelos Procons podem propiciar. E, ainda, indicar limitações destas informações, com vistas a aperfeiçoá-las, para que venham a servir a ações futuras.

As reclamações junto aos Procons têm origem, principalmente em consumidores de planos de saúde individuais. No caso de planos de pessoa jurídica, a atuação dos Procons é mais limitada, pois os contratos são estabelecidos, e as negociações realizadas, entre a pessoa jurídica – empresa empregadora – e a operadora de planos de saúde.⁹³

As informações sobre reclamações de consumidores contra operadoras de planos de saúde junto aos Procons foram elaboradas com base em dados divulgados nos respectivos Relatórios Anuais de Reclamações Fundamentadas e – para o Paraná – no Cadastro de Fornecedores. Nestes Relatórios são listadas, em ordem alfabética, uma a uma, as empresas de fornecedores de produtos e serviços contras as quais registraram-se

⁹² No último caso, também foram realizadas entrevistas com dirigentes e técnicos do Procon-RJ.

⁹³ Contudo, os Procons atendem também estas reclamações individuais de consumidores de planos coletivos (Átila Nunes Neto coordenador do Procon-RJ entrevista em 03.04.00).

reclamações pertinentes durante o ano; não se especificam, contudo, quais os tipos de fornecedores ou de produtos/serviços.

A forma de divulgação de dados nestes relatórios – desagregação dos dados; ausência de identificação de fornecedores segundo o ramo; tipologia única para reclamações das diversas áreas – requereu algumas decisões metodológicas. A discriminação de operadoras de planos de saúde deu-se com base na denominação da empresa e no tipo de reclamação. Tivemos dificuldade para discriminar hospitais e clínicas a oferecerem planos de saúde daqueles a prestarem apenas serviços de saúde. Classificamos como operadoras aqueles hospitais e clínicas nos quais essa denominação era explícita⁹⁴. Incluímos nessa classificação também aqueles com reclamações específicas de planos de saúde e, ainda, aqueles fornecedores de planos e serviços de saúde contra os quais se apresentavam reclamações que os Procons registravam como *planilha de cálculo, quebra de contrato, e não-inclusão de dependente*; usamos estes tipos de reclamação, como critério de inclusão, em virtude da alta frequência dos mesmos.

As vezes tínhamos dúvidas quanto a classificar, como operadora de plano de saúde, um fornecedor contra o qual não haviam sido registradas queixas específicas da área de atendimento à saúde. Nesses casos, incluímos apenas as operadoras a constarem da relação fornecida pelo DESAS/MG. Valemo-nos também dessa relação para incluir fornecedores da área da saúde que não correspondiam aos critérios anteriores.⁹⁵

Para discriminar as seguradoras, classificamos como exclusivas da área de saúde aquelas de denominação explícita.⁹⁶ Incluímos outras seguradoras, para as quais houve registros de queixas relativas a planos de saúde, como seguradoras não-exclusivas (mistas).

Após essa classificação, agrupamos as seguradoras segundo as modalidades empresas médicas; cooperativas médicas; seguros de saúde, hospitais e clínicas – a operarem planos de saúde – e operadoras de planos odontológicos. Como operadoras de planos odontológicos arrolamos as operadoras exclusivas de planos de odontologia, pois incluímos as *operadoras de assistência médica e odontológica* entre as empresas médicas. A classificação *hospitais e clínicas a operarem planos de saúde* buscou evidenciar planos oferecidos por uma única entidade hospitalar; a rigor estas entidades são empresas médicas e estariam incluídas nessa classificação.⁹⁷

⁹⁴ Incluem em sua denominação, por exemplo, Plano de saúde do Hospital X.

⁹⁵ Não se tomou esta relação como critério único para classificação de operadoras, pois o processo de registro das mesmas ainda está em curso.

⁹⁶ São tradicionais operadoras, ou incluem o termo saúde, ou similar, em sua denominação.

⁹⁷ Segundo o pressuposto da pesquisa, estas operadoras dariam menores garantias de cobertura e apresentariam mais problemas. Esta hipótese, entretanto, não pôde ser testada, pois não foi possível construir índice de reclamações por usuário referente a cada operadora, pois não dispúnhamos do número de beneficiários, por operadora.

Classificamos, segundo tipo, as reclamações registradas contra operadoras de planos e seguros de saúde e, assim, estabelecemos a escala das mais freqüentes, segundo as denominações empregadas pelos Procons; todavia, para fins analíticos, agrupamos reclamações similares, quando pouco freqüentes, sob denominação mais genérica. Consideramos como *reajuste e cobranças indevidas* as reclamações, fundamentadas, classificadas pelo Procon como *cobrança abusiva, reajuste abusivo e reajuste indevido*. Na rubrica *coberturas e autorização para internação, cirurgia e exames* foram classificadas as reclamações registradas como *serviço não-prestado, autorização para operação, autorização para internação, cobertura de apólice, não-autorização de exame, não-atendimento e internação/emergência*; incluímos as reclamações classificadas pelo Procon como quebra de contrato, rescisão de contrato e cancelamento de compra na rubrica *contrato*.⁹⁸

Construímos, ainda, uma escala de operadoras de planos de saúde com reclamações registradas nos respectivos Procons.

Estas escolhas metodológicas derivaram do modo de processamento e divulgação dos dados pelos Procons. Mas têm algumas implicações em especial em virtude da forma de classificação de operadoras. Embora tenhamos tentado garantir a especificidade – ao evitar os falsos positivos –algum fornecedor (hospital ou clínica) pode ter sido classificado como operadora, sem o ser. Falsos negativos, isto é, operadoras contra as quais se registraram reclamações podem não ter sido incluídas, por dificuldade de se as identificar, com base em sua denominação.⁹⁹ Estas limitações, todavia, não afetam, de maneira expressiva, os resultados e os propósitos de conhecer os problemas dos consumidores. De outra parte, discutir as limitações dos dados de que os Procons dispõem foi um dos objetivos do estudo. A identificação de problemas na classificação de fornecedores e na tipificação de reclamações pelos Procons tem implicações importantes.

Com vistas a oferecer um panorama do momento atual, decidimos analisar informações referentes ao ano de 1999. Como esta escolha, contudo, também foi condicionada pela disponibilidade de dados, os períodos sob estudo não são uniformes. Para o Procon-RJ analisamos as reclamações referentes aos anos de 1997 e 1998; para 1999, como o Relatório de Reclamações Fundamentadas do ano ainda não tivesse sido divulgado, apresentamos apenas uma escala das operadoras, com base no levantamento preliminar realizado pela Ouvidoria do Procon-RJ. Para o Procon estadual de São Paulo usamos dados de 1999 e para o do Paraná analisamos as reclamações fundamentadas do Cadastro de Fornecedores, referidas aos últimos cinco anos. Para este último apresentamos, ainda, breve descrição dos atendimentos relativos a operadoras de planos de saúde em 1999.

⁹⁸ No item *outros* agrupamos reclamações pouco freqüentes, classificadas, pelo Procon, como, por exemplo, indenização não efetuada; indenização reduzida; não consta plano pago; não-inclusão de dependentes; propaganda enganosa; retenção de documentos e serviço mal prestado. Estas reclamações variaram ano a ano, e de um Procon a outro.

⁹⁹ Isso pode ter ocorrido no caso de São Paulo, cujo relatório, mais extenso, apresentou maiores dificuldades de

Como a forma e o tipo de dados são diferenciados segundo os Procons, e limitam as comparações, decidimos apresentar as informações, para cada Procon, em separado.

1.2.1 Procon do Paraná

No transcorrer do ano de 1999, o Procon estadual do Paraná, realizou 72.987 atendimentos a consumidores.¹⁰⁰ Deste total, 5,8% (4.216) referiam-se à área da saúde; 80% destas solicitações de informação e reclamações diziam respeito a operadoras de planos e seguros saúde.¹⁰¹

Atendimentos realizados por área, Procon/PR - 1999

Área	n.º	%
atendimentos		
Serviços	22.718	31,15%
Assuntos financeiros	15.599	21,40%
Produtos	12.386	16,97%
Habitação	8.034	11,00%
Saúde	4.216	5,77%
Consórcios	2.849	3,90%
Alimentos	595	0,80%
Extra Procon	6.590	9,01%
Total	72.987	100,00

Fonte: Procon-PR; <http://celepar.br/proconpr>

Como se pode observar na tabela a seguir, os atendimentos a reclamações de consumidores têm aumentado ano a ano, de modo gradual; essa tendência acompanha aquela observada para o conjunto dos atendimentos do Procon, mas os índices de progressão são mais elevados do que aqueles dos atendimentos totais.

Houve mudança nos motivos mais freqüentes de procura dos consumidores ao Procon-PR, nos últimos anos, um sinal das repercussões da nova legislação sobre os consumidores. Enquanto, em 1997, descumprimento e rescisão de contratos, reajustes, prazos de carência foram os motivos de atendimento mais comuns, em 1998, os prazos de carência passaram a ocupar o segundo lugar. Em 1999, com a entrada em vigor da regulamentação do setor de saúde suplementar, embora os problemas relativos a contratos tenham permanecido em primeiro lugar mas, as dúvidas sobre cobranças ascenderam ao

manuseio para a classificação de fornecedores como operadoras.

¹⁰⁰ A maioria dos atendimentos foi feita por telefone (75%) e, a seguir, pessoalmente (16%); o Procon-PR recebe também solicitações por carta e correio eletrônico.

¹⁰¹ Esta área, na classificação do Procon-PR, abriga solicitações de informação e queixas relativas a convênios de assistência médico-hospitalar e odontológica, seguros de saúde, profissionais liberais, hospitais e farmácias.

segundo. E surgiu uma nova modalidade de motivo de procura do Procon pelos consumidores: substituição/alteração do plano.

Escala dos cinco (5) motivos mais freqüentes, relativos a operadoras de planos e seguros de saúde, Procon/PR, 1997-1999

Problema	1997	1998	1999
Contrato (não cumprimento/rescisão)	(1.º) 980	(1.º) 1.097	(1.º) 1.320
Dúvida sobre cobrança	-	(4.º) 232	(2.º) 587
Reajuste	(2.º) 603	(3.º) 394	(3.º) 399
Prazo de carência	(3.º) 150	(2.º) 417	(4.º) 336
Substituição/alteração do plano	-	-	(5.º) 229
Danos causados ao consumidor	(4.º) 47	-	-
Recusa/mal atendimento	(5.º) 70	(5.º) 150	-
Total de atendimentos - operadoras*	2.138	2.653	3.383
Total de atendimentos - área da saúde	2.683	3.530	4.216
Total de atendimentos Procon-PR	60.093	67.362	72.987

*total de atendimentos referentes a operadoras de planos e seguros de saúde no ano

Fonte: Procon/PR, elaboração própria com base em dados disponíveis em <http://celepar.br/proconpr>

Parte destes atendimentos resultou em registro de reclamações. A forma de apresentação dos dados no Cadastro de Fornecedores, porém, não nos permitiu contar o número de reclamações por tipo, pois são referidas apenas as de maior ocorrência. Conseguimos, todavia, qualificar aquelas mencionadas mais vezes.

Os motivos mais freqüentes de reclamações registradas, nos últimos cinco anos – seguindo, em parte, aqueles dos atendimentos – diziam respeito a contratos, dúvidas sobre cobrança, reajustes, ressarcimento de despesas e não-pagamento de sinistro. É interessante observar que preocupações quanto a prazos de carência não tiveram tradução em reclamações específicas. Talvez isso se deva à existência de regras claras, definidas pela Lei 9.656, que permitem a solução do problema por meio de simples esclarecimento. Outra possibilidade é o registro deste tipo de reclamação estar sendo feito sob outra rubrica, como aquela relativa aos contratos, abrangente em demasia.

Reclamações mais freqüentes contra operadoras de planos de saúde

- escala qualitativa* - PROCON/PR

Tipo de Reclamação	Posição
Contrato (descumprimento, rescisão, etc.)	1º
Dúvida sobre cobrança	2º
Reajuste (mensalidade, dúvida sobre, etc.)	3º
Ressarcimento de despesas (médicas, hospitalares, exames)	3º
Não-pagamento de sinistro (total, parcial, etc.)	4º
Recusa/Mal Atendimento	5º
Nota fiscal/recibo (não-fornecimento, irregular, etc.)	6º
Preço (não-afixado)	6º
Propaganda enganosa/venda enganosa	7º
Valor a ser devolvido (cálculo, seguro, previdência, etc.)	7º
Danos causados ao consumidor (pessoais/materiais)	8º
Qualidade(serviço, produto)	8º
Cobrança indevida(duplicidade, taxa indevida, etc.)	9º
Imperícia/negligência/omissão de atendimento	9º
Pagamento (atrasado, não recebeu, etc.)	10º

*São relacionadas também, uma única vez, as seguintes reclamações: aumento abusivo, cobrança de forma constrangedora/difamatória, garantia (não-cumprimento), irregularidade administrativa, não-entrega do produto/serviço no prazo estipulado, sem registro no órgão competente (profis., hosp., etc.) e substituição/alteração do plano de saúde.

Fonte: PROCON/PR; elaboração própria, com base no Cadastro de Fornecedores (abril de 2000) disponível em <http://celepar.br/proconpr>

A maioria dos problemas foram resolvidos (54%); um terço das reclamações estariam em andamento e apenas 10% não teriam sido resolvidas, segundo os registros.

As modalidades de operadoras contra as quais se registraram mais reclamações foram as cooperativas médicas, seguidas pelas empresas médicas e por hospitais e clínicas a oferecerem planos de saúde; no topo da escala estiveram a Unimed-Curitiba e a Amil. É necessário ressaltar que o maior número de reclamações reflete características do mercado de planos de saúde em cada estado, e se relaciona aos tamanhos da carteira e da clientela de cada operadora. Para uma comparação entre operadoras seria necessário, assim, construir um índice de reclamações por segurados, tendo-se por base o número de beneficiários de cada operadora por estado; contudo, não pudemos dispor destas informações.

Operadoras de planos e seguros de saúde contra as quais foram registradas reclamações, segundo tipo, no PROCON-PR

Tipo de Operadora	nº operadoras	Resolvidas	Em andamento	Não resolv.	Total
Coop. Médicas	10	113	78	20	211
Empresas médicas	11	47	24	8	79
Hospitais e clínicas*	9	26	11	4	41
Seguros de saúde**	7	3	4	(205)** 2	***9
Odontológicos	8	4	8	3	15
Total	45	193	125	37	355

*Hospitais e clínicas que operam planos de saúde; **Total de reclamações contra "seguradoras 'não-exclusivas', para as quais também foram registradas reclamações específicas a planos de saúde;

***Reclamações referentes a carteira de seguros/planos de saúde, exclusivamente.

Fonte: PROCON/PR; elaboração própria, com base no Cadastro de Fornecedores (abril 2000, em <http://celepar.br/proconpr>)

Escala de operadoras contra as quais foram registradas reclamações, fundamentadas no PROCON/PR

Empresa	n.º reclamações
Unimed Curitiba Soc. Coop. De Serv. Med. e Hospitalares	205
Amil - Assistência Médica Internacional Ltda	47
Plano de Saúde do Hospital N.S.Graças	28
Paraná Clinicas Assistência Médica	9
Uniclínicas - Assistência Medico Hospitalar Ltda	9
Clisama Assistência Médica S/C Ltda	6
Odonto Saúde Assistência Odontológica	4
Uni-Pax Adm de Assistência Odontológica Ltda	3
Hospital e Maternidade São Carlos	2
Tavares Corretora de Seguros Ltda	2

*Apenas uma reclamação foi registrada contra cada uma das outras 35 operadoras de planos de saúde constantes do Cadastro de Fornecedores.

Fonte: Elaboração própria com base no Cadastro de Reclamações Fundamentadas do PROCON/PR (04/1995-04/2000, em <http://celepar.br/proconpr/>)

1.2.2 Procon do Rio de Janeiro

No Procon-RJ, assim como na maioria dos Procons, observa-se aumento gradual do número de atendimentos e de reclamações, para o conjunto das áreas de consumo. A cada ano, um número maior de consumidores registra sua reclamação. E isso se dá menos em virtude de deterioração das relações de consumo e mais por conta de difusão das possibilidades de solução do conflito através de recurso a este organismo. No último triênio, o aumento do número de reclamações registradas, para o conjunto das áreas, superou a

casa dos 50%: em 1997 foram acolhidas 27.817 reclamações, em 1998, 35.283 e em 1999, registradas 43.149.

Entre os anos de 1997 e 1998 observou-se um leve decréscimo (12%) das reclamações fundamentadas contra operadoras de planos de saúde. Enquanto em 1997 foram registradas 1.136 reclamações, contra 85 dessas empresas, em 1998 este registro alcançou 970 reclamações, contra 70 operadoras; cerca da metade dessas foram resolvidas (44% em 1997 e 49% em 1998) nos processos administrativos instaurados pelo Procon-RJ. Houve, assim, ligeiro aumento do grau de resolução, de um ano para o outro.

Reclamações fundamentadas contra operadoras de planos de saúde, registradas no PROCON/RJ - 1997

Tipo de operadora	Nº operadoras	Atendidas	Não atend.	Total
Empresas Médicas	50	342	456	798
Cooperativas médicas*	9	110	122	232
Hospitais e clínicas	14	25	19	44
Seguro saúde**	4	(50) **16	(53) **9	(103) ** 25
Odontológicas	8	17	20	37
Total	85	510	626	1136

*Neste total, incluem-se duas operadoras na modalidade de autogestão contra as quais foram registradas seis reclamações. ** Reclamações referentes apenas à carteira de seguros/planos de saúde. Entre parênteses aparecem os totais de reclamações contra "seguradoras 'não-exclusivas', contra as quais também se registraram reclamações relativas a planos de saúde.

Fonte: Procon-RJ elaboração própria, com base no Relatório de Reclamações Fundamentadas, publicado pelo PROCON/RJ no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro em 04/12/98, suplemento ao nº 226, parte 1. p. 1-97.

Reclamações fundamentadas contra operadoras de planos de saúde, registradas no PROCON/RJ - 1998

Tipo de operadora	Nº operadoras	Atendidas	Não atend.	Total
Empresas médicas	40	323	346	674
Coop. Médicas*	3	94	90	184
Seguros Saúde	6	44	35	79
Hospitais e clínicas**	12	13	9	21
Odontológicas***	9	3	9	12
Total	70	477	493	970

*Inclui uma reclamação referente à SOMOC - Soc. Assist. dos Médicos da Ordem do Carmo, e duas referentes à CAARJ; **Hospitais e clínicas a operarem planos de saúde; ***Estão relacionadas apenas operadoras exclusivas de planos odontológicos; as operadoras de assistência médica odontológica foram incluídas entre as empresas médicas.

Fonte: Elaboração própria, com base no Relatório de Reclamações Fundamentadas, publicado pelo PROCON/PR no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro em 23/04/99, suplemento ao nº 76, parte 1, p. 1-94.

As operadoras contra as quais se registraram mais reclamações, em ambos os anos, foram aquelas classificadas como empresas médicas, seguidas das cooperativas médicas. A maioria das reclamações disse respeito a poucas operadoras; cerca de 67% das reclamações registradas em 1997 concentraram-se apenas na Golden Cross, na Unimed-Rio, na Amil e na Assim.

Escala das operadoras de planos de saúde contra as quais o PROCON/RJ recebeu reclamações, em 1997.

Empresa	Nº de reclamações
Golden Cross	316
Unimed Rio Coop. de Trab. Médico	205
Amil Assistência Médica Integrada Ltda.	154
Assim Assistência Médica Integrada	73
Miller Assistência Médica	35
Semeg - Serviços Médicos	25
Dental Prev Assist. Odontológica Especializada	24
Save Assistência Médica Hospitalar Ltda.	23
Smb – Saúde	20
Med-Odonto Socied. Médica Odont. Sta. Bárbara	18

* Entre as outras 75 operadoras listadas, contra 59 foram registradas menos de cinco reclamações cada uma.

Fonte: elaboração própria, com base no Relatório de Reclamações Fundamentadas, publicado pelo PROCON/RJ no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro em 04/12/98, suplemento ao nº 226, parte 1. p. 1-97.

Em 1998, as reclamações estiveram um pouco menos concentradas. Mas as mesmas quatro operadoras foram responsáveis por cerca da metade das reclamações (56%); dois terços das reclamações se distribuíram entre seis operadoras, (às quatro anteriores se somaram, a Bradesco Saúde e a Miller Assistência Médica.

Escala das operadoras de planos de saúde, contra as quais houve reclamações fundamentadas, registradas pelo PROCON/RJ, em 1998

Operadora	Nº de reclamações
Golden Cross	186
Unimed Rio Coop. De Trabalho Médico	177
Amil Assistência Médica Integrada	129
Assim Assistência Médica Integrada	59
Bradesco Saúde S.A.	57
Miller Assistência Médica	49
Adress - Sistemas de Saúde	45
Soc. Italiana de Benefício e Mútuo Socorro	45
Save Assist. Médica Hospitalar Ltda.	29
SMB Saúde Ltda.	27

* Entre as outras 60 operadoras listadas, contra 51 registraram-se menos de cinco reclamações cada uma.

Fonte: PROCON/RJ; elaboração própria com base no Relatório de Reclamações Fundamentadas, publicado no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro em 23/04/99, suplemento ao nº 76, parte 1, p. 1-94.

Em 1999, registrou-se contra a Golden Cross, a Unimed, a Miller, a Assim e a Adress o maior número de reclamações. A vigilância sobre essas operadoras talvez leve à redução dos problemas.

Escala das operadoras de planos de saúde que receberam reclamações fundamentadas, e registradas pelo PROCON/RJ, em 1999, e no primeiro quadrimestre de 2000*

Operadora	Nº de reclamações	
	1999	2000
Golden Cross	138	14
Unimed Rio Coop. de Trabalho Médico	112	9
Miller Assistência Médica	58	19
Assim Assistência Médica Integrada	50	6
Adress - Sistemas de Saúde	25	11
SMB Saúde Ltda.	24	6
Save Assist. Médica Hospitalar Ltda.	22	7
Amil Assistência Médica Integrada	20	6
Bradesco Saúde S.A.	16	12
SEMEG	12	**
Sul América Saúde	8	**

* Até abril de 2000; ** Foram listadas pelo Procon-RJ apenas 9 operadoras no ranking divulgado.

Fonte: Procon-RJ

A classificação das reclamações recebidas pelo Procon-RJ, segue o padrão daquelas contra qualquer outro tipo de fornecedor. E embora restrinja as possibilidades de

análises mais específicas é uma forma de aproximação aos problemas dos consumidores de planos de saúde.

Grande parte das reclamações referiu-se a reajuste e cálculo de mensalidades. Em 1997, 60% das reclamações foram registradas nas rubricas *planilha de cálculos, reajustes e cobranças indevidas, devolução e reembolso*; em 1998, estas rubricas foram responsáveis por 40% das reclamações. A reclamação *planilha de cálculo* é empregada quando se solicita uma análise de custos para se discutir as bases do reajuste. As reclamações quanto a reembolsos muitas vezes tratam de pagamentos de serviços prestados fora da área de domicílio, ou seja, em áreas nas quais a operadora não dispõe de serviços credenciados.

Problemas relativos aos contratos – rescisão, quebra e cancelamento de compra – foram outros motivos comuns de reclamação. Em 1998 a rubrica *pedido de esclarecimento* alcançou o segundo lugar na escala de reclamações; esta rubrica, porém, não indica a qual aspecto contratual ou monetário, se pede o esclarecimento.

O aumento importante de pedidos de esclarecimento, em 1998 e 1999, foi condicionado, em parte, pela nova legislação. Os consumidores passaram a questionar mais os termos contratuais quanto às garantias de cobertura, ao mesmo tempo em que as alterações da legislação, suscitaram mais dúvidas. Os pedidos de esclarecimento em geral se referem aos termos dos contratos, em particular àqueles relativos a cobertura.¹⁰²

Problemas relativos a cobertura e as autorizações para exames e internações não chegaram a representar 10% dos motivos de reclamação. A estes, contudo, podemos somar as reclamações devidas a serviços não-prestados, em geral referidas como negativas de realização de exames.¹⁰³

Em 1999, as principais reclamações, segundo técnicos entrevistados, teriam versado sobre pedidos de esclarecimento sobre contratos e coberturas, e sobre reajustes. A quantidade de reclamações quanto a prazos de carência e de internação teria diminuído nos últimos anos, por conta de ajustamentos das operadoras à legislação.

Tipos de reclamações contra operadoras de planos de saúde PROCON/RJ - 1997

Tipo de reclamação	Atend.	Não atend	Total	% atend.
---------------------------	---------------	------------------	--------------	-----------------

¹⁰² José Carlos da Mata Rodrigues, Ouvidor do Procon-RJ, entrevista em 05 de maio de 2000.

¹⁰³ José Carlos da Mata Rodrigues, Ouvidor do Procon-RJ, entrevista em 05 de maio de 2000.

Planilha de cálculos	140	164	304	46%
Pedido de esclarecimento	113	149	262	43%
Reajustes e cobranças indevidas*	105	145	250	42%
Devolução de importância	55	74	129	42%
Contrato (quebra/rescisão)**	46	39	85	54%
Serviço não prestado	25	27	52	48%
Autorização internação, cirurgia, exames***	9	12	21	43%
Tempo de carência	-	3	3	0%
Outros****	17	13	30	56%
Total	510	626	1.136	44%

*Neste item foram agrupadas as reclamações classificadas, pelo PROCON/RJ, como cobrança abusiva, cobrança indevida e reajuste indevido. ** Neste item foram agrupadas as reclamações classificadas, pelo PROCON/RJ, como quebra de contrato, rescisão de contrato e renovação de contrato (1). *** Neste item foram agrupadas as reclamações, classificadas pelo PROCON/RJ, como autorização para operação, autorização para internação, não-autorização de exame, não-internação/emergência, proibição de exame de sangue. **** Neste item foram agrupadas as reclamações classificadas, pelo PROCON/RJ, como não consta plano pago, propaganda enganosa, retenção de documentos, troca de plano não-efetivada, serviço com defeito, serviço incompleto, exigência de caução, não-liberação de exame, nota fiscal não-entregue, plano/produto não-entregue, produto com defeito.

Fonte: elaboração própria com base no Relatório de Reclamações Fundamentadas, publicado pelo PROCON/RJ no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro em 04/12/98, suplemento ao nº 226, parte 1. p. 1-97.

Tipos de reclamações contra operadoras de planos de saúde PROCON/RJ - 1998

Tipo de reclamação	Atend	Não Atend	Total	% atend.
Planilha de cálculos	122	147	269	45%
Pedido de esclarecimento	111	83	194	57%
Reajuste e cobranças indevidas*	100	114	214	46%
Devolução de importância/reembolso	44	49	93	47%
Coberturas, autorização, internação, cirurgia, exames**	42	38	80	52%
Contrato***	37	45	82	45%
Tempo de carência	8	2	10	80%
Outros****	13	15	28	46%
Total	477	493	970	49%

* Neste item foram agrupadas as reclamações classificadas, pelo PROCON/RJ, como cobrança abusiva, cobrança indevida, reajuste abusivo e reajuste indevido. ** Neste item foram agrupadas as reclamações classificadas, pelo PROCON/RJ, como serviço não-prestado, autorização para operação, autorização para internação, cobertura de apólice, não-autorização de exame, não-atendimento e internação/emergência. *** Neste item foram agrupadas as reclamações classificadas, pelo PROCON/RJ, como quebra de contrato, rescisão de contrato. **** Neste item foram agrupadas as reclamações classificadas, pelo PROCON/RJ, como indenização não-efetuada, indenização reduzida, não consta plano pago, não-inclusão de dependentes, propaganda enganosa, retenção de documentos, serviço mal prestado, devolução de exames.

Fonte: elaboração própria, com base no Relatório de Reclamações Fundamentadas, publicado pelo PROCON/RJ no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro em 23/04/99, suplemento ao nº76, parte 1, p. 1-94.

Mudanças nos tipos de reclamações, ao longo do período, são sinais da tendência de ajustamento às legislações – seja ao Código de Defesa do Consumidor, seja à legislação de regulamentação da saúde suplementar – de operadoras e consumidores. Embora a regulamentação do setor ainda esteja em processo, a promulgação da legislação específica e a difusão das novas normas conferem transparência aos processos e induzem os agentes a se ajustarem às regras estipuladas, e a se atenuarem os conflitos.¹⁰⁴

Segundo o coordenador do Procon-RJ, a possibilidade de resolução das reclamações teria sido ampliada pela legislação específica, que tornou as regras mais claras. Com o apoio da nova legislação de regulamentação do setor de saúde suplementar, a atuação dos Procons ganhou agilidade. A legislação também permitiu que os consumidores comparassem melhor as operadoras. E, ao estabelecer regras de cobertura e proibir limites às internações, reduziu problemas nas relações de consumo neste campo. A maior transparência quanto aos direitos dos consumidores, assim como as regras específicas quanto às queixas, e ao mesmo tempo, ao limitar as possibilidades de queixas¹⁰⁵, passaram a orientar as ações dos consumidores.

Anteriormente à legislação específica, dependia-se de decisão judicial, de jurisprudência, de um emaranhado de decisões prévias, dispersas, sendo difícil o consumidor conhecê-las. Paralelamente a um amadurecimento do mercado de planos de saúde, nos últimos anos, e à atenuação de abusos por parte das operadoras, a nova legislação definiu, claramente determinadas, regras. E, assim, tornou obsoleto certos tipos de reclamações e de abusos, como os limites de tempo de internação, agora proibidos por lei.¹⁰⁶

1.2.3 Procon de São Paulo

¹⁰⁴ As sanções definidas na legislação, assim como experiências anteriores de processos administrativos junto aos Procons, contribuem para tal.

¹⁰⁵ "O consumidor passa a ter de aceitar que, a partir de agora, existe uma regulamentação específica sobre aquela matéria. O consumidor entrava na Justiça por diversas coisas que ele achava ter direito e ganhava, na maioria das vezes, agora não. Em função da regulamentação exclusiva sobre a matéria, existe um ônus – além de direitos: deveres. Da mesma forma que anteriormente cada empresa praticava prazos diferentes para planos de saúde inadimplentes, hoje existe um prazo estabelecido em lei. O máximo que a empresa pode fazer é aumentar esse prazo por iniciativa própria. (...) O consumidor está aprendendo a lidar com essa dificuldade de saber que agora existe uma regulamentação a respeito. De uma forma geral, a lei (de regulamentação do setor de saúde suplementar) tende muito mais à defesa do consumidor do que das operadoras de plano de saúde (...) É um passo a frente na relação de consumo no Brasil, dessa matéria" (Átila Nunes Neto, coordenador do Procon-RJ, entrevista em 03.04.2000)

¹⁰⁶ Na opinião do coordenador do Procon-RJ, deveriam vigorar também para consumidores de planos antigos as regras que permitem a permanência no plano após demissão ou aposentadoria, para quem é assegurado a mais de 10 anos. E seria preciso estabelecer regras que facilitassem a continuidade nos planos coletivos dos empregados que se aposentam, por tempo indeterminado; e elaborar-se um escalonamento – de direitos e de reajustes – que facilite a migração dos consumidores de planos antigos para planos que estejam em acordo com a nova legislação, e que torne a mesma menos onerosa. A manutenção no mercado de dois tipos de consumidores – clientes de planos 'antigos' e clientes de planos 'novos' – com direitos muito distintos, tornaria o mercado discriminatório.

O Procon de São Paulo, em 1999, cadastrou 4.058 fornecedores contra os quais deu-se o registro de reclamações fundamentadas. Entre estes fornecedores, classificamos 104 como operadoras de planos de saúde e contamos 1.160 reclamações específicas.¹⁰⁷

O número de atendimentos, contudo, supera em muito o das reclamações. No que concerne aos planos de saúde, em 1999, para cada quatro atendimentos teria sido registrada uma reclamação (O Globo, 22.03.00, p.28). Esta relação é mais elevada do que para os atendimentos para o conjunto das áreas, que não alcança 10%.¹⁰⁸ Estes dados indicam, novamente, a importância da atuação dos Procons no esclarecimento e na informação aos consumidores. A maioria dos atendimentos dos Procons conclui-se com a prestação de informação.¹⁰⁹

No ano de 1999 os fornecedores atenderam cerca de 40% das reclamações fundamentadas. As operadoras contra as quais se registraram mais queixas foram as empresas médicas, seguidas pelas de seguros de saúde e pelas cooperativas médicas. Chama atenção a diferença na resolução dos problemas entre os tipos de operadoras, pois as cooperativas médicas, por exemplo, responderam 60% das reclamações.¹¹⁰

Quadro de reclamações fundamentadas contra operadoras de planos de saúde junto ao PROCON/SP - 1999

Tipo de operadora	Nº operadoras	Atendida s	Não atend.	Total	% Atend
Empresas médicas	69	320	517	837	38%
Seguros saúde**	3	42	80	122	34%
Coop. Médicas	6	49	32	81	60%
Hospitais e clínicas*	11	30	50	80	38%
Odontológicos	15	19	21	40	48%
Total	104	460	700	1160	40%

*Hospitais e clínicas que oferecem planos de saúde.

**Total referente aos seguros exclusivos de saúde. Foram também registradas reclamações relacionadas a planos/seguros saúde contra outras 10 seguradoras. Os seguros 'não-exclusivos' suscitaram 304 reclamações.

Fonte: PROCON/SP; elaboração própria, com base no relatório de Reclamações Fundamentadas 1999, em <http://www.procon.sp.gov.br/>

¹⁰⁷ O número de operadoras e reclamações refere-se àquelas classificadas conforme se descreve na seção referente a aspectos metodológicos. O número de operadoras e reclamações registradas junto ao Procon-SP no ano provavelmente foi maior.

¹⁰⁸ Em 1992, por exemplo, foram computadas 169.324 consultas ao Procon-SP e registradas 11.320 reclamações (Taschner, 1995).

¹⁰⁹ O Procon-SP, inclusive apresenta em sua *home page* uma seção de perguntas mais freqüentes para a área da saúde, cujo tópico principal refere-se a planos de saúde.

¹¹⁰ Em diversos outros estados, as Unimed são consideradas refratárias ao cumprimento da legislação (Desas/Fiscalização, 1999).

Assim, cerca da metade das reclamações, junto ao Procon-SP – e também ao Procon-RJ –, não foram atendidas pelos fornecedores.¹¹¹

Diferentemente do que ocorre no Rio de Janeiro, em São Paulo as reclamações distribuem-se por mais operadoras; contudo, cerca de 60% das queixas dirigiram-se a dez operadoras. As que suscitaram mais reclamações em 1999, foram a Saúde Unicolor, a Amil, a Blue Life, a Golden Cross e a Amico. Algumas seguradoras também apresentaram elevado número de reclamações, mas não aparecem na escala; isso se deu porque não conseguimos discriminar as reclamações específicas de planos/seguros de saúde daquelas de outros seguros de suas carteiras.

Quadro* de reclamações fundamentadas contra operadoras de planos de saúde junto ao PROCON/SP - 1999

Operadora	n.º de reclamações
Saúde Unicolor Assistência Médica Ltda.	123
Amil Assistência Médica Internacional Ltda.	114
Blue Life - Associação de Médicos de São Paulo	93
Golden Cross Seguradora S/A	67
Amico Assist. Médica e Indústrias e Comércio Ltda.	60
Unimed de São Paulo Cooperativa de Trabalho Médico	51
Clube Sul América Saúde Vida e Previdência	49
Golden Cross Assistência Internacional de Saúde S/A	47
Sociedade de Beneficência e Filantropia São Cristóvão	38
Sim Serviço Ibirapuera de Medicina S/C Ltda.	37

* Não incluímos no quadro as seguradoras não-exclusivas de seguros saúde, pois não foi possível discriminar as reclamações referentes a planos e seguros de saúde; provavelmente a Sul América Aetna e a Bradesco Seguros também estão entre as dez operadoras a motivarem maior número de reclamações.

Fonte: PROCON/SP; elaboração própria com base no relatório de Reclamações Fundamentadas 1999, em <http://www.procon.sp.gov.br/>

Como também aconteceu no Rio de Janeiro, as reclamações junto ao Procon-SP decorreram, em sua maioria, de reajustes de preços e alterações de contratos; cerca da metade disse respeito a reajustes, em especial aqueles devidos a alteração da faixa etária. Na elaboração da escala de reclamações, apresentada na tabela a seguir, buscamos manter a classificação empregada pelo Procon; contudo algumas rubricas utilizadas para classificar problemas relativos a planos de saúde têm denominações genéricas – *outros problemas de contratos de saúde (não cobertura/ abrangência/ reembolso)*

¹¹¹ No Paraná, houve maior grau de resolução, mas parte dos processos continuava em tramitação. Estas diferenças podem ser resultado da dinâmica do processamento de reclamações, de critérios distintos de classificação das reclamações, e das diferenças do mercado, e das relações de consumo, em cada estado.

rescisão/substituição/alteração de contrato de saúde – e, assim não permitem conhecermos mais a fundo as reclamações dos consumidores.¹¹²

Reclamações contra operadoras de planos de saúde/PROCON/SP - 1999

Tipo de reclamação	n.º
Reajuste e cobranças indevidas*	336
Reajuste por alteração de faixa etária	236
Outros problemas de contratos de saúde (não-cobertura/abrangência/reembolso**)	231
Rescisão/Substituição/Alteração de contrato de saúde **	214
Descumprimento de garantia pelo convênio médico (guia)	98
Recusa/mau atendimento/má prestação	23
Outros***	22
Total	1.160

* Neste item, agrupamos reajuste (aluguel/prestação), reajuste anual de contrato de saúde com percentual elevado, reajuste praticado em desacordo com a periodicidade permitida e preço do produto/serviço. **Esta é a denominação utilizada pelo Procon. *** Neste item, agrupamos as reclamações garantia-descumprimento, prazo; não-fornecimento de documento, falta de assistência técnica, falta de registro/autorização junto ao órgão competente, não-entrega do contrato, não-pagamento de indenização, problemas relativos a emissão/remessa de carnês, procedimento de cobrança violenta/difamatória, publicidade enganosa, suspeita quanto à qualidade/eficácia do produto/serviço.

Fonte: PROCON/SP; elaboração própria com base no relatório de Reclamações Fundamentadas 1999, em <http://www.procon.sp.gov.br/>

1.2.4 Discussão

O estudo sobre reclamações de consumidores junto aos Procons, e uma breve análise, permitiram a elaboração de um perfil das queixas de consumidores contra operadoras de planos de saúde nos estados do Paraná, do Rio de Janeiro e de São Paulo, assim como a discussão de limitações dos dados. Apresentamos a seguir uma síntese de nossas principais observações.

Os dados dos Procons, na forma atual, prestam-se para produzir informações a respeito das modalidades de reclamações – embora com limitações – e do quadro de operadoras a suscitarem maior volume de reclamações junto aos Procons. Assim, servem para orientar a fiscalização. No Paraná, os atendimentos do Procon conforme revelam insuficiência de informação por parte dos usuários de planos de saúde.

¹¹² Foram agrupadas na categoria *outros* apenas as rubricas que motivaram poucas reclamações, e não foi possível identificar reclamações mais específicas. Entretanto, as reclamações referentes a reajuste são apresentadas com mais detalhes, o que mostra alguma preocupação do Procon SP de definir melhor as reclamações.

A forma de classificação das reclamações usada pelos Procons dificulta o conhecimento de peculiaridades dos problemas dos consumidores. A articulação com o Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor do Ministério da Justiça, e com os Procons, com vistas a se elaborar uma tipologia comum de classificação de reclamações permitiria uma identificação mais precisa das queixas. E, assim, as análises das demandas dos consumidores, com base no *Cadastro de Reclamações Fundamentadas contra Fornecedores / Relatórios Anuais de Reclamações Fundamentadas*, seriam facilitadas.

O não-atendimento, pelos fornecedores, de cerca da metade das reclamações indica limites dos Procons no acolhimento de demandas individuais. E indica campos para ações de vigilância e regulação, de competência da ANS.

O acompanhamento, pela ANS, das reclamações contra operadoras – junto aos Procons – a construção, conjunta, de relatórios sobre fornecedores de planos de saúde e o estabelecimento de fluxo regular de informações entre os Procons e a ANS poderá contribuir, também, para a identificação de empresas a atuarem sem o registro junto à ANS.

Compartilhar da elaboração de um quadro de cláusulas contratuais consideradas abusivas – a ser divulgado, anualmente, pela Secretaria de Direito Econômico –; com o intuito de contribuir para a orientação dos órgãos de defesa do consumidor, poderia ser outra parceria da ANS com o Sistema Nacional de Defesa Consumidor.

Mas, mesmo sem outras iniciativas de parceria, o acompanhamento das informações divulgadas nos Relatórios de Reclamações Fundamentadas, e o recebimento de informações agregadas, dos Procons, poderia subsidiar atividades pró-ativas de fiscalização, da ANS, junto às operadoras que suscitam mais reclamações. E, assim, auxiliaria na identificação de lacunas na regulamentação e dos ajustes normativos porventura necessários.

2. O sistema de fiscalização/ouvidoria do DESAS/MS, em transição para a ANS.

Até a implantação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o atendimento às demandas individuais de consumidores de planos de saúde, por parte do Ministério da Saúde, cabia ao setor de fiscalização/ouvidoria do Departamento de Saúde Suplementar – DESAS, através de um sistema de fiscalização.

O DESAS articulava sua fiscalização à Procon's, e, assim, o que fortalecia a ação estatal na regulação do mercado. No quadro em configuração, o mercado é regulado, institucionalmente, pela ANS, e pela indução institucional de atuação dos Procon's, favorecida pela estrutura de ouvidoria/fiscalização do MS, em transição para a ANS.

Neste tópico, analisaremos o sistema em formação, segundo a atual capacidade institucional e o perfil das demandas dos consumidores ao setor de fiscalização/ouvidoria do DESAS. Para o estudo preliminar foram consultados relatórios individuais de consultores da ouvidoria no núcleo central do DESAS, no Distrito Federal, e o relatório “Fiscalização: 1999”¹¹³, este relatório apresenta um balanço do setor, no momento da transferência das atividades do DESAS para a ANS. Submetemos as informações a confirmação, através de entrevista, com um consultor, e de outros contatos com consultores e dirigentes do DESAS.

2.1 Capacidade institucional

Antes da estruturação da ANS, existiam Núcleos (ou Serviços) de Fiscalização/Ouvidoria do DESAS em todos os estados da federação; e a sede do DESAS se localizava no DF. Nos estados de SP, RJ e MG, onde se observa a maior concentração de planos e seguros de saúde, havia Divisões de Serviços de Saúde Suplementar. Com a criação da ANS, a estrutura central da regulação foi transferida para o RJ.

Segundo relatos de fiscais que atuavam no escritório central, em Brasília, os consumidores dirigiam-se, na maioria das vezes, diretamente aos serviços estaduais, embora fosse possível enviar cartas, fax, e-mails ou telefonemas, de outros estados, à sede do DF .

Diante das demandas mais simples, os consumidores eram orientados por telefone; as demandas mais complexas exigiam o exame do contrato com a operadora. Havia uma divisão de trabalho implícita, porém não regulamentada, com os Procon’s estaduais. Era hábito, por exemplo, que aspectos relacionados a pagamentos e cobranças coubessem aos Procon’s e aqueles vinculados aos produtos contratados diretamente ao DESAS.

A partir de julho de 1999, o DESAS começou a lavrar os autos de infração, depois de organizada uma estrutura de fiscais com autoridade pública reconhecida. Segundo o escritório central da fiscalização, grande parte das reclamações dos consumidores resultava de informações pouco objetivas difundidas pela mídia e pelo MS, no ambiente de transição dos regimes de regulação.

O relatório “Fiscalização: 1999” indica ter havido, no período, uma progressiva ampliação de competências do DESAS na regulação do setor; as funções de fiscalização, por exemplo, foram incluídas, sem ampliação da estrutura do órgão. A própria estrutura central da fiscalização dispunha de quatro profissionais e tinha necessidade de dois advogados, em função do volume de contratos sob análise.

¹¹³ MS/DESAS, **Fiscalização: 1999**, Relatório, mimeo, dezembro/2000.

Na estrutura física do sistema de fiscalização do DESAS, nos estados, quase todos os núcleos contam com uma estrutura mínima, que consiste de uma sala, uma linha telefônica, um microcomputador, uma impressora e um fax; nem todos os conjuntos no entanto permitem o acesso a internet. Nos estados de Pernambuco e Roraima faltam os microcomputadores e não se relata existência de estrutura em Tocantins.

Considerando-se o volume de procedimentos efetuados, o DESAS revela uma economia de burocracia e elevado alcance da ação, possivelmente em função de tecnologias de comunicação eficientes.

Segundo o relatório de atividades, as deficiências na organização incluem falta de sistema de arquivamento de processos administrativos, carência de vínculo, ao trabalho, de funcionários, nos estados, e falta de acesso à internet de todos os núcleos e divisões estaduais de fiscalização.

De julho a dezembro de 1999, a coordenação de fiscalização do DESAS analisou 43 processos e cinco chegaram ao julgamento final. Destes, quatro resultaram na decisão de se aplicar multa pecuniária e um gerou apenas uma advertência. Dois dos processos com multas, foram encaminhadas ao CONSU, Conselho de Saúde Suplementar, em virtude de recurso da operadora, e foram notificados e sobrestados na coordenação. No ano de 1999, o DESAS realizou, em todo o país, 3.318 diligências com base em queixas de consumidores, e lavrou 826 autos de infração.

Os entrevistados atribuem o descompasso entre o grande número de autos de infração (826), os processos analisados (43) e, as decisões (5) ao próprio fluxo lento das decisões, em função das garantias asseguradas às partes. No entanto, nenhuma decisão a envolver multa pecuniária esgotou as instâncias decisórias no período. Este resultado contradiz o que se observa para o sistema Procon's, onde a produção de decisões é mais marcante. Embora os processos administrativos cheguem ao final, os fornecedores não atendem cerca da metade das reclamações.

2.2 Perfil das queixas dos consumidores no sistema DESAS

O fluxo de decisões estabelecido pelo DESAS caracteriza-se pelo elevado acolhimento de demandas dos consumidores, e por sucessivas ratificações ao longo de cada processo. O sistema, em suma, se inicia com a demanda do consumidor e não com a fiscalização preventiva. Em lugar da fiscalização, dá-se a análise dos produtos das operadoras no momento do registro, no DESAS, segundo os termos da Lei 9.656.

O modelo de fiscalização, desencadeada por queixas de consumidores (através de telefonemas, cartas, correio eletrônico, fax, entre outros) configura uma ouvidoria do

sistema de saúde suplementar. Frente às demais agências de regulação instituídas no país, contudo, a importância da ouvidoria no DESAS é menor.

Na Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), na Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) e na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Ouvidor é um membro efetivo da diretoria, indicado pelo Presidente da República e aprovado pelo Senado; assim, goza de autonomia elevada e alta importância.

O sistema do DESAS, transferido, com modificações, para a nova Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), configura um sistema de fiscalização a se articular com outras instituições, como os Procon's, e com parte da rede de defesa dos consumidores.

Por sua vez, o fluxo de decisões é mais complexo e mais sujeito a recursos e ratificações que o observado nos Procon's, onde a análise da procedência das queixas dos consumidores gera a abertura de processo administrativo.

Em síntese, o sistema do DESAS responde a demandas do consumidor, as quais, diante de indícios de ilícito, levam a abertura de processo. Em caso de confirmação dos indícios, providencia-se a reparação imediata, se possível. Caso contrário, lavra-se um auto de infração, notifica-se o infrator e se encaminha o processo ao diretor do DESAS, para julgamento. Em caso de condenação do infrator, cabe recurso ao CONSU, instância máxima do sistema; a instância superior de recurso para demandantes e possíveis infratores é o judiciário. Este sistema de ratificações justifica que apenas 5 processos tenham sido julgados (e ainda estejam sujeitos a recursos junto ao CONSU) entre os 826 autos de infração lavrados.

Entre os 826 autos de infração praticados no período de julho a dezembro de 1999, houve o predomínio significativo (84%) do motivo "registro", que se refere a operadoras sem plena habilitação para prestar serviços e celebrar contratos. Chamam atenção as pequenas participações (5,46%) das queixas relacionadas à cobertura e ao aumento das mensalidades (4,23%), respectivamente segundo e terceiro motivos.

Estes dados podem ser considerados auspiciosos. A baixa participação relativa dos itens cobertura e preços, talvez signifique que os registros das operadoras e produtos, quando seguem as normas legais, facilitam o cumprimento dos contratos; assim, o volume de reclamações deve diminuir, pois se espera um aumento no número de registros de produtos e de operadoras. Contudo, uma divisão, implícita, de atribuições (ou especialização de funções) entre Procons e DESAS leva a serem os reajustes e preços os motivos mais frequentes de queixas contra as operadoras, junto aos Procons. E os dados podem significar, ainda, que o limite de operadoras "responsáveis" tenha sido atingido e que um elevado número de agentes no mercado ainda resista à nova legislação e provavelmente continuará a ser fonte de reclamações.

Segundo estas hipóteses, a criação de um plano básico e de um sistema de registros eficiente melhorariam o comportamento dos agentes. Mas o plano básico deixaria fora do mercado sob regulação um contingente de produtos. E se este contingente for grande, e o perfil de queixas se assemelhar ao do mercado sob regulação, talvez os parâmetros mínimos estabelecidos para os produtos venham a continuar altos para uma parcela de consumidores e provedores; estas considerações não foram, entretanto, testadas neste estudo.

O quadro abaixo apresenta a progressão mensal dos motivos de autos de infração junto ao DESAS/MS, de julho a dezembro de 1999.

Motivos dos autos de infração - Fiscalização DESAS/MS - julho a dezembro de 1999

	Registro ou contrato	Direito de empregado demitido	Cobertura	Unimilitância	Carência indevida	Comercialização com data retroativa	Redimensionamento de rede	Bloqueio da fiscalização	Adaptação de planos	Preexistência	Aumento	Interrupção de internação	Suspensão unilateral de contrato	Cobrança de co-participação	Total
Julho	433	1	7	8	1	1		1	2		4	1			459
Agosto	107		2					4		2	10	1			126
Setembro	44		6		1		4	4	1		9	2	2		73
Outubro	18		15		1		2	7			2	1			46
Novembro	9		10	2			1	3			6	1			32
Dezembro	6		2	3				4				1	1	1	18
Total	617	1	42	13	3	1	7	23	3	2	31	7	3	1	754

Fonte: Relatório

Fiscalização: 1999, MS/DESAS, mimeo.

Como se vê, os autos relacionados a problemas de contratos ou registros de produtos, no MS, tiveram participação importante nos meses iniciais (julho e agosto) da nova regulação. Nos meses seguintes, o volume total dos autos de infração reduziu-se substancialmente e os motivos se tornaram mais diversos. E ganharam maior importância os autos que diziam respeito a cobertura e aumento de preços, e a contratos e registros.

A facilitação das queixas dos consumidores depende diretamente de duas políticas. Na que se refere à informação, o governo, e entidades de defesa dos consumidores, comunicam à sociedade as novas regras para o mercado e apresentam os meios de acionar as instituições públicas em sua defesa. A outra política se refere à criação de meios ágeis para a ação dos consumidores, já que as empresas dispõem de recursos de organização e de informação superiores aos de seus associados.

O quadro a seguir apresenta um consolidado mensal, por estado, de julho a dezembro de 1999, que descreve o modo como se deram as demandas de fiscalização ao DESAS. Cabem ressalvas quanto aos recursos tecnológicos de cada núcleo. E não se pode esquecer que a demanda ao escritório do DF representa uma soma de demandas locais e de outros estados, e que, em alguns estados as atividades começaram mais tardiamente. E que a análise de uma série anual, por exemplo, poderia mostrar outra realidade. Mesmo assim, os dados permitem algumas considerações.

Quadro resumo de demandas de consumidores à fiscalização do MS/DESAS, por estado, de julho a dezembro de 1999

	AC	AL	AM	AP	BA	CE	DF	ES	GO	MA	MG	MS	MT	PA	PB	PE	PI	PR	RJ	RN	RO	RR	RS	SC	SE	SP	TO	Total
T	294	28	48	0	497	174	1192	426	150	173	1471	60	167	26	397	258	12	400	3042	0	14	2	514	202	129	1017	160	10853
C	127	7	13	0	21	101	603	3	0	7	308	36	58	1	154	2	3	67	461	0	1	0	173	5	0	565	2	2718
E	0	0	0	4	0	3	125	6	0	0	410	1	2	1	0	0	0	19	43	0	0	0	2	0	0	6	0	622
P	152	54	33	40	105	37	50	28	167	68	61	22	4	119	105	183	5	95	1119	0	10	13	320	21	15	89	123	3038
Tt	573	89	94	44	623	315	1970	463	317	248	2250	119	231	147	656	443	20	581	4665	0	25	15	1009	228	144	1677	285	17231

T = telefonemas; C = cartas, telegramas, fax; E = e-mails; P = pessoalmente; Tt = total

Fonte: Consolidados mensais de atendimentos por estado, MS/DESAS/Núcleos estaduais.

Em primeiro lugar, vemos que o predomínio do uso do telefone (10.853 consultas) representa o triplo das consultas realizadas pessoalmente. Esses números são expressivos, mesmo se em muitos telefonemas os usuários buscaram esclarecer dúvidas, como entrevistas com consultores e dados do relatório da fiscalização o indicam.

Também se revelaram importantes as consultas por carta ou similares (3.038) e o uso de e-mails (622 consultas), embora concentrado no estado de MG e no DF. O fato de 14.193 consultas (82,37%) terem sido feitas à distância, sem a necessidade de deslocamento e comparecimento do consumidor, é um indicador de prestação administrativa.

O total de consultas no período (17.231) gerou 3.318 diligências e 826 autos de infração em território nacional, e resultou em cinco processos, julgados pelo DESAS. A diferença entre o total de consultas dos consumidores ao sistema de fiscalização/ouvidoria do DESAS e o número de casos diligenciados pode ser um sinal de prestação administrativa. Pois, segundo dados de planilhas de consultores, e relatos individuais, em um elevado número de consultas se buscam esclarecimentos e orientações gerais e em muitos casos o contato com a operadora é suficiente para resolver a pendência.

Considerações finais

Em período anterior à Lei 9.656, deu-se uma indução institucional pró-consumidores, através do Código de Defesa do Consumidor e do sistema consubstanciado nos Procon's estaduais e municipais e na Secretaria de Defesa Econômica do Ministério da Justiça. O acolhimento de demandas de consumidores pelos Procons beneficiou os consumidores em seus conflitos com as operadoras de planos de saúde. Contudo, a atuação destes organismos estatais revelou-se insuficiente para superar a acentuada assimetria das relações entre consumidores e operadoras no setor de saúde suplementar.

A Lei 9.656, ao regulamentar o setor de saúde suplementar e criar uma agência reguladora, alterou esta situação, e conformou um mercado de regulação típico, com forte intervenção do governo. Os agentes econômicos, consumidores e governantes, contudo, ainda estão em fase de definirem suas estratégias, frente à nova situação.

No quadro em configuração, o mercado é regulado institucionalmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Observa-se, ainda, uma forte sinergia entre as ações dos Procon's e as do sistema de ouvidoria/fiscalização do Ministério da Saúde (transferido para a ANS). Assim, os órgãos de defesa dos consumidores, em particular a rede institucionalizada de acolhimento de demandas individuais – conformada pelos Procons – constituem componente importante no novo sistema de regulação.

Com a criação da nova agência as atribuições de fiscalização, relativas a contratos e produtos, passaram a caber à nova agência de regulação. A estrutura de fiscalização/ouvidoria, transferida para a ANS, está organizando seu setor de fiscalização em dois grandes programas: um voltado para o atendimento de demandas e informação aos consumidores (sejam pessoas jurídicas ou consumidores individuais) e outro para ações sistemáticas de fiscalização, planejadas e ativas.¹¹⁴

Estratégias de articulação com a rede de proteção e defesa de consumidores favorecem a atuação de consumidores e da ANS nesse novo arranjo de regulação. A análise das reclamações de consumidores junto aos Procons gerou parcerias, entre a ANS e os órgãos de defesa do consumidor.

Estas parcerias são apontadas pelos dirigentes como vantajosas. Mas persiste um padrão de conflito entre as diferentes Leis e Regulamentos padrão esse que merece melhor análise. Pois a legislação de defesa dos consumidores tem um caráter mais abrangente, e maior tradição, e gera uma estrutura de direitos individuais com jurisprudência ampla sobre as decisões da ANS. E como a ANS está voltada a regular mercados, suas estratégias precisam combinar a defesa dos consumidores com o desenvolvimento, ou a preservação, de um determinado perfil de empresas a atuarem no setor. Em outras palavras, a ANS intervém e ordena mercados formados por consumidores e empresas e deve orientar a regulação no sentido de se obter um equilíbrio vantajoso para a sociedade. O Código de Defesa dos Consumidores, por sua vez, concentra-se nos direitos individuais.

Assim, o ponto de equilíbrio entre direitos individuais abrangentes e estratégias de empresas, o ponto de equilíbrio capaz de assegurar a existência de um mercado competitivo e diversificado, formado por empresas sólidas e consumidores esclarecidos, ainda está por ser alcançado.

¹¹⁴ Maria Stella Gregori, Diretora de Fiscalização da ANS, entrevista em 20.03.2000

Referências Bibliográficas

FLICKINGER, Richard. 1983. The comparative politics of agenda setting: the emergence of consumer protection as public issue in Britain and The United States. **Policy Studies Review**, vol 2. nº 3 (429-444)

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA-MJ/ SDE / DPDC, 1999. **Agenda de harmonização: conceitos, critérios, procedimentos**. Brasília: MJ

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA-MJ/ SDE / DPDC, 2000. www.mj.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE /SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE /DEPARTAMENTO DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 1999. **Fiscalização. Relatório 1999**. Brasília: DESAS (mimeo)

TASCHNER, Gisela Black, 1995. **Proteção do consumidor: um estudo comparativo internacional**. Relatórios de Pesquisa n.º 1/1995. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo/Fundação Getúlio Vargas (54p)

CASTRO, José Airamir Padilha de, 1987. Constituinte: o que os consumidores querem. Relatório Final da Conferência Nacional de Saúde do Consumidor. **Saúde em Debate**. setembro e outubro (20-24)

ESTADO E REGULAÇÃO DA SAÚDE

Ana Luiza Viana* & Silvia Gerschman**

& Nelson Ibañez*** & Roberto Parada****

Introdução

As reformas sanitárias em curso nos últimos vinte anos tornaram-se uma tendência duradoura, ultrapassaram as fronteiras nacionais, e passaram a integrar os processos de reforma ampla do Estado¹¹⁵ e dos Estados do Bem-Estar (Welfare State/WS).

Essas reformas se têm caracterizado por incorporar mecanismos de mercado à provisão de serviços de saúde, e/ou por incentivar a participação da despesa privada em saúde, com conseqüente aumento da participação do setor privado de atenção médica.¹¹⁶ No campo da saúde, difundiu-se muito a competição administrada, um modelo de incorporação de mecanismos do mercado ao sistema de saúde, que tem por base um mercado trilateral, formado por consumidores, provedores de serviços e operadoras de planos e seguros de saúde.

Antes do período de reformas, muitos países, conforme France (1997), instituíram um serviço sanitário nacional, e ofereceram assistência global e universal, quase sempre gratuita. Assim se deu com a Inglaterra, em 1948; a Dinamarca, em 1960; a Suécia, em 1962; e a Itália, em 1978. E muitos outros países optaram, na década de 80, por conformar uma estrutura de assistência de elevado grau de integração vertical. Esses sistemas de assistência, denominados de integrados-públicos, são responsáveis tanto pelo financiamento quanto pela produção da assistência médica, e se utilizam de recursos humanos contratados pelo setor público, em uma estrutura no qual o Estado é proprietário e gestor.

O modelo integrado, vertical, representou o paradigma de organização dominante na área da saúde até o início dos anos 80 (France, 1997). E os livros-texto de economia/administração ressaltam as vantagens/desvantagens desse modelo de integração vertical.

* Professora adjunta do IMS/UERJ

** Professora e pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ

*** Professor adjunto do DMS/FCM/Santa Casa/SP

**** Coordenador do Curso de Administração Hospitalar/IMS/UERJ

¹¹⁵ As reformas do Estado são constituídas por dois pilares, intimamente relacionados: uma reforma reguladora, em que se delega poder a instituições independentes, tanto para o controle das empresas de serviços de utilidade pública quanto para outras atividades de relevância pública; outra, de caráter patrimonial, em que se transferem empresas públicas para o setor privado.

¹¹⁶ A incorporação de mecanismos de mercado na prestação da atenção médica pode ser observada tanto nos sistemas de seguridade social comandados pelo Estado, nos países em que existe o Estado do Bem-Estar, quanto naqueles onde não foram desenvolvidos importantes sistemas nacionais de seguridade social, nem sistemas públicos de saúde, hegemônicos.

A produção da assistência permite um maior controle (em quantidade e qualidade) pelo gestor/financiador, e essa é uma vantagem. Mas essa mesma vantagem, porém, se transforma em desvantagem. Pois quando crescem os níveis de produção, cresce a cobertura do sistema, crescem os custos com supervisão e controle, e aumentam as demandas dos profissionais, por melhores salários e vantagens. Em resumo, ao crescer, o modelo vertical perde em ganhos de organização.

Essas razões impulsionaram, nos anos 90, a adoção de outro modelo que, paulatinamente, se vem tornando dominante: o modelo contratual público. Hoje, mais de 40 países (OMS, 1996) têm em curso algum tipo de reforma no sentido de reforçar o lado financiador/regulador do Estado e desfazer-lhe as antigas funções de provisão.

O modelo de contrato público caracteriza-se pela separação substancial das funções de provisão das de financiamento, isto é, das relações entre financiadores/compradores e produtores/fornecedores. A crença na superioridade da forma contratual sobre a integrada reside em ser o custo crescente de transações compensado pelo aumento da eficiência da organização – pois ganha-se agilidade, em virtude da desintegração (France, 1994) – e pelo aumento do controle sobre custos e qualidade, em virtude da concorrência entre produtores (France, 1997).

Essa foi, sem sombra de dúvida, a grande estratégia no sentido de se reduzirem os custos dos sistemas sanitários e de se responder às crescentes exigências dos consumidores¹¹⁷.

Essa mudança reorientou as funções e responsabilidades do Estado, do setor privado e dos usuários. Pois conferiu ao Estado novas obrigações – principalmente de regulação, controle e avaliação –, e exigiu – do setor privado, e dos usuários – maior participação na produção, no gasto e no financiamento do sistema de saúde.

É justamente sobre essa mudança e, em especial, sobre o novo papel do Estado nesse processo, que esse texto irá concentrar-se.

Cabe assinalar que a incorporação de mecanismos de mercado aos sistemas de saúde ocorreu num contexto de transformações políticas. E que a compreensão do mercado e a liberalização das relações econômicas serviram para orientar “novas modalidades” de se assumir atribuições que, num passado ainda próximo, cabiam ao setor público.

¹¹⁷ Igualmente importante é uma outra estratégia de redução dos custos, centrada na descentralização dos serviços e funções para níveis subnacionais de governo. Essa estratégia, associada ao que se convencionou denominar de novo federalismo, baseou-se na crença de que a proximidade entre gestores e usuários poderia elevar a eficiência do sistema. E de que seria conveniente estimular-se a participação dos demais níveis de governo no financiamento das ações de saúde, com a conseqüente diminuição dos gastos federais.

As novas funções do Estado: uma nova economia política do setor público

As transformações atuais no papel do Estado são profundas. E podem ser caracterizadas, resumidamente, pelo abandono, pelo Estado, das antigas funções de provisão e de instância única de decisão e, simultaneamente, pelo surgimento de uma (nova) instância de regulação, estatal. Neste sentido, a extensão da regulação, e suas modalidades, estão sendo objeto de significativas transformações (Lahera, 1998), tanto do ponto de vista da análise como daquele da orientação das políticas públicas¹¹⁸.

Alguns autores (Ferlie et al, 1999) chegam a denominar esse período como o de uma nova economia política do setor público, pois essa mudança não é neutra, e dão-se a ascensão de alguns grupos, e a queda de outros. Assim, houve um evidente declínio no poder dos sindicatos do setor público, com mudança das formas tradicionais, coletivas, de negociação de salários, para formas de recompensa e avaliação de desempenho. Em segundo lugar, deu-se, um enfraquecimento na autonomia dos profissionais, dentro do setor público. Em terceiro, os administradores do setor público passaram a ser vistos como um grupo dos beneficiados, e uma elite, nomeada pelo Estado, passou a dirigir os serviços públicos e a desempenhar o papel de diretores não-executivos. Por último, não se sabe o que aconteceu com os usuários, apesar da nova administração pública dizer que houve um aumento das opções de escolha dos consumidores. De todas as formas, como o salientam os autores citados acima, muitos suspeitam que o insucesso na produção de um modelo vigoroso de responsabilidade pública represente o calcanhar de Aquiles da nova administração pública.

1. A incorporação de mecanismos de mercado pelos sistemas de saúde

1.1. Os casos da Inglaterra, da Alemanha e dos Estados Unidos

O estudo realizado por Giaimo (Giaimo, 1999), – sobre Alemanha, Inglaterra e EUA –, mostra o peso dos fatores históricos e políticos no processo de regulação da incorporação do mercado pelos sistemas de saúde¹¹⁹. Nesses três países os fazedores de política, foram influenciados pela teoria da competição administrada. Essa teoria teve origem nos EUA, e seu mentor foi o economista Alain Enthoven (1988, 1991). Segundo a mesma, a competição de mercado seria a via para aumentar-se a eficiência na provisão de cuidados de saúde e, conseqüentemente, para se controlarem custos. A teoria de Enthoven exaltou as virtudes do mercado, mas em nenhum momento supôs que o mercado seguiria o

¹¹⁸ Cabe salientar que as mudanças nas funções e responsabilidades do Estado variam segundo o contexto histórico-político de implantação dos sistemas de proteção social, nas diversas realidades nacionais.

¹¹⁹ Em cada um desses países, o sistema de saúde tem uma configuração institucional distinta; essas configurações desenham o poder e a jurisdição da profissão médica, dos pagadores e do Estado, na governança do sistema de saúde, numa direção específica. Assim, se a tese neoliberal fosse verdadeira, as diferenças na configuração das instituições e dos atores não seria objeto de interesse, pois os três países seguiriam um mesmo padrão, o padrão de mercado; no entanto, nos três casos, somente no sistema de saúde americano as forças do mercado se mostraram mais desenvolvidas e menos reguladas, e mais limitada a ação de governo.

caminho liberal. Pois a competição na provisão de cuidados de saúde exigiu do governo a construção de um conjunto de parâmetros para ordenar o mercado, segundo a estrutura de seguridade social do país, a fim de impedir que a competição encorajasse seguradoras e provedores a rejeitar os doentes e os pobres (Enthoven 1988,1991).

A teoria econômica neoclássica assume o postulado da informação perfeita entre compradores e vendedores. No caso da saúde, no entanto, o sistema lida com informação assimétrica, especialmente na relação entre médicos e pacientes. Isto é, os cuidados de saúde não se acomodam à auto-regulação do mercado. Pois informações assimétricas, monopólios de provedores e esforços dos seguradores e provedores, para evitarem pacientes de altos custos, requerem a presença da autoridade pública. E cabe à autoridade pública controlar o sistema e o conjunto das normas de competição. Assim sendo, a literatura ressalta que o Estado, freqüentemente, dita o modelo de governança do setor da saúde. O Estado, portanto, deve ser capaz de se engajar na regulação do processo – através do estabelecimento de normas a definirem jurisdições, responsabilidades e relações entre os interesses do setor –, e de delegar a regulação substantiva, ou os detalhes de implementação da mesma.

O Estado do Bem-Estar não dispensa, portanto, a intervenção sobre o mercado, embora de natureza diferente daquela que se deu quando da formação desse tipo de Estado.

Por outro lado, como a equidade tem uma importância extrema, nesse Estado, especialmente quanto aos cuidados de saúde, não é suficiente dizer que o mercado, requer regulação, ou um Estado forte: a maneira de ação do Estado diante do mercado precisa ganhar contornos definidos.

O primeiro tipo de ação do Estado é promover o mercado, ou a liberalização das relações econômicas, é criar e manter relações e instituições competitivas, e valer-se, para tanto, inclusive de ações antitruste.

O segundo tipo de ação é o bloqueio do mercado. O Estado pode proteger o consumidor, desencorajar as más condutas dos provedores e das seguradoras para prevenir, por exemplo, a competição, entre seguradoras e provedores, apenas pelos pacientes saudáveis e ricos; assim o Estado tem o direito de proibir a prática de se selecionarem pacientes, de impedir a exclusão de pacientes doentes e pobres.

O terceiro tipo de ação estatal consiste em o Estado tomar completamente o lugar do mercado, em suspender o mercado, para salvaguardar a solidariedade, ou a equidade, da provisão social.

Finalmente, o Estado pode tomar o lugar de uma instância ativa, ou reativa, no mercado. Se o Estado é um ativo jogador, assume o papel do "principal", o papel de "quem planeja para o sistema", e tem autoridade para guiar as atividades do mercado.

Mas os atores privados podem criar um conjunto de condições para o funcionamento do mercado, e o Estado, apenas reagir ao desenvolvimento do mesmo.

Assim, a distância entre a ação ativa e a reativa, ou entre o mercado planejado e o regulado, ilumina o papel crucial do Estado nesse processo. Mais ainda, essa diferença na capacidade do Estado de governar o mercado tem enormes consequências para a incorporação do mercado no Estado do Bem-Estar.

No estudo citado acima, a Inglaterra, a Alemanha e os Estados Unidos disseminaram as forças do mercado em seus sistemas de saúde. Mas de maneiras diferentes, em particular no que se refere à competição permitida em cada caso, e ao papel do Estado; assim, enquanto a Inglaterra e a Alemanha introduziram formas de competição administrada, nos EUA o governo não teve forças para tanto.

Como se explica este aparente paradoxo? A resposta reside nas diferenças da capacidade e das expectativas do Estado para governar o setor de saúde, em cada país. Na Alemanha e na Inglaterra, a cobertura universal garantiu aos atores estatais, e ao público, que não haveria sacrifício da equidade. Nos EUA, ao contrário, o Estado não teve autoridade sob os atores privados - que viam a política de Clinton como uma intromissão ilegítima na sua autonomia - e não conseguiu regular a incorporação do mercado e, assim, proteger a equidade.

Nos três países, o mercado requisitou a autoridade pública para desenvolver uma estrutura de normas que permitisse a competição e uma adaptação continuada do Estado. E assegurasse que a competição não destruiria a equidade na provisão dos serviços.

Por outro lado, os fazedores de política buscaram, através da contenção de custos, coordenar a conduta e as atividades dos diferentes setores. No entanto, o maior esforço de coordenação e de elaboração de normas de governo envolveu a luta de poderes entre o Estado e cada setor, e entre os setores. Nos três países, os fazedores de política, ao tentarem conter os custos, procuraram, como primeiro e principal objetivo, atingir a autonomia dos médicos.

A Inglaterra, por exemplo, combinou forças de mercado com outros instrumentos de governança e, ao mesmo tempo, limitou o próprio mercado. Seus fazedores de política confiaram numa governança híbrida, a combinar um mercado imposto pelo Estado com uma redução do poder médico. Os médicos, também, continuaram a depender de um orçamento para todos os serviços de saúde, como última garantia do controle de custos. Assim, políticos britânicos não confiaram somente no mercado para assegurar a disciplina nos custos.

A Alemanha foi mais agnóstica que a Inglaterra, em seus apelos neoliberais. O governo ampliou as forças de mercado como um meio de salvar o corporativismo antes do que enfraquecê-lo. Os EUA, por sua vez, depositaram toda sua fé no poder do mercado de produzir o milagre da contenção de custos.

A despeito do controle de custos, cada paísperseguiu um padrão distinto de regras, através de diferentes combinações de mercado e outros instrumentos de governança. Cada sistema de saúde instituiu arranjos particulares, que trouxeram problemas específicos para os fazedores de política¹²⁰.

Segundo Giaimo, ao se reduzirem as chances de atendimentos em certas especialidades e de determinados tratamentos para a maioria da classe média, deu-se o seguinte:

- A Inglaterra e a Alemanha fixaram garantias legais de acesso universal; assim, provedores e pagadores têm que aceitar todos os pacientes, não podem discrimina-los, segundo o preço, e/ou o tratamento, nem segundo as condições de saúde das pessoas, da renda ou de outros atributos, não-médicos;
- As seguradoras e os provedores devem oferecer a todos os pacientes uma mesma, e extensa, linha de serviços. Os fazedores de política reconheceram que se permitissem, às seguradoras, oferecer menos que um rol extenso de serviços, facilitariam o uso de um mecanismo para atrair pacientes a não necessitarem de muitos cuidados de saúde. O Estado reconheceu, também, suas obrigações de organizar os mercados de maneira a diminuir a seleção com base em riscos e de compensar aqueles que se submetem a uma seleção adversa. Os políticos, portanto, não confiaram que as garantias estatutárias fossem suficientes para garantir o atendimento universal.

A introdução de esquemas de compensação de riscos constitui a terceira condição. Esses esquemas têm os propósitos de nivelar a competição dos participantes – tanto de seguradoras como de provedores –, em relação a qualidade e preço, e de impedir a cobrança de altos valores.

Na Inglaterra e na Alemanha, os governos limitaram os débitos financeiros diretos de pequenos operadores, com a finalidade de impedi-los de escolher entre escapar dos pacientes ou ir à falência. Na Inglaterra, com o intuito de se alcançar um saldo equilibrado, os clínicos gerais tinham um teto de limite de custos no atendimento a pacientes selecionados pelas autoridades de saúde;

- Os governantes algumas vezes suspenderam o jogo das forças no mercado;
- Julgou-se que as forças de mercado não devem sacrificar a equidade em nome da eficiência. Mas a livre eleição das seguradoras, combinada com ajustes financeiros, devidos aos riscos, alimentou iniquidade nas escolhas e nas taxas de

¹²⁰ No entanto, quando a competição de preços se intensifica, na ausência de normas – como aconteceu nos EUA em 1990 –, a situação se torna muito pior. Na medida em que as reformas do governo Clinton buscaram acabar com a competição de preços, as medidas aceleraram a erosão dos recursos destinados à comunidade e dos cuidados filantrópicos, e elevaram ao máximo os benefícios dos assegurados.

contribuição, e representou a penalização dos colarinhos azuis e de trabalhadores a perceberem salários mais baixos.

Assim, o Estado desempenha um papel crucial no assegurar que o mercado de trabalho não produza iniquidades intoleráveis no acesso aos serviços de saúde. Os mercados de cuidados de saúde não somente requerem uma estrutura de normas de governo, mas o Estado também deve promover, e forçar, a regulação. Como o afirma Giaimo, os melhores mercados são aqueles governados pelos Governos. E quando os setores privados usaram da competição para reformar o setor da saúde, a equidade se ressentiu. E, sobretudo, não se garantiu a contenção de custos, tal como os EUA o têm demonstrado, cruamente.

1.2. O caso da Itália

O estudo realizado por France (France, 1997) na Itália, começa por constatar ter sido o Serviço Sanitário Italiano - até pouco tempo atrás - menos integrado, verticalmente, do que, por exemplo, os sistemas sueco e britânico, embora 80% das despesas federais financiassem a assistência pública italiana, este modelo dominou até fim dos 80, quando teve início a transferência da responsabilidade de organização de administração e de controle financeiro às Regiões.

No nível nacional, a influência sobre a política sanitária, na Itália, está mais dispersa - em comparação com o Reino Unido - entre o poder executivo (política e tecnicamente débil), o poder legislativo (sensível à pressão do setor sanitário) e o poder judiciário¹²¹.

A via italiana até a concorrência administrada tem sido um processo a envolver, ao contrário da reforma inglesa, uma série de leis, sem uma clara definição do nível nacional¹²². Dessa forma, as Regiões encontraram um cenário propício para introduzir, com relativa liberdade, a concorrência administrada em seus próprios serviços.

As normas a definirem a reforma podem ser assim sintetizadas: o financiamento das Unidades Sanitárias Locais (Usl)¹²³ passou a ter como base uma cota per capita a fim de se garantir um nível de assistência uniforme em todo o território; o acreditação dos fornecedores públicos e privados seguiu requisitos determinados pelas Regiões; a remuneração dos fornecedores, públicos e privados, baseia-se em tarifas estabelecidas pela Região, segundo critérios fixados a nível nacional; as Usl e os hospitais atuam segundo princípios financeiros.

O modelo de concorrência administrada, na Itália, tendo em vista essas definições, é classificado em três modelos, que se diferenciam pelo nível de regulamentação e pelo grau de separação entre funções de financiamento e de produção: os modelos da *USL - terceira pagadora*, da *USL - fiadora*, ou *USL - patrocinadora*, e o da *USL - pagadora*.

¹²¹ O patrimônio público é gerido por um diretor geral, coadjuvado por um diretor sanitário e por um diretor administrativo, que respondem, diretamente, ao diretor geral, para todos e quaisquer assuntos, sobre a base de um contrato privado; o diretor geral dispõe de um considerável poder sobre a destinação dos recursos no setor.

¹²² Esta deficiência da intenção oficial reflete, em parte, segundo France, uma característica do estilo italiano de formulação da política, fruto de um longa história de governos de coalizão. Assim os programas italianos costumam ser vagos, de maneira a se obter o consenso dos parceiros e a se deixar que a definição de detalhes venha a acontecer na fase de implementação. E explica também, em parte, que a lógica seguida pela reforma de 1992-93 atribua às Regiões amplos poderes de organização e administração no setor sanitário.

¹²³ A USL é definida com base territorial e administra os serviços de saúde em sua jurisdição; essa entidade foi descentralizada pela reforma sanitária de 1978, que deu origem ao Serviço Sanitário Italiano.

Modelo de USL – terceira pagadora

O consumidor é virtualmente soberano (e também o médico) e livre para usar qualquer fornecedor acreditado. Os fornecedores – públicos e privados – são remunerados sobre uma base de prestação. A Usl tem o rol passivo de terceiro pagador, a financiar a escolha feita pelo próprio assistido (ou pelo agente) e dispõe de um poder de programar e de determinar prioridades muito reduzido. As principais vantagens do modelo Usl – terceira pagadora são uma ampla liberdade de escolha de parte do paciente, e relativa simplicidade da gestão.

Modelo de Usl - fiadora

A Usl atua como agente do próprio assistido e estipula contrato com o fornecedor “preferido”, dentre aqueles acreditados, segundo a melhor combinação custo-qualidade. Se o paciente escolher o fornecedor “preferido”, (pelo agente), a assistência será gratuita, no momento do consumo; se escolher um fornecedor acreditado, mas não “preferido”, deverá antecipar o pagamento da prestação e será reembolsado pela Usl, nos limites da tarifa regional e daquela negociada, pela Usl, com o fornecedor “preferido”. Este modelo confere um papel muito mais ativo à Região e à Usl – quanto a programar e a determinar prioridades e a controlar as despesas – do que o primeiro modelo. Representa, assim, uma versão mais forte de concorrência administrada, e garante o princípio da liberdade de escolha do paciente, embora limitado.

Modelo de Usl - programadora

A Usl negocia com o hospital, com a direção do ambulatório, com a clínica universitária e com institutos de abrigo e cura – e também com o fornecedor privado –, uma espécie de “plano preventivo de atividade”. Este modelo contempla a previsão de atividade para o ano seguinte, segundo a tarifa da região, a fim de se calcular o valor para cada provedor. E utiliza o nível de atividade executado para aumentar, ou reduzir, as transferências durante e ao fim de um mesmo exercício. O modelo exalta o papel de programador da Usl. Entre os três modelos, é o que menos mudanças comporta. E se incluiu nos limites da concorrência administrada, tanto no sentido de encorajar o diálogo entre adquirente e fornecedor, como no de manter a situação presente.

A possibilidade das Regiões da Itália de escolherem seus modelos de concorrência administrada contrasta com a reforma inglesa. Esta última reflete a natureza unitária de um governo caracterizado por um forte poder central, e assim, por um modelo, uniforme, estendido a todo o país.

Assim, o serviço sanitário na Itália, diferencia-se significativamente daquele de outros países, em suas organização e gestão e na gama de serviços que oferece. E o modelo a ser seguido dependerá da ideologia do partido/ou partidos a governarem a Região; da dimensão e da natureza do setor sanitário privado, em face do público; do nível de profissionalismo da administração; da força da cultura de programação; dos valores *per capita* transferidos e, finalmente, das informações entre a despesa sanitária pública, *per capita* e a cota *per capita*.

Mas como existe uma forte variação entre as Regiões, é difícil prever como as mesmas irão agir e interagir. Assim, por exemplo, quanto mais à direita uma Região, tanto mais é possível esperar que seu modelo de concorrência administrada se caracterize por um baixo conteúdo de regulamentação; essa tendência ganhará força se o setor privado for poderoso. E quanto mais vigorosa a capacidade administrativa de uma Região, tanto mais se pode esperar uma visão de concorrência administrada com forte conteúdo de regulamentação. E, quanto mais elevado o nível da receita *per capita* maior será o grau de autonomia do financiamento (e também de regulamentação); em uma Região de frágil capacidade de administração pública, e receita relativamente baixa, provavelmente acontecerá o inverso.

Mas as Regiões com finanças precárias também podem ter um sistema muito mais regulamentado, como forma de controlar o gasto. É possível ainda que a *Usl - terceira pagadora* prevaleça em situações de vazio de direção política, sobretudo se o setor privado tiver uma presença vigorosa.

Atualmente, as regras do jogo têm mudado, em virtude da introdução das tarifas para pagamento do fornecedor, da redução das barreiras para se repartirem prestações – no âmbito do Serviço Sanitário Italiano – e da maior ênfase na liberdade de escolha do paciente.

Perspectivas da concorrência administrada na Itália

As conclusões de France indicavam que, na Itália, a concorrência administrada fora introduzida sem que se tivesse tido alguma prova de sua eficácia. Portanto, será preciso um longo período até ser possível julgar se têm havido maior eficiência, melhor qualidade e melhor atenção às necessidades e preferências dos pacientes, sem prejuízo da equidade e da capacidade de se controlar o conjunto da despesa sanitária.

Por outro lado, segundo France, será difícil distinguir os efeitos da reforma daqueles de outros fatores a influenciarem o desempenho do Serviço Sanitário Italiano.

Segundo o mesmo autor, as pré-condições para o sucesso da concorrência administrada são cinco:

1 - Existir um número amplo de produtores (vendedores) e de financiadores (adquirentes) no mercado de prestações sanitárias; quanto menos atores, maior é o risco de abuso da concentração de poder do mercado e de conflitos entre vendedores, e entre vendedores e adquirentes;

2 - Todos os atores estarem informados sobre as faces essenciais das prestações (inclusive sobre o nível de atenção clínica e sobre o tempo de espera) e sobre o custo de produção; assim, será possível tomar decisões racionais sobre a produção e sobre a compra de serviços;

3 - Todos os produtores receberem incentivos financeiros, e o financiador ser orientado a promover e garantir o interesse do paciente;

4 - O custo das transações não superar a poupança produzida com eventuais aumentos na eficiência, obtidos através da concorrência administrada;

5 - A oportunidade de excluir o risco ser limitada, principalmente se existirem problemas para se garantir a equidade.

Garantir a existência dessas pré-condições, e avaliar os resultados é difícil. Pois existem, na Itália, três modalidades de concorrência administrada e, provavelmente, variantes no interior de cada uma delas¹²⁴.

No caso britânico, desde que se introduziu a concorrência administrada têm sido feitos estudos cada vez mais refinados. Ainda assim, existem notáveis dificuldades para se distinguir os efeitos da reforma daqueles efeitos que respondem a outros fatores.

Em síntese, têm ocorrido, na Grã-Bretanha, uma maior ênfase sobre a gerência, com aumento da produtividade e menor desperdício; uma redistribuição do poder do médico ao gerente, e do médico de hospital ao médico de base; maior sensibilidade às necessidades do paciente e maior atenção à qualidade. Não têm sido encontrados sintomas de expulsão do risco, mas talvez exista, nesse item, algum acordo entre o hospital e os pacientes dos médicos generalistas (MGs). E o custo das transações têm aumentado muito menos, no caso dos MGs, mas talvez sem se acompanhar de aumento da eficiência¹²⁵.

Quanto às diferenças entre a reforma britânica e a italiana, vale a pena destacar que o diretor geral - introduzido, no Sistema Nacional de Saúde (National Health System/NHS), desde 1984 - desencadeou importantes inovações, destinadas a criar uma base de dados, necessários à gestão de um sistema de grandes

¹²⁴ A distribuição geográfica das especialidades hospitalares indica que a concentração do mercado varia muito entre especialidades (por ex. a medicina geral é muito difundida com respeito à urologia pediátrica, concentrada em algumas regiões). E em muitas especialidades o setor público domina, enquanto em outras prevalece o setor privado. As informações sobre os produtos, sobre a qualidade e sobre o custo costumam ser inadequadas, embora tenham melhorado com a passagem para a remuneração mediante tarifa de prestação, ao fornecedor, de prestação hospitalar e ambulatorial. Mas existem grandes diferenças entre as regiões, quanto à qualidade das bases de dados.

¹²⁵ Teme-se que o valor comercial esteja irrompendo no processo de decisão quanto à destinação de recursos, nas regiões; esta mudança de valores, unida à crescente expectativa do paciente, poderá tornar difícil o controle do conjunto da despesa.

dimensões. Embora este processo esteja sendo mais lento do que o previsto, já existia uma importante tradição de gestão quando se introduziu a concorrência administrada na Inglaterra. Na Itália, contrariamente, o diretor geral e o conhecimento de instrumentos de gestão entraram em cena no momento de se pôr em prática a concorrência administrada. Em segundo lugar, a experiência britânica mostra que à criação do mercado se associaram custos de transição muito elevados, e, assim, deu-se uma elevação do conjunto das despesas¹²⁶. Na Itália a exigência de se seguirem os critérios de Maastricht se traduziu na indisponibilidade de fundos para um incentivo análogo; assim, enquanto o Estado editou o decreto legislativo de criação da concorrência administrada, o mesmo Estado diminuiu a despesa sanitária, pública, em 17%, em termos reais.

1.3. Considerações finais

Ao compararmos a situação inglesa com a italiana podemos extrair importantes lições para o caso brasileiro.

A situação italiana é mais complexa que a britânica, com seu modelo padrão, e também que a da pequena, e homogênea, Suécia. Mas, segundo France, a diversidade entre as Regiões, na Itália, pode ser vantajosa, pois permite a experimentação natural.

Assim, um processo de reforma, com um acompanhamento capaz de identificar as variedades das Regiões, de aumentar a compreensão do processo, e de disseminar os resultados, é condição indispensável para a incorporação dos mecanismos de mercado vir a vingar, na Itália.

O Estado italiano, ao se limitar a estabelecer um quadro de referência para a concorrência administrada, reflete, simplesmente, a nova realidade da distribuição do poder entre os níveis do governo, naquele país. Entretanto, segundo France, ignoram-se os problemas do excessivo poder do mercado e de sua regulamentação. E é vaga, imprecisa, a maneira da fonte nacional lidar com a informação a circular entre fornecedor e financiador. A resistência, da parte do Ministro da Saúde, de lidar diretamente com esse assunto talvez se explique pela experiência negativa do Serviço Sanitário Italiano nos contatos diretos com o setor privado.

Por fim, France relativiza a ênfase excessiva na liberdade de escolha, a seu ver, apenas um dos princípios cardinais a inspirarem o Serviço Sanitário Italiano. Entre esses princípios, mereciam destaque a equidade no acesso à assistência, a programação e o controle da despesa. Não se deve atribuir à liberdade de escolha um valor absoluto, pois se é importante o paciente e o médico influenciarem a destinação de recursos, essa influência precisa produzir efeitos racionalizadores; e esses efeitos dependem de quanto paciente e médico estiverem informados sobre opções de oferta. Em consequência, é preciso dar mais atenção à eficiência e à

¹²⁶ A despesa sanitária total cresceu, também, graças ao efeito do financiamento de alguns setores essenciais, como hospitais e empresas de capital.

eqüidade do que à utilização de determinados instrumentos na diferenciação dos modelos de concorrência administrada¹²⁷.

Segundo France, na Itália, as associações de fornecedores privados acolheram com simpatia a reforma pró-competitiva. E, como era de se esperar, tenderam a interpretá-la em termos do modelo *Usl-terceira pagadora*¹²⁸. E o sistema de saúde e as empresas certamente enfrentarão grandes riscos em virtude da complexidade intrínseca à concorrência administrada; da incerteza de sucesso da mesma; da limitada base de informações; da força do setor privado, em muitas Regiões; da carência de fornecedores públicos de serviços de internação e da débil capacidade administrativa de algumas Regiões.

France recomenda, então, o aumento do debate público sobre os méritos, detalhes e limites da estratégia pró-concorrência. E sobre as alternativas, à concorrência administrada, que consistem em melhorar o funcionamento de um modelo público integrado.

Em suma, é necessário aumentar, radicalmente, a capacidade da gestão administrativa tanto do fornecedor como do financiador público. E assim, uma pergunta crucial se impõe – É possível responder a estas mudanças sem se modificar o sistema de incentivos, como está previsto pela separação, formal e informal, entre fornecedor e financiador, base da concorrência administrada?

2. A construção de governança em situações de crescimento da oferta de serviços privados

Como se sabe, os gastos privados em serviços de saúde – e o crescimento da oferta desses serviços – ocorreram independentemente dos modelos de sistemas de saúde de cada país. A primeira consequência de não se haver conferido a devida importância a essa realidade tem levado a se considerar o problema de financiamento do setor sanitário como exclusivo da área pública. Mas uma análise desses gastos não é possível sem uma avaliação da configuração e do fluxo dos recursos financeiros.

Quanto ao financiamento, discutem-se as vantagens e desvantagens dos tributos e das contribuições sociais. O abandono do sistema de contribuições, e a passagem para um sistema fiscal, um sistema de impostos, obteve maior ou menor consenso, em alguns países, na dependência da escolha do tipo de tributação (Piperno,1997). A combinação de tributações nacionais e locais tem sido muito debatida em todos os países, sobretudo em virtude de emergência de tendências regionalistas e da exigência de incorporar a comunidade a esse processo (Bailey e Bruce, 1994; Giarda,1995; Visco, 1995; comissões

¹²⁷ O fornecedor a atuar em Regiões com baixo conteúdo de regulamentação, por exemplo, pode usufruir de vantagens em face dos que atuam com modelos muito regulamentados. Ou dificuldades na aplicação do contrato, podem forçar o fornecedor a sair da Região e, portanto, induzir a Região a limitar a mobilidade do paciente; dessa forma, existe um risco de invasão do mercado da assistência sanitária, por parte da Região mais aquinhoadada e, ou a dispor de economia de escala.

¹²⁸ Alguns financiadores e fornecedores públicos expressaram preocupação de se resguardar da invasão de fornecedores privados no mercado da assistência sanitária.

de estudo para a descentralização fiscal Itália,1996). Tem havido um maior consenso quanto haver a equivalência, para alguns tipos de serviços, entre contribuições e benefícios.

Esse debate não se estendeu, porém, às conseqüências econômicas e sociais e à reconsideração da diferença, intrínseca, entre bens e serviços sanitários. Assim, não se conseguiu distinguir entre bens indivisíveis (como a saúde pública) e aqueles serviços em que o destinatário é o indivíduo (como exames diagnósticos), e que não são financiáveis através de mecanismos de distribuição de renda. Sobre este aspecto, o debate não avançou e a reforma em curso não produziu mudanças. E o método de financiamento, a se sustentar nos impostos e não mais nas contribuições individuais, passa por um processo de ajustes.

O debate sobre a destinação de recursos tem sido intenso, em especial no que tange a se definir e distribuir uma cota individual, e ao uso de comprovantes de despesas, ou de instrumentos, análogos, de financiamento. Alguns autores (Green, 1998) defendem as vantagens de se usar o comprovante de despesa (vale), no financiamento da assistência.

O debate (Piperno,1997) tem mostrado serem impossíveis ganhos na eficiência sem haver perda na equidade. Mesmo assim, a discussão sobre a prática de gestão/competição administrada em saúde tem tido muito impacto sobre o sistema sanitário.

Iniciada por Enthoven, essa discussão se baseia na constatação da inexistência, no contexto inglês e, em geral, no contexto europeu, de condições históricas, políticas e institucionais suficientes para o mercado se incorporar, pura e simplesmente, ao setor da saúde. Em conseqüência, reconheceu-se ser fundamental discutir a gestão do processo de assistência, e assim, da demanda. E de não ser possível essa gestão dar-se através da tradicional abordagem administrativa e burocrática, mas sim através de mecanismos do mercado. Em última instância, portanto, através de incentivos e desestímulos apropriados a cada objetivo.

No entanto, a linha das recentes mudanças institucionais não está clara. A coexistência de diversos modelos (Piperno,1997) no interior de um sistema sanitário é comum em quase todos os países da Europa. Nesse contexto, os seguros privados seguem um modelo de reembolso do tipo contratual, mesmo quando a inscrição é obrigatória. E o componente público segue a lógica do contrato, ou um esquema integrado – como na Inglaterra e na Itália –, mesmo se o contrato não tem níveis elevados de integração, como na Alemanha.

2.1. Estrutura e desenvolvimento da despesa privada

Um primeiro estudo da OCDE, elaborado em 1992, mostrou que durante os anos 80 a contenção de despesas teve mais êxito do que no decênio precedente; que os países a aderirem a um modelo institucional de reembolso, do tipo voluntário, foram menos eficazes

no controle dos gastos, quando comparados com países a aderirem a um modelo institucional obrigatório, e público; que nos EUA havia superioridade do modelo integrado, com melhor desempenho econômico das Health Maintenance Organizations/HMO (Organizações para a Manutenção da Saúde), em relação ao plano de seguros tradicional e a outros, similares, a usarem o sistema de reembolso.

A relação entre a despesa pública e a privada, apresentada no estudo, mostra que em todos os países, entre 1960 e 1970, a despesa privada diminuiu como percentagem da despesa pública. E isso se deu em virtude da construção, e da consolidação, dos sistemas sanitários nacionais e, em particular, da presença pública, tanto em termos de cobertura da população quanto da garantia de serviços. No decênio 1980 -1990, a queda da despesa privada mostrou-se inferior àquela do decênio anterior, e à do ano de 1980; a tendência crescente acentuou-se a partir de 1990.

Para medir as despesas, três indicadores têm sido usados:

a) O peso percentual da despesa sanitária em assistência hospitalar, ambulatorial e farmacêutica, em relação à despesa total;

b) A incidência da despesa privada destes três setores, em relação à despesa total;

c) A incidência da despesa privada destes três setores, em relação à despesa pública.

É importante salientar que, na presença de um sistema sanitário nacional, o desenvolvimento do mercado segurador, e das mútuas, no campo sanitário, é limitado.

Uma avaliação mais precisa, porém, requer que se considerem variáveis como a regulamentação de todos os interessados a atuarem no campo sanitário; o tipo do seguro; o comportamento sindical – que protege a mutualidade – e, principalmente, a relação entre financiamento e produção, pública e privada.

O desenvolvimento do Estado social, e a formação do sistema sanitário, não impediram, nestes países, a experiência histórica das mútuas e de outras tradições similares, a evoluírem para formas institucionais análogas a essas, na Alemanha, na Inglaterra, e nos países do norte da Europa. E o papel das mútuas foi absorvido pelos sistemas integrados de saúde, ou pelo setor comercial de seguros.

2.2. Mudanças nas formas, funções e responsabilidades do Estado: o caso do Medigap nos Estados Unidos

Nos países industrializados, a solução encontrada favoreceu a integração com o sistema público, como se deu, por exemplo, com o **Medigap**¹²⁹, nos EUA.

Nos EUA, a assistência sanitária pública conta com recursos oriundos da receita federal e do Estado. E se limita, em essência, aos programas *Medicare* (idosos), *Medicaid* (pobres/carentes) e ao *Veterans Administration* (veteranos da

¹²⁹ Em inglês, a palavra *gap* significa *lacuna*; assim, o *Medigap* seria um seguro médico destinado a preencher uma lacuna.

guerra). Uma parte importante da população vale-se de seguros privados, seja através do trabalho, seja através dos recursos do próprio indivíduo; uma parcela residual, estimada em 15%, não dispõe de quaisquer tipos de seguro.

Atuam no mercado empresas comerciais, empresas mútuas, organizações não-lucrativas (Blue Cross e Blue Shields), Health Maintenance Organization (Organizações para a Manutenção da Saúde), e muitas outras.

Os tipos de seguros são muito variados, e ampla a cobertura em relação a bens e serviços. Embora o mercado esteja concentrado no grande risco, a variedade de produtos e o fato de a população ser adversa ao risco, causam a “asseguração em demasia.” E alguns consideram ser este fenômeno responsável, em grande medida, pelo crescimento da despesa sanitária.

Com a finalidade de oferecer os serviços que as seguradoras não oferecem, desenvolveu-se um mercado de prêmio integrado, que não chega, porém, a cobrir todas as despesas do segurado.

A **Medigap Insurance**, ou asseguração integradora, ou suplementar, foi pensada e regulamentada, para cobrir a lacuna entre o valor que o *Medicare* reembolsa e o quanto o idoso gasta para usufruir do serviço.¹³⁰

Destinado, exclusivamente, a integrar um programa público, e com uma regulamentação voltada para a tutela do usuário, o Medigap tem notável interesse para nosso estudo.

Em primeiro lugar, a intervenção pública no Medicare não se limita à simples regulamentação interna, financeira e administrativa. Mas se aplica, também, ao mercado externo, privado. Dá-se, assim, uma intervenção pública de grande complexidade.

Em segundo lugar, esta regulamentação vale, indistintamente, para todos os agentes – público e privado, lucrativo e não-lucrativo – e para diversas funções do mercado, do Medicare.

Em terceiro lugar, a intervenção pública limita-se, a regulamentar, sem levar em conta como a pessoa (do lado do financiamento e da produção) irá organizar-se. O programa público paga a prestação de até determinado nível, além do qual intervém o consumidor. Deste modo, o consumidor privado deve dispor de recursos suficientes para adquirir a asseguração do *Medigap*, sem contar com a participação pública específica. Assim, para usar apropriadamente o *Medigap*, o consumidor precisa pagar um prêmio suplementar.

¹³⁰ O prêmio pago pelo *Medigap*, nesta modalidade, acaba sendo subtraído ao crédito.

Contratar um seguro, privado, na presença da seguridade pública¹³¹, é adquirir uma segunda cobertura. E isto depende da análise da relação entre o prêmio total pago pelas duas, ou mais, coberturas, e a vantagem esperada nas duas situações de adversidade ou, ao menos, de risco.

Afirma-se que o modelo clássico pouco auxilia a se entender a demanda pelo seguro privado quando existe seguridade pública, obrigatória. E a segunda asseguração vem sendo entendida como aumento do nível de cobertura.

O **Medigap** é um seguro que vai complementar o *Medicare*. Num contexto de seguridade universal, pública, fornecida pelo Estado, como nos países europeus, existe não apenas uma asseguração integradora – como o **Medigap** – mas também uma asseguração substitutiva, e conjunta com a pública. O problema de decidir entre dois riscos diferenciados para o indivíduo implica dar novo destino aos recursos. E quando o risco das duas assegurações é correlacionado, são possíveis dois resultados.

Nesse debate, Propper (Propper,1993), por exemplo, parte de outra perspectiva. Segundo ele, a demanda pela asseguração privada, no contexto de seguridade pública, conforma-se através de dois processos de decisão. No primeiro, inclui-se a propensão a se “capturar” o indivíduo dentro da seguridade pública. No segundo processo, resguarda-se a seguridade privada, de que o segurado lançará mão se a seguridade pública não for suficiente para garantir-lhe o atendimento.

Segundo esta hipótese, a expansão da oferta será maior no caso da asseguração substitutiva e conjunta, sob a forma dupla.

No caso da asseguração privada, substitutiva, o segurado dispõe de duas coberturas e não terá remorso ao se decidir a usá-las; No caso da asseguração privada, conjunta, cobrir a lacuna de cobertura não deve dar lugar a problemas particulares de seleção adversa;

No caso da asseguração privada, complementar, uma parte da prestação cabe ao setor público, e outra à cobertura privada complementar. A cobertura pública, ao incluir toda a população, não apresenta o problema de seleção adversa. A complementar, ao contrário, ao cobrir um subuniverso, só não implicará em problemas, se a asseguração na previdência complementar estiver regulamentada de maneira a evitá-los. O “risco moral” é um problema para ambas as coberturas.

3 – Considerações finais sobre as experiências internacionais

Na Itália, os gastos privados crescem mais do que a riqueza nacional. E o aumento do peso das despesas sanitárias, no orçamento das famílias, leva a uma mudança do modelo geral de consumo, pois incide sobre a demanda agregada, e,

¹³¹ A seguridade pública não é adquirida, mas fornecida, sem haver liberdade de opinião.

portanto, sobre a economia do país. Assim, do ponto de vista político e econômico, não é possível ignorar a despesa privada.

A pergunta, portanto, é a seguinte: – Quais razões levam a população a consumir serviços e prestações pagos? Para Piperno (Piperno, 1997), tal consumo – afora aquele atribuível à co-participação nos gastos e a algum tipo de prestação limitada ao Serviço Nacional de Saúde (ortodontia, por exemplo) – depende da carência de recursos públicos para a saúde; da capacidade produtiva do setor público; da ineficiência na organização (listas de espera, por exemplo) e, finalmente, da confiança da população. Em essência, o comportamento da população, diante da despesa privada em saúde tem raízes, e se consolida, nos costumes do conjunto da população.

Diante deste quadro - consumo de serviços e benefícios pagos – podemos perguntar: - Qual linha política, qual intervenção, poderá minorar os efeitos desta situação? Vale dizer, qual tipo de regulação poderá, sem interferir na livre determinação do cidadão favorecer um uso mais eficiente e mais eqüitativo dos recursos públicos e dos recursos familiares?

Neste momento da análise emergem três perguntas:

- 1 – Como agir no sentido de melhorar a qualidade e o funcionamento do serviço público?
- 2 – Como intervir sobre a regulamentação, e resguardar a relação entre a oferta pública e privada; em particular, como intervir sobre regras que disciplinam a ação dos profissionais da saúde pública?
- 3 – Como estimular a criação de um fundo integrado capaz de estimular mudanças gerais?

Conforme a análise de Piperno, a Itália aproxima-se bastante do crescimento dos seguros privados, à margem do sistema público de saúde, tal como aconteceu no Brasil, nas últimas décadas. Como ele afirma, é preciso distinguir as prestações que servem a toda a população daquelas que se dirigem a faixas específicas da sociedade. E distinguir, também, os encargos financeiros do Serviço Nacional de Saúde daqueles que podem ter financiamento privado, segundo as bases as mais diversas, tal como vimos acima.

4. Especificidade dos contextos brasileiro e sul-americano

4.1. Questões gerais

Neste ponto pretendemos apenas destacar alguns aspectos genéricos da regulação, nos contextos brasileiro e latino-americano.

Vale a pena sublinhar a ausência de experiências e de reflexão sobre a regulação do setor da saúde na América Latina. No caso de outros setores de tradição de serviço público – tais como água e energia, telecomunicações, saneamento – os trabalhos consultados referem-se pouco aos resultados da implantação do mercado em setores tradicionalmente públicos e da regulação do setor privado. A ênfase desses trabalhos tem recaído mais sobre os aspectos

econômicos e institucionais a impedirem a modernização dos serviços, sobre a extensão da privatização e sobre a regulação como instrumento para tornar os mercados mais competitivos.

Nos países desenvolvidos, a crise do Estado do Bem-Estar, e a introdução de políticas de expansão do mercado, deram-se sob condições de prestação de serviços com elevados padrões de gestão, qualidade e cobertura. A incorporação do mercado a setores de responsabilidade do Estado deu-se de maneira complementar, e naquelas atividades que precisaram de investimentos altos, ou se tornaram deficitárias. Estas atividades, então, se inseriram num aparelho de Estado eficiente, em uma tradição política e social em que se considera terem os cidadãos direito a serviços dignos, e na qual os sistemas institucionais têm força, e elevados níveis técnicos; em suma, em sistemas em que a lógica do interesse privado encontra dificuldades de penetrar.

Na América Latina, ao contrário, os processos “modernizadores” incluem desde a construção de um mercado moderno até a busca de mecanismos de regulação e intervenção estatais, a fim de que o mercado não se torne um poderoso órgão de proteção de interesses ilegítimos. Na maioria dos países ao sul do continente americano os serviços públicos têm vivido, nos últimos vinte anos, no mais completo caos, têm experimentado sérias deficiências econômicas – seja pela baixa aplicação de recursos, seja pelo desvio dos mesmos –, de organização, e gestão dos serviços e de formação dos recursos humanos. Até agora, o maior esforço teórico de apoio a processos de modernização teve em vista, em especial, a definição do novo marco regulador e institucional. E esqueceu a natureza do processo de transição num contexto diferente do europeu e do estadunidense (Corrales, 1998).

Os países da América do Sul, em sua maioria, possuem estruturas de administração fracas, contam com muitos partidos políticos e convivem com tendência à corrupção; nessas condições, o processo de expansão do mercado se torna muito mais complexo. Para a administração pública cumprir seu dever de regular as distorções na prestação dos serviços, controlar as influências negativas à saúde da população e cuidar do ambiente, para a regulação vir a ser eficiente e efetiva, é preciso alterar a cultura política e institucional e incluir a sociedade no controle da produção e da distribuição de bens públicos. E se isto não aconteceu até hoje, não acontecerá simplesmente com a incorporação do setor privado; pelo contrário, a incorporação do mercado poderá vir a agravar as deficiências do Estado na gestão de bens públicos. Assim, se não acontecerem mudanças nos países sul-americanos, a regulação carecerá de substância.

4.2. A regulação do setor privado no Brasil e na América Latina

O papel atual do Estado na regulação do setor privado, na área da saúde, no Brasil, ainda se ressentir de princípios estruturantes. Como sabemos, o Brasil constituiu um sistema de saúde integrado tardiamente, em 1988¹³². E, se comparado com os sistemas inglês e sueco, o sistema brasileiro tem baixo grau de integração, pois o peso do setor privado na oferta de serviços de saúde, principalmente hospitalares, é muito grande.

O setor privado só em 1999 passou a ser alvo de regulação. Mas não se pretende regular o sistema de saúde como um todo, mas apenas o uso de planos de saúde privados.

Por outro lado, os provedores de serviços (hospitais, clínicas e laboratórios), além dos profissionais (médicos, enfermeiros e demais profissionais da área) são os mesmos, tanto no sistema público quanto no particular.

Por sua vez, o acesso aos serviços é diferenciado segundo renda e tipo de plano. E, no sistema público – descentralizado, municipalizado – segundo condições locais de oferta de serviços. Nesse contexto, uma política de regulação implica definir quais princípios de equidade e eficiência serão considerados e qual modelo terá mais eficiência, pois o sistema de saúde é descentralizado, e conta com forte presença do setor privado, em alguns estados e regiões do país.

Assim, as experiências internacionais deveriam ser estudadas em nosso país. Mas é necessário desenvolver modelos próprios, inclusive segundo as regiões, na busca do melhor aproveitamento da superposição dos sistemas público e privado. O ressarcimento ao sistema público, pelos planos privados, do uso de equipamentos públicos (hospitais) pelos segurados desses planos, é apenas um aspecto dessa superposição, e talvez não seja o mais importante.

Em suma, a regulação deveria ter meios de interferir mais decisivamente na relação público-privado, de forma a aumentar os níveis de equidade e eficiência do uso de serviços de saúde pelos cidadãos brasileiros.

As experiências latino-americanas são muito recentes. No Chile, por exemplo, há quase 20 anos existe uma provisão privada de serviços, com financiamento público. Mas as críticas ao sistema de saúde nesse país parecem indicar que as desigualdades no uso de serviços têm aumentado, e que as políticas reguladoras ainda carecem de firmeza.

¹³² Tardiamente em duplo sentido: primeiro, do ponto de vista cronológico, isto é, 40 anos depois da implantação do primeiro modelo integrado público, o inglês; segundo, tendo em vista o momento de

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAILEY, S., BRUCE, A., Funding the National Health Service, The Continuing Search for Alternatives, In: Journal of Social Policy, vol.23, n.4, pp. 485-516, 1994

BOYER, R., A Teoria Da Regulação. Uma Análise Crítica, Nobel, 1990

BROSIO, G., Equilibri instabili, Bollati Boringhieri, Torino, 1994

CONFORTO, G., Descentralização e regulação da gestão de serviços públicos, In: RAP, vol.32, n.1, pp.27-40, 1998

CORRALES, M., H., La regulación en períodos de transición: el caso de los servicios de agua potable y saneamiento en America Latina, EUDEBA-CLADE, 1998, Argentina

ENTHOVEN, A., Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance, North Holland, Amsterdam, 1988

ENTHOVEN, A., Internal Market Reforms of the British NHS, In: Health Affairs, vol.3, pp.50-70, 1991

FRANCE, GEORGE, L' introduzione di riforme pro-concorrenziali nel Servizio sanitario nazionale: Vorrei e non vorrei, IN: L' Assistenza Sociale, Ediesse, Roma, 1997.

FERLIE, E. et ali, A nova administração pública em ação, Unb & Enap, Brasília, 1999.

GIAIMO, S., Markets and Medicine: Welfare State Governance in Britain, Germany, and the United States, February 1999, New York, EUA

GIARDA, P., Regioni e federalismo fiscale, Il Mulino, Bologna, 1995

GREEN, D., Everyone a Private Patient, Institute of Economic Affairs, London, 1988

LAHERA, E.P., Políticas de regulación, EUDEBA-CLADE, 1998, Argentina

LANZI, D., L'instituzioni si Autorit  di regolazioni, In: Collana Cirec di studi e documenti, Milano, Bimestrale, anno XXVIII, n.1, 1998

PIPERNO, A., Mercati assicurativi e istituzioni, La previdenza sanitaria integrativa: il problema, le argomentazioni, le proposte, Il Mulino, Bologna, 1997

PROPPER, C., Constrained Choice Sets in the Demand for Private Medical Insurance, In: Journal of Public Economics, vol. 51, n.3, pp.287-307, 1993

VISCO, V., Finanza regionale e federalismo fiscale, Roma, Fondazione, Cespe, 1995

I. Metodologias para cálculo da renúncia fiscal na experiência internacional recente

Para construir o marco legal da tributação e da renúncia de arrecadação, no campo dos serviços privados de saúde no Brasil, é necessário examinar as definições, as modalidades e a experiência internacional no campo da renúncia da arrecadação ou das despesas tributárias "**fiscal expenditures**". De outra parte, descrever as metodologias mais utilizadas para medir estas despesas é essencial ao entendimento da experiência brasileira de hoje.

1. A Definição de Renúncia de Arrecadação

A definição de renúncia de arrecadação não é consensual. Assim, existem divergências nos métodos de cálculo dos gastos tributários entre países, e, em consequência, as práticas de quantificação das despesas tributárias variam substancialmente entre os mesmos.

As despesas tributárias, por sua vez, assumem diferentes formas. A saber:

- Isenções, ou seja exclusões de renda da base de incidência de tributos
- Deduções de quantias, da renda bruta, antes da definição da renda a ser tributada
- Deduções de créditos, ou quantias, do imposto devido
- Reduções de alíquotas a favor de um conjunto de contribuintes e/ou de atividades
- Diferimentos tributários, ou seja, a defasagem consentida, a título de incentivo, para o início dos pagamentos dos impostos devidos.

Em qualquer de suas formas, a definição da renúncia fiscal é um exercício de inclusão dos instrumentos do sistema tributário em um marco de referência. E a renúncia de arrecadação só se justifica, com vistas a se alcançar um objetivo preciso. Da perspectiva da mensuração, uma base de tributação ampla permite estabelecer um padrão, ou normas claras, para a quantificação da renúncia. Finalmente, é preciso que o recurso à renúncia,

¹ O presente texto é uma versão da parte inicial do relatório, de DAIN, Sulamis ; CAVALCANTI, Carlos Eduardo Gonçalves e QUADROS, Waldemir Luiz de. "*A Renúncia Fiscal ao Segmento de Assistência Médica Suplementar: A Experiência Brasileira em Perspectiva Comparada*". Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar - Ministério da Saúde - UNESCO, Nota Técnica, (Projeto de Pesquisa: "Regulação dos Planos e Seguros Privados de Saúde". Componente 2 do REFORSUS: "Assistência Médica Suplementar" - Sub-Componente 2.2: "Dimensionamento dos Recursos Envolvidos no Financiamento dos Planos e Seguros de Saúde e Participação nos Gastos de Saúde no Brasil"), abril de 2000.

¹³⁴ Respectivamente, Professora titular do Instituto de Medicina Social da UERJ - IMS/UERJ; Professor da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP e professor do Centro Universitário FMU, Os dois últimos são também técnicos da Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP.

como instrumento de indução, não seja neutralizado pela ação, simultânea, de outros instrumentos.

II. A Experiência Internacional

Registros de despesas tributárias foram inicialmente realizados na Alemanha e nos Estados Unidos — nos anos 60 — na Áustria, no Canadá, na Espanha e no Reino Unido — nos anos 70 — e se generalizaram, nos anos 80, para os demais países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Os fundamentos destes registros, entretanto, variam bastante entre os países que apresentam relatórios sobre esta modalidade de gasto, ou renúncia de arrecadação.

Em metade dos 14 países cujos procedimentos e metodologias passaram por avaliações, as autoridades são obrigadas, por lei, a apresentar relatórios sobre gastos tributários, quase sempre anuais. Na França, na Bélgica, na Finlândia, em Portugal e na Espanha, a apresentação do relatório sobre a renúncia de arrecadação está associada ao processo de elaboração do orçamento; os demais países mantêm a separação entre o processo do orçamento e o da renúncia. Finalmente, nos Estados Unidos, o relatório sobre as despesas tributárias é parte do orçamento, mas não se integra ao processo de elaboração do mesmo.

Existem vários procedimentos para os governos definirem prioridades para o orçamento, e incentivarem programas e projetos, a fim de alcançar seus objetivos através do uso de recursos públicos. O gasto direto através de subsídios é uma forma consagrada de incentivar ações, e se o representa, no orçamento, de forma transparente e acurada. Entretanto, o governo também lança mão de concessões ou da diferenciação de tratamento tributário a fim de incentivar determinados programas e projetos; esses instrumentos são incorporados aos sistemas tributários, e constam da legislação.

A apropriação contábil desta renúncia de arrecadação é menos acurada que a apuração dos subsídios oriundos do orçamento. Assim, dois tipos de providências têm sido tomadas, em geral, para diminuir a preferência por este tipo de incentivo.

A primeira diz respeito ao aumento do conhecimento sobre as modalidades de registro destas “despesas tributárias”, com vistas a se estabelecer uma metodologia comum de aferição, em particular na OCDE (1996); esse seria o primeiro passo para a quantificação e a divulgação dessas despesas. A Segunda refere-se à redução ao mínimo, através da nova legislação, — introduzida pelas reformas tributárias mais recentes — das circunstâncias que propiciam a dedução de impostos devidos, ou sua isenção. Nas principais críticas à renúncia de arrecadação se alega que tais instrumentos acarretam distorções nas decisões de investimento, consumo e poupança, aumentam a complexidade do sistema tributário e

acentuam a dificuldade de se realizarem avaliações regulares de seu impacto.

A conclusão a que chegaram os países envolvidos nesse tipo de reforma é que o gasto direto pode ser mais efetivo que a renúncia fiscal. Em primeiro lugar porque as perdas de receita, nos programas dependentes da renúncia fiscal, são menos visíveis que os custos devidos a gastos diretos; assim, é mais difícil a avaliação dos benefícios derivados dessas perdas.

Em consequência, muitas reformas têm procurado ampliar a abrangência da base de arrecadação, e reduzir as alíquotas de tributação. Essa maior abrangência tem levado a se abandonar, ou a se usar menos, o tratamento tributário diferenciado como forma de estímulo indireto a ações e programas públicos e, em particular, a programas privados.

Neste contexto, a maneira de resgatar os aspectos positivos da renúncia de arrecadação seria integrá-la à contabilidade de gastos públicos, e, assim, tornar mais transparentes suas finalidades no incentivo de ações, projetos e programas.

As legislações tributárias de alguns países da OCDE apresentam definições formais da renúncia à arrecadação. Consideramos especialmente feliz a da Finlândia, que define renúncia fiscal como “o abandono do padrão normal de tributação, para fins de incentivo”. Isto não nos permite, entretanto, avançar no campo conceitual, pois não há consenso sobre o que seria “um padrão normal de tributação”. E essa ausência de consenso se deve a diferenças na legislação tributária de definição da unidade tributária (no caso da pessoa física), na base de cálculo e de deduções, e no grau de integração entre as legislações das pessoas físicas e das pessoas jurídicas.

Também são variados os procedimentos para separar a norma tributária das exceções. No Canadá, por exemplo, a definição de norma tributária inclui apenas os elementos mais essenciais do sistema; assim, todos os “desvios” desta norma são tratados como despesas tributárias, o que as torna bastante visíveis.

Embora disponham de cálculos bastante abrangentes para medir a renúncia de arrecadação, outros países incluem parte da mesma como elemento da estrutura da base de tributação. A legislação do Reino Unido distingue as despesas tributárias das reduções estruturais da carga; ambas as modalidades, entretanto, fazem parte do sistema de contas das despesas tributárias.

Nos Estados Unidos, as despesas tributárias são apenas as que correspondem a algum item da classificação de funções, no orçamento fiscal. Por exemplo, a previsão para depreciação de bens de capital não é contada como tal, pois não corresponde a um item orçamentário; esta situação sugere a existência de diferenças entre os conceitos de despesa tributária, e renúncia de arrecadação, termo mais genérico.

Também há alguma confusão entre a contabilização das despesas tributárias e algumas modalidades de créditos fiscais que, segundo a lei, são parte da definição da base de tributação, e, não se incluem, portanto, entre as renúncias; este é o caso do crédito tributário correspondente a cada filho, na declaração de renda dos pais. Dados estes fatos, alguns autores sugerem, para fins de avaliação da relação custo/efetividade, transformar tais créditos em programas de gasto direto, para facilitar a comparação dos mesmos com gastos indiretos, consubstanciados em despesas tributárias. Mas esta decisão cabe, em última instância, aos governos de cada país.

II.1. Definições básicas e divergências conceituais na comparação internacional

A análise da legislação tributária dos 14 países estudados pela OCDE (OCDE, 1996) registra, em todos os casos, a existência de despesas tributárias a incidir sobre o Imposto de Renda da Pessoa Física; com a exceção da Holanda, o mesmo ocorre no Imposto de Renda da Pessoa Jurídica. Apenas a Holanda e a Irlanda não registram, também, despesas tributárias associadas aos demais impostos diretos e indiretos. Na Austrália, na Áustria, no Canadá, na Espanha e nos Estados Unidos, as despesas tributárias são da alçada do governo central.

II.1.1. Despesas tributárias, tributação da pessoa física e gastos sociais indiretos

Uma grande fonte de dificuldade nas comparações internacionais decorre do tratamento das despesas tributárias no campo do gasto social. Em particular nos Estados do Bem-Estar, a tradição costuma associar à norma tributária um conjunto de vantagens e créditos tributários oferecidos às famílias, créditos nem sempre contados como despesas tributárias. Assim, a carga tributária efetiva da pessoa física varia segundo as circunstâncias familiares, e com a renda. A França, por exemplo, registra despesas tributárias por “quociente familiar”, mas considera este sistema um elemento da estrutura do sistema tributário, essencial para garantir-se o caráter progressivo do imposto de renda.

Alguns tipos de gastos com a proteção social apresentam peculiaridades e especificidades, na perspectiva da contabilização das despesas tributárias. Em muitos casos, dá-se um debate sobre a renda, no que diz respeito a pensões e aposentadorias da previdência complementar. Em geral, o tratamento tributário desta modalidade de renda tende a se assemelhar ao das demais formas de rendimento. Mas, usualmente, as contribuições sociais que os financiam são isentas, e assim há, em certa medida, um diferimento na tributação. Nos planos de contribuição definida, isto pode levar a subtributação dos ganhos obtidos pelas aplicações em planos de capitalização e repassadas aos integrantes do plano, como o seriam, aliás, os rendimentos de outras aplicações financeiras. Embora isso possa acentuar a regressividade da tributação da renda, a incorporação destes ganhos à renda tributável introduziria complexidade excessiva nos cálculos, e, assim, os mesmos não são considerados.

Alguns países — a Holanda e a Alemanha, por exemplo — não registram como gasto tributário qualquer tipo de dedução para pensões e aposentadorias, pois incluem as provisões para proteção social na estrutura do sistema tributário. Na Bélgica, apenas a contribuição dos empregadores é despesa tributária, para efeito de dedução na tributação da pessoa jurídica.

Por esta razão, o peso das despesas tributárias associadas à área social de gasto tende a ser subestimado, ante a renúncia de arrecadação em prioridades do governo, incentivadas através do sistema tributário.

Uma outra questão, de natureza mais geral, é a de ser a comparabilidade das estimativas de despesas tributárias entre países bastante limitada. Segundo Mc

Daniel e Surrey (1985), os países analisados definiam rendimentos tributáveis – implícita ou explicitamente diferenciados – em relação aos quais a comparação entre os valores absolutos e a participação relativa das despesas tributárias perdia significado. E falseava, inclusive, as conclusões que resultavam das análises feitas sem esta ressalva.

Um segundo problema refere-se à interação das várias modalidades de renúncia fiscal e a seu impacto sobre um sistema de tributação progressivo. Pois cada cálculo de despesa tributária é feito isoladamente, como se os demais componentes da renda permanecessem constantes. Na verdade, uma vez que a renúncia de arrecadação pode influir, positivamente, sobre a renda do contribuinte — se a tributação for progressiva — parte deste efeito será recuperado pelo fisco; assim, para cada contribuinte, a soma dos vários componentes da renúncia fiscal, isoladamente, não irá equivaler à renúncia fiscal efetiva. Isto sem contar serem usados nas estimativas, em geral, modelos de impacto que não levam em conta as mudanças de comportamento, derivadas dos estímulos fiscais, e capazes de alterar os resultados.

II.1.2 Diferenças na composição das despesas tributárias entre países

Ao observarem a composição das despesas tributárias na pesquisa realizada pela OCDE, destaca-se, imediatamente, a diversidade da natureza, e da motivação das despesas tributárias no conjunto dos países analisados. Assim, enquanto as despesas tributárias referentes à proteção social representam, na Austrália, $\frac{3}{4}$ do total da renúncia, os dados para a Áustria, referentes a deduções por conta de contribuições para seguros de vida e de saúde, pouco excedem os 5%. Na Áustria e na Itália os incentivos concentram-se, fortemente, na área de atividades empresariais com finalidade econômica.

Tais percentuais teriam de ser criticados de forma mais consistente, pois, como se viu, nem sempre os créditos tributários para programas de cunho social entram na soma das despesas tributárias, e tampouco os países seguem um mesmo padrão. A pouca representatividade dos programas sociais nas despesas tributárias nem sempre significa que se atribui baixa prioridade ao tema, mas que, ao contrário, o tema, está integrado à estrutura normal de tributação.

É necessário por exemplo, observar com essas ressalvas o maior equilíbrio da distribuição das despesas tributárias, entre finalidades econômicas e sociais, verificado nas estatísticas do Canadá.

Como era de se esperar, na Finlândia os gastos associados ao Estado do Bem-Estar, notadamente no campo da previdência, dominam o orçamento de renúncia de arrecadação de forma quase absoluta. Os gastos referentes a deduções com planos de saúde são, porém, insignificantes. E confirmam o sucesso do compromisso, de longo prazo, com um programa público e universal de atenção à saúde, e o baixo estímulo fiscal à compra, pela população, de serviços sanitários ao setor privado.

III. O caso norte-americano

Há domínio do setor público na produção e no financiamento direto a serviços de saúde de cunho universal, na maioria dos países analisados. Assim, optamos, neste trabalho, por estudar mais a fundo a experiência norte-americana, recente, no campo da renúncia da arrecadação, e particularmente, no da área de gastos sociais indiretos. E o fizemos não só porque o caso americano apresenta mais semelhanças com as tendências observadas, no Brasil, em termos da concessão de incentivos tributários e da ênfase nos gastos indiretos do Estado. Mas também porque tais gastos vem sendo crescentemente utilizados, lá como aqui, no estímulo ao segmento privado de serviços de saúde.

A propósito, nos últimos vinte anos a economia americana atravessou três reformas importantes no Imposto de Renda, nas quais o debate sobre despesas tributárias sempre teve relevância.

Nos Estados Unidos, os incentivos fiscais (Toder, Eric, 1999) representam parte significativa do apoio financeiro do governo federal a inúmeros programas de cunho social; tais programas dizem respeito ao apoio a famílias de baixa renda, à saúde à população não-idosa, à habitação, à poupança, a governos locais e a instituições de cunho filantrópico.

Nos anos recentes, ocorreu uma expansão dos incentivos tributários para a política social. Esse é um sinal de que as sucessivas vitórias dos democratas puderam recuperar um pouco da idéia do "governo ampliado", do "*big government*", desta vez acompanhado do equilíbrio das contas públicas.

Os incentivos tributários têm o mérito de combinar o apoio do governo federal às políticas sociais com a redução na tributação. E, à diferença dos programas de gasto direto, que têm metas semelhantes, esses incentivos podem apresentar um custo político relativamente baixo.¹³⁵

Muitos analistas referem-se aos incentivos tributários como despesas tributárias, e, assim, lhes reconhecem a capacidade de substituir programas de gasto direto segundo prioridades federais.¹³⁶ A "Office of Management and Budget"/OMB (Escritório de Gerência e Orçamento) dos Estados Unidos define gastos tributários ("*tax expenditures*") como perdas de receita que decorrem de dispositivos da legislação tributária federal, tais como exclusões, isenções, deduções, créditos, diferimentos ou redução de alíquotas¹³⁷.

Tanto o OMB como o "Comitê Conjunto sobre Tributação" (JCT), do Congresso, publicam anualmente a lista de despesas tributárias federais e as

¹³⁵ Ao estudar as forças políticas presentes na ampliação de quatro incentivos tributários, — hipotecas; redução dos juros; isenção de contribuições e crescimento da renda, dentro dos planos de previdência complementar providos pelo patrão, e incentivo de crédito ao emprego, — Howard (1997) mostrou que a influência das mesmas sobre o crescimento dos incentivos se distinguia nitidamente das forças que influenciavam a realização de programas através de gastos diretos.

¹³⁶ O termo "*tax expenditures*" (gastos tributários) e o conceito de orçamento de despesas tributárias foram originalmente desenvolvidos por Stanley Surrey, Secretário Adjunto de Política Tributária para o Departamento do Tesouro norte-americano nos anos 60; veja-se Surrey (1973) e Surrey e McDaniel (1985)

¹³⁷ U.S. Office of Management and Budget (1998).

estimativas de perda de arrecadação decorrentes da mesma, com base em dados do Departamento do Tesouro dos Estados Unidos. Apesar de sua denominação, parte das despesas tributárias não mostra uma contrapartida em programas de gasto do governo. E essas despesas são, na verdade, instrumentos de diferenciação e regressividade da carga tributária, quando comparada à que resultaria de um imposto de renda abrangente. Muitos dos gastos indiretos do Estado poderiam ser canalizados para programas de gastos diretos, com destinação mais transparente.

Quando se observam as tendências das despesas tributárias nos últimos vinte anos, nos Estados Unidos, revela-se, claramente, a destinação crescente das mesmas a programas “sociais”, e não ao estímulo ao investimento das corporações.

Na área social, as despesas tributárias referem-se à promoção de educação, saúde, habitação, à proteção social à aposentadoria, à garantia de renda para famílias de baixa renda. As despesas tributárias que se destinam às empresas destinam-se a promover o investimento, em geral, ou a auxiliar indústrias que o Governo, ou o Congresso Nacional, consideram ter grande importância para o crescimento econômico, ou para a segurança nacional. Os incentivos dizem respeito a reservas para depreciação acelerada, créditos tributários por investimento e às produção e conservação de energia. As informações apresentadas para os Estados Unidos têm como origem estimativas de despesas tributárias, publicadas, pela OMB, em anexo aos orçamentos de 1980/85/90/95 e 1999¹³⁸. Feitas essas ressalvas, é possível usar as estatísticas, com relativa segurança, para apresentar as grandes tendências no nível e na composição das despesas tributárias nos últimos vinte anos, nos EUA.

III.1. Padrões de Despesas Tributárias/1980-99

Em 1999, as despesas tributárias representaram cerca de 6,3% do PIB americano; cerca de 5% das mesmas tiveram como origem despesas tributárias de caráter social e 1,3% se referiram a incentivos a atividades produtivas. A renúncia de arrecadação concentrou-se em pequeno número de rubricas, e representou cerca de 65% do total da despesa tributária associada à área social.

As cinco rubricas mais importantes foram, em 1999, as isenções do Imposto de Renda referentes a contribuições e pagamentos feitos por planos de previdência complementar (U\$86.9 bilhões); a isenção das contribuições do empregador para planos de seguro de saúde e de assistência médica (U\$76.2 bilhões); as deduções de juros referentes a hipotecas de moradias (U\$53.7 bilhões); a dedução de impostos estaduais e municipais, pelas pessoas físicas, e as deduções por gastos com habitação pelos não-proprietários (U\$33.5 bilhões); e os créditos tributários sobre rendimentos da pessoa física (U\$29.1 bilhões). Outras despesas tributárias, de pequena expressão, também podem prover importantes subsídios para as atividades incentivadas.

Nos últimos vinte anos, as despesas tributárias, como percentagem do PIB, tiveram pequeno crescimento. Entretanto, a composição das mesmas foi

¹³⁸ Os dados refletem as ambigüidades do Tesouro na classificação de despesas tributárias e na adição de itens de despesas tributárias sem considerar sua interação; o mesmo se deu nas estatísticas da OCDE

profundamente alterada, com crescimento de mais de 40% da renúncia de arrecadação associada a gastos sociais e queda de 50% naquelas a dizerem respeito a atividades econômicas incentivadas; assim, em 1999, os gastos tributários “sociais” representaram cerca de 79% de toda a despesa tributária, em contraste com os 57% de 1980.

A evolução observada entre 1980 e 99 reflete as inflexões da política tributária do período, ligadas às primeira e segunda reformas tributárias do governo Reagan (1981 e 1986), bem como à política tributária dos anos 90.

Durante os anos iniciais da década de 80, período de grande estímulo ao aumento da oferta, – graças à redução das imposições estatais sobre o setor produtivo –, ampliaram-se o espectro e o valor dos incentivos tributários à indústria, e aos gastos “sociais” em previdência complementar e habitação.

No campo das atividades econômicas, buscava-se incentivar o investimento através de deduções da base tributária das reservas referentes à depreciação acelerada dos ativos. No campo social, estimulava-se o segmento privado de planos de previdência complementar e de saúde, e, indiretamente, a construção civil, pois era possível deduzir integralmente os juros relativos a hipotecas para compra de casa própria. Inúmeros trabalhos (Blanchard, 1985) criticam a política tributária da “Reaganomics”, uma vez que os incentivos não conseguiram neutralizar a significativa elevação da taxa de juros em 1979, que retardou a retomada do investimento. E a desaceleração econômica provocou queda na arrecadação e dramática elevação do déficit fiscal, financiado com o oferecimento de títulos do Tesouro Americano ao mercado financeiro internacional.

Além do mais, os setores mais beneficiados pelos incentivos fiscais não foram os que apresentaram maiores taxas de investimento e de crescimento. E ocorreram, ainda, várias fusões de empresas, com o objetivo de se transferirem créditos fiscais a empresas que tinham saldo devedor junto ao fisco. Estima-se que o crescimento das despesas tributárias associadas à depreciação acelerada, em máquinas e equipamentos, correspondeu a 0,5% do PIB, entre 1980 e 1985.

Os gastos tributários na área social, ao contrário, tiveram origens menos na política tributária do que no aumento da taxa de juros e em seu impacto sobre os encargos (dedutíveis) relativos a hipotecas sobre moradias. E, também, em mudanças de comportamento — que elevaram os gastos das empresas com seguros de saúde (igualmente dedutíveis) para seus empregados.

Apenas no campo dos planos de pensões e aposentadorias da previdência complementar a reforma de 1981 ampliou a possibilidade de dedução para os trabalhadores. Com a regulamentação dos planos de pensão – feita pelo Tesouro em 1982 –, muitos empregadores introduziram planos de pensão para seus empregados, com deduções previstas para contribuições de empregados e empregadores; essas pensões geraram uma despesa tributária de cerca de 0,8% do PIB.

Em 1986, foram corrigidos vários dos exageros, do início da década, referentes à política norte-americana de incentivos na área do Imposto de Renda. A simplificação e a limitação do sistema de renúncia — substituído pela redução das alíquotas e pela ampliação da abrangência da base de tributação — tornaram o sistema tributário mais justo. Assim, a reforma eliminou as despesas tributárias

excessivas, a resultarem de incentivos, pouco efetivos, ao investimento na produção. As despesas tributárias de caráter social mantiveram-se praticamente inalteradas, exceto quanto a deduções para previdência complementar, que se restringiram aos que não dispunham de esquemas compulsórios de seguros. A redução das alíquotas marginais do imposto de renda da pessoa física encarregou-se de diminuir as vantagens tributárias das deduções relativas a hipotecas e planos de saúde, a beneficiarem os segmentos de rendas médias e altas¹³⁹.

Entre 1985 e 1990, houve queda global de 20% nas despesas tributárias, em virtude da redução, de 50%, na renúncia de arrecadação referente ao investimento na produção. Relativamente ao início da década, as despesas tributárias de cunho social cresceram em importância.

Nos anos 90, foram parcialmente revertidas as reduções de alíquotas, que haviam acontecido em 86, e se ampliou o custo das deduções para o fisco e, assim, cresceram as despesas tributárias de caráter social. Criaram-se também, novos benefícios tributários para as famílias. Entretanto, manteve-se, quanto aos estímulos ao investimento e à tributação das empresas, a legislação de 86, sem se impedir o vigoroso crescimento da economia americana e a materialização de um novo ciclo de investimentos em novas tecnologias.

Ao longo da última década, acentuou-se a queda dos incentivos tributários à atividade produtiva, relativamente ao tamanho da economia. E a promoção de metas sociais através da renúncia de arrecadação tomou o lugar dos incentivos, de forma definitiva. Entretanto, o caráter da renúncia continua regressivo, pois os benefícios continuam a se distribuir desigualmente entre classes de renda. Isto se deve tanto à exclusão dos trabalhadores sem vínculo estável com o mercado de trabalho, quanto à adoção de incentivos associados a créditos tributários, que só alcançam os que têm imposto a pagar.

O debate atual sobre as despesas tributárias concentra-se no confronto entre a preferência por gastos diretos do governo, através de subsídios, e a manutenção das despesas tributárias indiretas. A situação de hoje recupera, em parte, a complexidade das regras tributárias, simplificadas na década de 80, e mascara a expansão de gastos e a prioridade atribuída a certas atividades, através do binômio redução da carga tributária/expansão do gasto indireto.

III.1.1. Créditos Tributários, Planos de Saúde e os Não-Segurados, nos Estados Unidos

O financiamento direto do setor público ao sistema de saúde norte-americano provê apenas a cobertura parcial dos gastos dirigidos aos idosos — através do Medicare —, aos indigentes — através do Medicaid —, e às crianças de baixa renda — através do "Children's Health Insurance Program" (Programa de Seguro de Saúde para Crianças). Um número significativo e crescente de cidadãos americanos — hoje estimado em 43 milhões de pessoas — não dispõe de seguro privado, não se inclui nas condições acima assinaladas.

No segmento formal do mercado de trabalho, predominam planos de saúde contratados pelos empregadores, para seus empregados. Em contraste com o

¹³⁹ Dados do Congressional Budget Office, de 1988.

mercado individual de seguros de saúde, o estímulo tributário a tais programas se justifica, pois torna possível a diluição do risco dos empregados (e de suas famílias) entre todos os empregados; assim, os empregados mais idosos pagam a mesma contribuição que os empregados jovens, e tornam o plano menos oneroso para os segmentos mais vulneráveis.

Entre 1987 e 1997, entretanto, o percentual de cobertura de não-idosos declinou de 69% para 64%. Do ponto de vista das diferenças salariais entre grupos de trabalhadores, somente 42% dos trabalhadores a ganharem menos que U\$7 por hora têm, hoje, cobertura do empregador, em contraste com os 73% no conjunto dos trabalhadores.

As diferenças de despesas tributárias nas deduções dos planos de saúde são significativas entre classes. Os gastos tributários totais com saúde representaram, em 1998, U\$111 bilhões, com benefícios médios de U\$ 71 por família — na faixa de renda abaixo de U\$15,000 — e de U\$2,357, por família, para aqueles de renda superior a U\$100,000.

Nos EUA o segmento privado de saúde é dominante. E embora esse setor seja financiado, indireta, e significativamente, pelo setor público — através da renúncia fiscal —, os gastos públicos indiretos, através dos créditos tributários, têm sido insistentemente apresentados como solução para se oferecer cobertura ao crescente número de não-segurados.

As propostas quanto ao valor do crédito oscilam entre um mínimo de U\$500 e um máximo de U\$2,800, por indivíduo. Alguns sugerem que os programas e benefícios se concentrem nos segmentos de baixa renda; outros, imaginam um programa que não seja condicionado à renda ou pela não-cobertura do risco por parte de um empregador.

Esta última modalidade poderia ameaçar, seriamente, a cobertura baseada no vínculo de emprego, e causar pesados prejuízos àqueles que apresentam maior risco de adoecer, na perspectiva dos seguros individuais; nenhuma das propostas baseadas no crédito tributário tem entre suas prioridades a reforma do mercado de planos de saúde individuais.

Sem essa reforma, no entanto, essas propostas abalariam a cobertura de planos de saúde para indivíduos e famílias com doenças preexistentes. Assim, a ampliação das despesas tributárias sob forma de crédito precisaria acompanhar-se da reforma do mercado individual de planos de saúde.

Existem inúmeras propostas a respeito desse tema. A maioria associa a concessão de créditos tributários à cobertura dos não-segurados, e sugere a provisão de um crédito tributário, reembolsável, a ser usado na compra de seguro de saúde. Há, também, divergências quanto à apropriação do crédito diretamente pelos indivíduos, ou, pelo plano de saúde, em nome do beneficiário; apenas a proposta do *American College of Physicians* (Colégio Americano de Médicos Clínicos) contém estimativas de custo — em torno de U\$57 bilhões entre 2000 e 2004.

Todas as propostas enfraquecem o sistema baseado no vínculo de trabalho. Poucas, no entanto, se preocupam com a necessidade de se reformar o mercado de seguros de saúde individuais — de modo a abrí-lo ao segmento que tem maior risco de adoecer — e a evitar a excessiva fragmentação do mercado, a evasão à regulação pelo Estado, e às prioridades de cobertura do Estado.

Sem um mecanismo de garantia de uma cobertura ampla, essas propostas resultariam na ampliação dos riscos individuais, hoje partilhados no mercado de trabalho, e aumentariam, ainda mais, a exposição de um segmento já vulnerável da população. Na ausência de reformas substantivas do sistema de saúde norte-americano — anunciadas na metade da década de 90 e desde então frustradas — a ênfase ainda maior no gasto indireto abalaria o sistema vigente, e ampliaria o número de não-segurados, em nome dos quais tais propostas vieram à baila.

O atual sistema de saúde deixa muitos sem cobertura, ou sob cobertura precária. E é extremamente regressivo na distribuição dos benefícios tributários, que favorecem, em muito, os segmentos de rendas mais elevadas. Assim, mudanças são necessárias, e urgentes.

Entretanto, sem levar em conta as dificuldades relativas à cobertura dos grupos de alto risco e as soluções para sanar tais diferenças, sem se diluir os diferenciais de risco entre a faixa etária mais elevada e as mais baixas, a intensificação do uso deste instrumento de gasto tributário poderá conduzir, rapidamente, ao pior dos mundos.

IV. Incentivos Tributários no Brasil: caracterização, evolução recente e uso no setor de saúde

Estudos de finanças públicas, realizados para os países da OCDE (Saunders e Klau, 1986), nas décadas de 70 e 80, demonstraram que o uso de incentivos tributários passou a ter uma influência, sobre a configuração da distribuição da carga tributária e da equidade fiscal, muito semelhante à do gasto público realizado diretamente. Assim, generalizou-se, nos orçamentos públicos, o emprego desse instrumento para a realização da política fiscal. O Brasil não fugiu a essa regra.

Em nosso país, a autorização legal, e as razões, para a concessão de vantagens fiscais, pelo Poder Público, estariam associados, em primeira instância, à preocupação com as desigualdades entre as regiões. A partir de 1958, os benefícios tributários começaram a influir decisivamente, para atenuar as disparidades regionais no país. Datam dessa época a criação da SUDENE (1959), a instituição da SUDAM e do FINAM, os incentivos do art.34 da Lei 3.995/61— que facultava às empresas de capital 100% nacional efetuarem dedução, de até 50%, nas declarações do Imposto de Renda (IR), dos valores reinvestidos, ou aplicados, na indústria instalada no Nordeste — e do art.18 da Lei 4.239/63, a facultar à pessoa jurídica o direito de descontar do IR, e dos adicionais não-restituíveis, até 50% de inversões em projetos agrícolas e industriais.

Em segundo plano, os incentivos fiscais estariam relacionados ao desenvolvimento de determinados setores; na década de 60, incentivou-se o crescimento da pesca, do reflorestamento, do turismo, etc.

Em regra, a sistemática de incentivos no país tem sido, há décadas, praticamente a mesma. Fortemente concentrado no IR, o sistema consiste em as pessoas, físicas e jurídicas, terem direito a deduzir, do imposto devido, determinados percentuais, a serem aplicados em áreas menos desenvolvidas.

No caso do setor de saúde, as deduções com despesas médicas voltam-se para garantir um tratamento tributário mais equânime entre os contribuintes. Ao acatar a redução da base de cálculo do IR, por meio do abatimento das despesas médicas, teria o governo a intenção de amenizar a carga daqueles que têm a necessidade de incorrer em maior dispêndio com atendimento médico. Poder-se-ia dizer, assim, que ocorrem subsídios cruzados, com os mais abastados a financiar, através do imposto pago, os materialmente desprovidos, ou, as gerações mais novas a contribuir para a atenção médica das mais idosas.

Para discorrer sobre a renúncia de arrecadação tributária no Brasil, usaremos o Demonstrativo dos Benefícios Tributários (DBT)¹⁴⁰, peça complementar ao Orçamento Geral da União (OGU). De início, discutiremos, o conceito de benefício tributário, e descreveremos, sucintamente, a legislação brasileira sobre o tema. Em seguida, apresentaremos a evolução recente dos incentivos fiscais, por meio do DBT, com ênfase nas estimativas para o período entre 1998 e 2000. Por fim, teceremos alguns comentários, de caráter teórico, sobre a renúncia fiscal no setor de saúde, no Brasil.

IV.1. O conceito de benefício tributário e a legislação brasileira

O critério de classificação das desonerações fiscais segue uma lógica orçamentária, cujos objetivos são de natureza econômica, social ou político-administrativa. A variedade no tratamento dessa questão tem criado dificuldades para a definição de um arcabouço metodológico capaz de adequar o conceito de benefício tributário a uma regra geral de classificação; esta situação tem suscitado críticas quanto à transparência e à real situação dos gastos tributários no país.

Segundo Rosa (1996, p.7), o benefício, ou gasto tributário, (*tax expenditure*) "*seria tão somente dispositivo legal de objetivo específico, alcançando um grupo relativamente restrito de contribuintes, setor ou região, e que, em princípio, poderia ser substituído por um programa de gasto direto*". Assim, o benefício tributário teria como característica essencial a seletividade, seja de contribuintes, seja de setores, seja de regiões.

Para elucidar ainda mais o sentido dos benefícios tributários, Rosa busca conceituar as demais terminologias empregadas, reproduzidas abaixo:

- a) Renúncia de receita: refere-se à perda de recursos de tributos, como resultado da concessão de benefício tributário;
- b) Benefício ou incentivo fiscal: tem os mesmos objetivos de benefício tributário, mas dá-se, também, no item das despesas, como subsídios, subvenções, etc;
- c) Alívio tributário: é um subconjunto do benefício tributário e se destina a amenizar situações adversas, ou dificuldades, ocasionais, enfrentadas pelos contribuintes;
- d) Desoneração tributária: refere-se a tudo que não é tributado legalmente, sob qualquer forma jurídica, mas não resulta em perda de recursos para o Tesouro.

No Brasil, a Constituição Federal — em seu Título VI, "Da Tributação e do Orçamento" — autoriza a concessão de incentivos/benefícios tributários pelo poder

¹⁴⁰ O Demonstrativo dos Benefícios Tributários também é denominado de Orçamento de Renúncia Fiscal.

público. Em seu artigo 151, inciso I, veda-se à União instituir tributo que não seja uniforme em território nacional, ou que implique em vantagens ou desvantagens para os demais entes da federação, *sendo admitida, no entanto, a concessão de incentivos fiscais destinados a promover o equilíbrio entre diferentes regiões do País*.

Nessa mesma linha de proposição encontra-se o artigo 227, sobre a criação de incentivos fiscais e subsídios para estimular programas de apoio à criança e ao adolescente. Esses dois artigos constitucionais são, portanto, o caminho para a criação, através de lei ordinária, de incentivos fiscais a setores e regiões.

Tão importante quanto esses elementos constitucionais, é a exigência de serem os incentivos apresentados, anualmente, por região. Segundo o artigo 165, parágrafo oitavo, da Constituição Federal, o projeto de lei orçamentária terá que ser acompanhado de demonstrativo, por região, do efeito, sobre receitas e despesas, de isenções, anistias, remissões, subsídios, e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia.

O Demonstrativo dos Benefícios Tributários (DBT), produzido pela Coordenação Geral de Arrecadação Tributária da Secretaria da Receita Federal (SRF), tornou-se, portanto, peça-chave para a discussão dos incentivos fiscais no Brasil. A orientação para a inclusão ou para a exclusão, dos benefícios tributários, no orçamento de renúncia fiscal, deve respeitar características que:

- a) reduzam a arrecadação potencial;
- b) aumentem a disponibilidade econômica do contribuinte;
- c) constituam, sob o aspecto jurídico, uma exceção à norma a reger o tributo, ou alcancem, exclusivamente, determinado grupo de contribuintes.

O DBT busca revelar os efeitos regionais, setoriais ou sociais dos incentivos fiscais. O objetivo do legislador, ao exigir a apresentação do mesmo, é tornar visível as despesas realizadas com os recursos da tributação, pois essas despesas reduzem a arrecadação que, na ausência do benefício, dar-se-ia.

Embora tal iniciativa seja louvável, existem limitações, por parte dos técnicos do governo que elaboram o orçamento, para conceituar os benefícios concedidos. Averiguar se o benefício é capaz de induzir comportamentos seria uma condição necessária, mas não suficiente. Não se considera incentivo a não-incidência constitucional do IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) nas exportações de produtos manufaturados, por exemplo, embora essa medida induza a mudança de comportamento; isso não se dá porque essa medida, segundo os técnicos da SRF, seria imprescindível na disputa de preços no mercado, e não iria ferir o princípio da exceção à regra, a referenciar o tributo¹⁴¹.

Rosa (1996), sugere superarem-se as dificuldades, de se construir o Orçamento de Renúncia Fiscal, através dos seguintes procedimentos:

¹⁴¹ Mesmo nos EUA, conforme assinala Rosa (1996), pelo menos até o ano fiscal de 1993, o critério de classificação dos gastos tributários, utilizado pelo *Joint Committee on Taxation*, (Comitê Conjunto de Impostos) do Congresso, baseado no conceito de **imposto de renda normal**, fornece uma lista bem mais ampla de gastos tributários, do que a do *Treasury Department*, órgão do executivo norte-americano, e apoiada no conceito de **legislação de referência**.

- 1 – agrupamento dos benefícios tributários em termos da classificação funcional-programática, para torná-los compatíveis com os demais gastos, — correntes e de capital — do orçamento;
- 2 – revisão anual das estimativas;
- 3 – emprego de metodologia capaz de diminuir as inconsistências na classificação dos benefícios tributários;
- 4 – aprimoramento e atualização das bases de dados usadas para se calcularem as estimativas contidas no DBT.

IV.2. A evolução recente dos incentivos fiscais

Os incentivos fiscais apresentaram comportamento irregular, na década de noventa, em relação ao produto da economia. É possível identificar três fases distintas para a evolução das vantagens tributárias de agentes privados. A primeira ocupa os anos de 1990 até 1992, quando os benefícios cresceram continuamente, embora o governo tivesse intenção de diminuí-los. Os anos de 1993 e 1994, constituem a segunda fase e são de relativa estabilidade, mesmo se os percentuais alcançados foram os mais baixos da década. O ano de 1996, embora atípico, representa o ápice do decênio. No entanto, a partir desse ano, os benefícios tributários foram gradualmente reduzidos. E se atingiu, em 2000, um percentual semelhante ao de 1989, quando começaram a ser divulgadas as estatísticas dos incentivos fiscais no Brasil.

A relação entre as concessões fiscais e o PIB é muito distinta, em 1996, por causa de vários fatores. Em primeiro lugar, em virtude da criação de novos benefícios tributários nesse período; em segundo, devido à melhoria, quantitativa e qualitativa, do sistema de apuração dos dados; e, em terceiro, porque houve mudança de metodologia na apuração dos incentivos. Assim, se passou a considerar como rendimentos isentos e não-tributáveis, da pessoa física, as ajudas de custo, de alimentação, de transporte, e de uniforme, e as diárias, dentre outros.

Em 1997, houve nova revisão na metodologia de cálculo, e deu-se a exclusão de 14 benefícios tributários incluídos no ano anterior. Ficaram de fora a isenção do IPI para a película de polietileno; a redução, para 8%, da alíquota do IPI sobre veículos populares; a isenção do IPI para produtos nacionais adquiridos por lojas francas; a isenção da Cofins, na venda de produtos a passageiros de viagens internacionais; a isenção do IPI sobre aeronaves de uso militar e material bélico; e os incentivos do IRPF relativos a ajuda de custo, alimentação e diárias, contribuição previdenciária oficial, livro caixa, pensão judicial e contribuições a entidades filantrópicas e outros.

IV.2.1 – Os incentivos fiscais no período 1998/2000

Os benefícios fiscais estiveram fortemente concentrados no IR e no IPI. No triênio, o peso dos incentivos concedidos com base no IR foi de 1,12% do PIB em 1998, 0,96% em 1999 e é estimado em 1,17% para 2000. No caso do IPI, a participação foi de 0,38%, 0,35% e 0,21% do PIB para os três anos, respectivamente.

Os números para o total dos benefícios são ainda mais esclarecedores. Para o IR, o volume de benefícios tributários oferecidos atingiu o percentual de 60,62% em 1998, 58,51% em 1999 e estima-se que em 2000 será de 74,20%; estima-se o peso das concessões à pessoa física, em 61,09% do total, em 2000. Para o IPI, esta relação atingiu 20,55%, em 1998, 21,65%, em 1999 e deverá cair para 13,42% em 2000. Uma boa parte

da queda desses últimos incentivos, deve-se à extinção de benefícios fiscais aos setores automotivo, de máquinas e equipamentos e de informática; todavia, como os incentivos para o setor de informática foram revigorados, quase certamente a redução dos incentivos com base no IPI será menor do que a esperada.

Vale destacar, também, a redução dos benefícios tributários amparados pelo Imposto de Importação, pela contribuição social para o PIS/PASEP e pela contribuição social sobre o lucro líquido. No primeiro caso, a participação no PIB caiu de 0,27%, em 1998, para 0,10% em 2000 e, no total dos benefícios, retraiu-se de 14,48%, em 1998, para 6,05% em 2000. Para o PIS/PASEP, a eliminação de alguns benefícios deve ter permitido a diminuição de 0,04%, em 1998, para 0,01%, em 2000. No total dos incentivos, a queda foi ainda mais expressiva — de 2,02%, em 1998, para 0,80%, em 2000. No caso da CSLL, os percentuais vão de 0,02%, em 1998, a praticamente zero, em 2000, quando comparados ao PIB. No cômputo total, o peso dos incentivos por conta da CSLL caiu de 1,29%, em 1998, para 0,01% em 2000.

Ao contrário da tendência apresentada no parágrafo anterior, a influência dos incentivos sob amparo da COFINS passou de 0,00%, em 1998, para 0,07% do PIB, em 2000, e a proporção do total dos benefícios aumentou de 0,22%, em 1998 para 4,36%, em 2000; em grande parte, este aumento se deveu aos recordes de arrecadação da COFINS nos últimos anos.

A discriminação dos principais benefícios tributários permite destacar os rendimentos isentos e não-tributáveis como os mais importantes nesse universo; em relação ao PIB, esta modalidade de incentivo saltou de 0,46%, em 1998, para 0,64%, em 2000.

Os rendimentos isentos e não-tributáveis beneficiam as pessoas físicas e têm como principais itens as ações, ou cotas, recebidas em bonificação; as indenizações por rescisão de contrato de trabalho; os benefícios recebidos de entidades de previdência privada; o lucro na alienação de bens; os rendimentos de caderneta de poupança e as transferências patrimoniais (doações).

O segundo item mais importante é o das deduções mensais do rendimento tributário do IRPF, que devem atingir 0,33% do PIB em 2000, e superar os incentivos da Zona Franca de Manaus, embora tenham sido menores em anos anteriores; esta modalidade inclui os abatimentos com pagamentos à previdência pública; com dependentes dos contribuintes (até o limite de R\$ 1.080); com despesas médicas¹⁴², odontológicas, hospitalares e exames; com a instrução do contribuinte e de seus dependentes (até o limite individual de R\$ 1.700); com contribuições para entidades filantrópicas e com os fundos da criança e do adolescente.

¹⁴² O valor estimado para as deduções médicas é de R\$ 1.168.716,5 mil, em 2000.

A Zona Franca de Manaus (ZFM) é a terceiro componente mais importante do universo dos incentivos fiscais no Brasil. Em termos do PIB, houve redução dos incentivos ao desenvolvimento desta área de 0,36%, em 1998, para 0,21%, em 2000; quanto ao total das vantagens tributárias, a queda foi de 19,68%, em 1998, para 13,51% em 2000.

A ZFM goza de isenção do Imposto de Importação (II) e do IPI na importação de mercadorias destinadas a consumo, ou industrialização, na própria região; na saída do produto industrializado para qualquer ponto do território nacional, ocorre redução do II, de acordo com o tipo do produto¹⁴³. Também as compras na ZFM, até o limite de US\$ 2000, têm isenção do II e do IPI.

No âmbito do IPI, há isenção do tributo para todas as mercadorias, produzidas na área da ZFM, que se destinem ao consumo interno ou à comercialização, em qualquer ponto do território nacional; as exceções são as armas e munições, o fumo, as bebidas alcoólicas, os automóveis de passageiros, os produtos de perfumaria e cosméticos; dá-se o mesmo com as remessas de mercadorias de qualquer ponto do território nacional para a região amazônica.

Existe, ainda, isenção do imposto para os produtos elaborados com matérias-primas agrícolas e extrativas vegetais da região — exclusive as de origem pecuária — por estabelecimento localizado na Amazônia Ocidental.

O item desenvolvimento regional incorpora aos benefícios presentes nos fundos regionais de desenvolvimento (FINAM, FINOR, etc.) e aqueles sob a coordenação das superintendências de desenvolvimento regionais (SUDENE, SUDAM, etc.). De um modo geral, é possível as pessoas jurídicas deduzirem, do IR, um percentual, a ser aplicado em projetos de interesse para o desenvolvimento das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

As microempresas, e as empresas de pequeno porte, gozam de uma série de vantagens fiscais. No caso das pessoas jurídicas e de firmas individuais com receita bruta anual até R\$ 120.000,00 (microempresas), a alíquota do IR e do PIS/PASEP é zero. Para a COFINS, a alíquota é reduzida a 1,8% para as empresas com faturamento de até R\$ 60.000,00 e a 2% para as empresas com faturamento superior a R\$ 60.000,00, e até R\$ 120.000,00; no caso das operações internas, reduz-se a alíquota do IPI para 0,5%.

As pequenas empresas, com receita bruta anual superior a R\$ 120.000 e igual ou inferior a R\$ 1.200.000, gozam de alíquota reduzida do IR e do PIS/PASEP; para a COFINS, a alíquota é de 2%.

IV.2.2 As deduções tributárias na área da saúde

Ainda não dispomos, no Brasil, de informações detalhadas sobre o volume de recursos utilizados em benefícios fiscais na área da saúde. Dados desagregados, por setor e por modalidade de operação, ainda carecem de tratamento mais elaborado por parte da Secretaria da Receita Federal.

¹⁴³ Para bens de informática, o coeficiente de redução resulta da relação entre os valores de matérias-primas e outros insumos nacionais e da mão-de-obra empregada no processo produtivo, e os valores de matérias-primas e demais insumos nacionais e estrangeiros de mão-de-obra. Para os automóveis, tratores e outros veículos terrestres, o coeficiente de redução é acrescido de cinco pontos percentuais, e os demais produtos sofrem redução de 88% do imposto.

É possível conhecer, todavia, o montante dos recursos empregados com esta finalidade, seja no âmbito do IRPF ou no do IRPJ. No caso das pessoas jurídicas, a SRF estima que as empresas deduziram, com pagamento de assistência médica para os seus empregados, R\$ 2,368 milhões, em 1996, e R\$ 2,175 milhões, em 1998.

Embora os dados relativos às despesas tributárias na área médica sejam incipientes, através de outras fontes é possível constatar o elevado grau de iniquidade causado por este tipo de dedução.

O volume de recursos do SUS gastos com internações é captado, primordialmente, pelo setor privado: do montante de recursos do orçamento utilizados para gastos com internação, no período de 1993 a 1998, os hospitais privados ficaram com 70,3%, em 1993 e com 56,3%, em 1998¹⁴⁴. Embora declinante, a participação da receita da saúde voltada ao setor privado supera, em muito, a parcela dirigida aos hospitais públicos e universitários, mesmo se houve um expressivo aumento dos pagamentos aos hospitais universitários — 15,1%, em 1993, e 26,7%, em 1998. Já os hospitais públicos, que haviam recebido 14,6%, desses recursos, em 1993, auferiram 17,0% em 1998, modesto crescimento de 2,4%.

Evidencia melhor o tipo de distorção criado no sistema de saúde brasileiro a distribuição, por regiões, dos recursos utilizados pelo SUS, no período entre 1993 e 1998. Enquanto, em média, a região Norte ficou com 4,0% a 4,2%, a região Nordeste com 24 a 25% e a região Centro-Oeste, com 6,5% a 6,8%, dos recursos públicos utilizados para o pagamento de internações hospitalares, as regiões Sul e Sudeste concentraram, aproximadamente, 65% da receita.

Essa situação reflete a forte concentração hospitalar nas regiões mais ricas do país. É possível constatar que, em 1993, as regiões Sul e Sudeste detinham, juntas, 52,3% do universo de estabelecimentos hospitalares no Brasil (estimado em aproximadamente 7.300 unidades) em 1993; essa participação continuava alta (48,0 %) em 1998. A região Nordeste vem logo em seguida, com um pouco mais de 30% dos hospitais, e por fim, a região Centro-Oeste, com 11,0%, em média, e a região Norte, com 8,0%.

Quando decompomos essa informação segundo o tipo de hospital, fica ainda mais evidente a concentração de serviços e recursos nas regiões mais ricas do país. Quanto aos hospitais privados, nota-se que, mais de 42,5% dos mesmos situavam-se nas regiões Sul e Sudeste, em 1993, e 37,2%, em 1998; assim, mais de um terço dos hospitais privados do país estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste.

No caso dos hospitais públicos, a situação se inverte: enquanto os hospitais públicos (federais, estaduais e municipais) representaram juntos, de 1993 a 1998, cerca de 9% do total, nas regiões Sul e Sudeste; no cômputo das demais regiões essa participação passou de 20,2%, em 1993 para 25,2%, em 1998.

¹⁴⁴ A classificação utilizada, para análise da rede hospitalar, segue a metodologia empregada pelo Ministério da Saúde.

É possível concluir que os gastos tributários, em saúde além de serem iníquos — por serem utilizados por famílias de mais alta renda (nas suas declarações de renda) e por empresas com elevado faturamento (aquelas que podem pagar alguma modalidade de assistência médica para os seus empregados) — apresentam poucos resultados. Os benefícios fiscais concedidos ao setor da saúde não têm contribuído para a descentralização dos serviços médico-hospitalares no Brasil e tampouco para se destinarem dos os recursos públicos às regiões mais pobres do país. Ironicamente, embora a rede pública tenha primazia nas regiões mais pobres, os gastos do SUS com internação concentram-se muitíssimo nas regiões Sul e Sudeste, como haveria de se esperar, em função da presença de muitos, e grandes, hospitais nessas duas regiões. Assim, se a rede de hospitais públicos predomina nas regiões mais pobres, e o sistema continua fortemente centralizado, em seu conjunto, podemos perguntar: – Para que servem as despesas tributárias no Brasil, no campo da saúde?

IX. Bibliografia

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo (1999), (www.abrange.com.br).

ALMEIDA, Célia (1998). "O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar". Brasília: IPEA, TDI N.º 599, novembro.

BERNARDO, Paulo. *Renúncia Fiscal. Tributação em Revista*, Brasília, Sindfisco, pp.5-10, jul/ago/set, 1997.

BLANCHARD, Olivier Jean, *Reaganomics*, in *Economic Policy, The Conservative Revolution*, a Special Report . Cambridge, 1987, Cambridge University Press

CIEFAS - Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde. (1999), (www.ciefas.com.br).

COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (1999). Brasília, Leis Complementares nº 70/91 e 85/96; Leis nº 9.069/95, 9.430/96, 9.532/97, 9.718/98; MP nº 1.858-9/99.

CONSUMERS UNION, *Tax Credits and the Uninsured*, Washington, March, 1999

CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro (1999). Brasília, Leis nº 9.249/95, 9.430/96, 9.711-9/98, 9.718/98; MP nº 1.858-9/99.

DIMENSTEIN, Gilberto (1999). "Saúde investiga indústria da consulta". São Paulo, Folha de São Paulo, p. 3-3, 18/08/1999.

FEDER, Judith *Health Coverage for Low-Income Families, USA*, Georgetown University. March, 1999.

FENASEG (1999), Federação das Empresas de Seguros Privados e Capitalização. (www.fenaseg.org.br).

FOLHA DE SÃO PAULO (04/10/1999). "Brecha na lei garante economia em imposto". São Paulo, p. 3-4.

FOLHA DE SÃO PAULO (28/11/1999). "Procuradores apontam brechas na lei". São Paulo, p. 1-17.

FOLHA DE SÃO PAULO (21/05/1999). "Grandes bancos deixam de pagar o Imposto de Renda". São Paulo, p. 1-4.

FOLHA DE SÃO PAULO (04/10/1999). "Debate: Filantropia na Saúde". São Paulo, p.4-4.

ISS - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (1999). São Paulo, Lei nº 11.085/91 (Consolidação do ISS do Município de São Paulo).

MACEDO, Werter de, *Incentivos fiscais: mensuração e consequências econômicas*. Boletim do Banco Central, Brasília, vol. 33, nº01, janeiro, 1997 (Nota Técnica nº 1).

MANNING, W., J. Newhouse, N. Duan, E. Keeler, A. Leibowitz and M. Marquis

Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomised experiment", USA, *American Economic Review*, 773 (June), 1987.

MAXWELL, R. J. (1981), *Health and wealth*, Lexington Books, Lexington.

MÉDICI, André César (1992). "Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes". São Paulo: IESP/FUNDAP.

MORAIS, Antonio Ermírio de (1999). "O papel das Santas Casas". São Paulo, Folha de São Paulo, p. 1-2, 30/05/1999.

NUNES, Eunice (1999). "Lei muda e plano de saúde ainda lidera queixa". São Paulo, Folha de São Paulo, p. 4-6, 26/07/1999.

OECD, *Tax Expenditures, Recent Experiences*, Paris, 1996

PIS/PASEP - Leis nº 9.065/95, 9.430/96, 9.701/98, 9.715/98, 9.718/98, 9.779/99; MP nº 1.858-9/99.

REDE IOB DE INFORMAÇÕES (1999). (www.iob.com.br)

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO (28/05/99). "Sociedades têm pagamento fixo: STF decide que ISS não pode ser cobrado sobre honorário".

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO (14/10/99). "Imposto Sobre Serviços: A Definição do local da prestação".

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO (16/02/2000). "Alíquota máxima para o ISS".

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO (6/04/2000). "Cooperativas de Trabalho: Mais uma liminar suspende o pagamento dos 15% ao INSS".

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO (19/02/2000). "Cooperativas de trabalho: Justiça suspende tributação de 15% em favor do INSS".

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO (17/03/2000). "Cooperativas de Trabalho: Justiça concede mais duas liminares contra os 15%".

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO (23/08/99). "Panacéia tributária: Cobrança da COFINS das cooperativas, instituída por MP".

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO (28/01/2000). "Cooperativas sem COFINS: Nova liminar derruba cobrança de 3% sobre receita".

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO (18/10/99). "Cooperativa X COFINS : Liminar isenta COOPEX do recolhimento de 3%".

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO (12/11/99). "Imunidade às filantrópicas: STF confirma liminar que suspendeu tributação".

RIR - Regulamento do Imposto de Renda (1999). Brasília, Decreto N° 3.000, de 26/03/1999.

ROSA, José Rui G. *Demonstrativos de benefícios tributários. Tributação em Revista*, Brasília, Sindfisco, pp.5-13, 1996.

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL (1999). (www.receita.fazenda.gov.br), vários dados

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL. *Demonstrativo dos Benefícios Tributários – 2000*. Brasília, 1999.

SHEILS, John e Paul HOGAN, *Cost of Tax-Exempt Health Benefits In 1998 , USA*, Health Affairs, March/April 1999, p. 176.

SILVEIRA, Mary Brito & TAVARES, Martus. *Incentivos fiscais federais: uma análise da evolução recente*. Brasília, 18p, agosto, 1994, mimeo.

SOCOLIK, Hélio. *Incentivos fiscais e renúncia de receita*. Tributação em Revista, Brasília, Sindfisco, pp.35-52, 1993.

_____. *O Orçamento de Renúncia Fiscal de 1996*. Tributação em Revista, Brasília, Sindfisco, pp.41-45, out/nov/dez, 1995.

TODER, Eric J. *The Changing Composition of Tax incentives 1980-99 –USA*, The Urban Institute, U.I.Press, março, 1999

UNIMED (1999). (www.unimedfesp.com.br).

VERSIANI, Isabel (1999a). "Agência vai cuidar de serviços de saúde". São Paulo, Folha de São Paulo, p.2-12, 18/11/1999.

VERSIANI, Isabel (1999b). "Novo Plano de Saúde entra em vigor dia 3" . São Paulo, Folha de São Paulo, p. 2-6, 23/11/1999.

VERSIANI, Isabel (1999c). "Planos de saúde terão de pagar por atendimento na rede do SUS". São Paulo, Folha de São Paulo, p. 3-6, 02/10/1999.

A REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NOS EUA *

Maria Alicia D. Ugá

Angela M. Penalva Santos

Marcia T.F.Pinto

Silvia M. Porto

1) Notas Introdutórias

O sistema de saúde norte-americano vem sendo objeto de mudanças substanciais nos últimos trinta anos; essas mudanças se referem, fundamentalmente, ao mercado de assistência privada. Em consequência, a histórica preponderância dos seguros de saúde, nesse mercado, cedeu lugar ao surgimento, e à expansão, de sistemas alternativos de assistência médica, em especial o modelo de atenção gerenciada (*managed care*)¹⁴⁵. Este modelo cresceu muito, durante os anos oitenta, e atualmente é a forma dominante de cobertura privada, e responsável pela assistência à saúde de aproximadamente metade da população norte-americana (GABEL, 1997). Tais mudanças influenciaram, e continuam a influenciar o acesso da população aos serviços de saúde, bem como o relacionamento entre operadoras de planos de saúde e prestadores de assistência médica, como se observará ao longo deste trabalho.

Usa-se o termo atenção gerenciada para descrever uma variedade de mecanismos pelos quais as operadoras de planos de saúde buscam conter os custos e, ou, racionalizar a utilização de serviços, e, ou, insumos, incorporados, em cada tratamento. Tais planos e produtos fazem parte de um sistema que integra financiamento e prestação de assistência à saúde, bem como as organizações que oferecem tal cobertura - *health maintenance organizations* / HMOs¹⁴⁶, *preferred provider organizations* / PPOs e planos denominados *point-of-service* / POS (ponto de serviço), consideradas formas mais atualizadas de prestação de serviços a oferecerem aos beneficiários maior poder de escolha (IGLEHART, 1994; GOLD *et al.* 1995).

Estas organizações são denominadas "Organizações de Atenção Gerenciada" (OAGs). E são definidas como aquelas empresas que, diferentemente das tradicionais seguradoras, negociam contratos com prestadores individuais, ou com grupos, através dos quais introduzem incentivos (financeiros e outros) para limitar os serviços e insumos incorporados a cada tratamento. Em outras palavras, os

* O presente artigo tem por objetivo, tão somente, a descrição do sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos, e de suas transformações recentes, não pretendendo tirar daí conclusões que possam ser aplicadas ao caso brasileiro, nem mesmo apresentá-lo como modelo a ser seguido (Nota do Editor).

¹⁴⁵ Os primeiros movimentos de fortalecimento da atenção gerenciada nos Estados Unidos tiveram início nos anos sessenta, em um contexto de crescimento dos custos federais com a assistência à saúde. Diante dessa realidade, o Governo aumentou o seu interesse pelas organizações que trabalhavam com planos pré-pagos, mas que ainda se constituíam em uma pequena parte de todo o sistema de saúde estadunidense. O primeiro impulso para o desenvolvimento da atenção gerenciada foi a criação de planos de assistência à saúde, durante as décadas de sessenta e setenta, pelas escolas médicas (como por exemplo, as Universidades de Harvard, Yale e Johns Hopkins); Esses planos tinham como modelo o pré-pagamento, em substituição ao reembolso.

¹⁴⁶ No início dos anos setenta, as HMO cresceram como alternativa ao sistema de reembolso que prevalecia. O conceito de HMO foi, originalmente, concebido por Paul Ellwood e inclui os planos de pré-pagamento e a criação de um modelo de assistência médica (DORSEY, 1975). Na verdade, esse conceito tinha por objetivo criar uma modalidade para promover o desenvolvimento do setor privado e, simultaneamente, incorporar incentivos para a contenção dos custos (WILLIAMS & TORRENS, 1993). Durante o governo do presidente Nixon, diante da possibilidade de tais planos oferecerem assistência a um baixo custo, contrariamente aos planos convencionais, veio à luz o HMO Act, de 1973 (P.L. 93-222).

diversos mecanismos de *managed care* visam conter a utilização de serviços de saúde, supostamente supérfluos, por parte dos pacientes e, assim, reduzir os custos da atenção médica. (DRANOVE *et al.*, 1998).

Os principais elementos dos processos de atenção gerenciada são:

- 1) A contratação seletiva de prestadores (que se submetem a determinadas “regras”, em troca de um maior volume de pacientes);
- 2) O gerenciamento da utilização de serviços finais e intermediários, através da adoção de protocolos clínicos; da introdução do médico generalista, a atuar como “porta de entrada” do sistema médico-assistencial; requisição de autorizações prévias para a utilização de serviços diagnósticos e curativos especializados; revisão / supervisão das práticas médicas e da adoção de incentivos financeiros, e não-financeiros, aos prestadores, no sentido da contenção de custos;
- 3) A introdução de um sistema de remunerações condicionado à adequação das práticas do prestador às normas;
- 4) A negociação permanente de preços, à diferença das práticas de reembolso automático, vigentes nos seguros tradicionais;
- 5) A adoção de incentivos financeiros, e não-financeiros, aos beneficiários, para induzir a escolha de prestadores associados aos planos, ou daqueles considerados preferenciais;
- 6) O gerenciamento da qualidade e da satisfação do cliente.

Os planos de atenção gerenciada têm em comum o uso de mecanismos destinados a restringir a utilização de serviços intermediários. Nesse sentido, a perda de autonomia dos médicos é uma das principais discussões éticas desse modelo. Pois os médicos são os agentes, designados pelas empresas, para obter o melhor resultado entre a contenção de custos e o atendimento da clientela conforme demanda da mesma. Em contrapartida, a adoção integral dessa prática de vigilância sobre os custos garante um fluxo de pacientes para esses profissionais.

Assim, as seguintes práticas estão cada vez mais presentes nos sistemas de atenção gerenciada:

a) Introdução do **gatekeeper** - É o médico generalista, que presta a atenção primária e cumpre o papel de “porta de entrada” ao sistema de assistência, com o intuito de racionalizar o gasto das operadoras com serviços de saúde.

b) Revisão da função de produção dos serviços prestados - Acompanhamento da incorporação de insumos e de serviços intermediários (exames, medicamentos, etc.), através, por exemplo, da adoção de protocolos clínicos pré-definidos; inclui o controle da utilização de serviços das atenções primária, secundária e terciária, e, em muitos casos, a análise da prática médica e do desempenho de cada profissional contratado, ou credenciado.

c) Controle do consumo de serviços em cada tratamento - Através de uma variedade de mecanismos, como o gerenciamento de casos, ou *case management*, ou seja, coordenação da assistência a cada paciente, principalmente, quando o tratamento requer múltiplos serviços de saúde e diferentes prestadores. Esse

conceito tem crescido na denominada "indústria das HMOs", inclusive através de empresas especializadas nesse tipo de serviço; não existem evidências, porém, de que esse controle consiga reduzir custos e, ao mesmo tempo, aumentar a eficiência na prestação da assistência à saúde.

d) Negociação dos preços, em troca de um volume maior de pacientes.

2) Tipos de Organizações de Atenção Gerenciada

Não há consenso acerca da tipologia norte-americana das organizações de atenção gerenciada, principalmente no que diz respeito às HMOs e seus modelos. Os termos usados dão margem a interpretações diferentes e contribuem para que a população, e os profissionais a atuarem nesse mercado, venham a confundir a forma de funcionamento dessas organizações (WELCH *et al.*, 1990).

As dificuldades de entendimento dos diversos tipos de Organizações de Atenção Gerenciada (OAGs) residem no dinamismo desse mercado e, em particular, na diversificação dos produtos. As organizações se distinguem, fundamentalmente, pela *forma de relacionamento* entre os prestadores e pelo *tipo de plano* oferecido. No primeiro caso, existem diferenças nos acordos realizados entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde, acordos relacionados à forma de remuneração, ao compartilhamento financeiro dos riscos e à exclusividade no atendimento ao beneficiário. No que se refere ao *tipo de plano*, as diferenças se relacionam às alternativas que as operadoras oferecem, como o preço (e o nível de co-pagamento, por parte do usuário), o nível de liberdade de escolha do prestador e a cobertura (por exemplo, a inclusão de tratamento dentário e de facilidades na compra de medicamentos).

Este último aspecto é essencial para a diferenciação dos tipos de OAGs. Os planos oferecidos por seguros, HMOs, PPO e POS distinguem-se por variações que dizem respeito à liberdade de escolha do prestador; essa liberdade é dada pela existência, ou não, de um generalista a atuar como "porta de entrada" do sistema e pelas opções de acesso em cada tipo de plano. Assim, são possíveis a livre escolha, a escolha limitada à rede credenciada ou a utilização de prestadores externos à mesma, mediante o pagamento de tarifas adicionais.

Apresentamos, a seguir, a tipologia tradicional de Organizações de Atenção Gerenciada, segundo a bibliografia norte-americana.

2.1. Health Maintenance Organizations / HMOs (organizações para a manutenção da saúde)

As HMOs constituem as formas mais antigas de atenção gerenciada, e são o mercado estadunidense; entre 1990 e 1995, o número de norte-americanos beneficiários das HMOs cresceu de 36,5 para 58,2 milhões, com destacada participação de planos de empresas, em parte financiados pelas próprias empresas (GABEL, *op.cit.*). O plano de saúde de cada indivíduo (portanto, a sua potencial utilização de serviços) é acompanhado pelo médico generalista. As HMOs oferecem

um conjunto de serviços pré-estabelecidos, com base em um pagamento pré-determinado, geralmente mensal (FELDMAN *et al.*, 1989).

Existem quatro modelos de HMOs (HILLMAN, 1987). Nos modelos 1(*grupo*) e 2(*staff*), as equipes médicas são contratadas para oferecer serviços; no *staff* esse quadro é assalariado e no *grupo*, o convênio é feito com grupos e/ou empresas; 3) *associações de prática independente* (*Independent Practice Association/IPA*), em que os prestadores são contratados como autônomos; 4) *rede* (*network*), na qual uma HMO celebra contrato com dois ou mais grupos, para a prestação de serviços de saúde (HILLMAN, *op.cit.*; CHRISTIANSON *et al.*, 1991).

No que se refere à remuneração dos prestadores, as HMOs utilizam três métodos de pagamento - *assalariamento*, *pagamento per capita* ou *pagamento por ato médico / unidade de serviço*, que introduzem incentivos diferenciados para os profissionais e estabelecimentos vinculados ao sistema.

Arranjos entre médicos e HMOs podem dar-se através de um contrato direto entre uma HMO e um médico individual, ou mediante a contratação, pela HMO, de uma entidade profissional que, por sua vez, também contrata os médicos de forma individual; esse último arranjo, conforme observaram HILLMAN *et al.*(1992), em uma pesquisa, de 1989, sobre 260 HMOs, é utilizado por 36% das organizações.

Os médicos generalistas, "*gatekeepers*", vinculados a HMOs, são incentivados a controlar os custos da assistência oferecida não só por eles mesmos, como também pelos especialistas e os hospitais credenciados; assim, partilham com as operadoras o risco financeiro da atenção à saúde. É nesse sentido que, em uma HMO típica, os recursos destinados ao pagamento de prestadores são distribuídos em diferentes tipos de fundos, com propósitos específicos - ajustados segundo características demográficas dos beneficiários - para o pagamento de determinados serviços, como os ambulatoriais e aqueles prestados por generalistas, especialistas e hospitais. O fundo do médico generalista é utilizado para pagar esses profissionais, embora um percentual (geralmente 20%) desse montante seja retido por um ano; se a HMO tiver lucro ao fim do período o valor retido retornará ao médico, mas se o resultado for deficitário, a HMO incorporará tal valor para cobrir o prejuízo (HILLMAN, *op.cit.*). Assim, a HMO induz os médicos a controlarem os custos, sob pena de arcarem com parte do ônus financeiro da operadora.

Existem, ainda, agentes intermediários entre a HMO e os diversos prestadores. Esse é o caso do prestador *middle-tier* (fileira do meio) que pode ser um *staff* médico, pertencente ou não a um hospital, ou, ainda, outras empresas de assistência médica. Nesse modelo, a HMO pode dividir o seu risco com o prestador e o intermediador, através de acordos que pressupõem duas formas de remuneração distintas (*pagamento per capita* para um, e *por ato médico* para o outro, por exemplo) e introduzem restrições, para se evitarem excessos na prestação dos serviços.

No mercado norte-americano tem havido tendência de crescimento das modalidades "rede" e "associações de prática independente", descritas acima. Uma das razões dessa expansão refere-se às relações entre as mesmas, no que diz

respeito à rede de prestadores. Assim, a passagem de um beneficiário de uma HMO “rede” para uma HMO “associação de prática independente”, ou vice-versa, não implica na interrupção da cobertura, pois muitos médicos contratados por essas modalidades mantêm duplo vínculo (GABEL, *op.cit.*).

Na tentativa de impedir tal expansão, as HMOs “staff” e “grupo” têm procurado estabelecer arranjos com grupos independentes; tal estratégia produziu um modelo misto, posto que se uma HMO celebra esse arranjo, passa a ser uma HMO staff/associação de prática independente (GABEL, *op.cit.*).

Cabe ainda ressaltar que uma das mudanças mais expressivas na assistência médica, privada, nos EUA é a tendência crescente ao acompanhamento da prática assistencial, principalmente em HMOs de âmbito nacional. Essas organizações criaram um conjunto de 1800 protocolos clínicos; essa tendência vem sendo seguida por hospitais e outras organizações de atenção gerenciada (GABEL, *op.cit.*).

2.2. Preferred Provider Organization / PPO (organização de prestador preferencial)

É a forma de atenção gerenciada mais próxima do seguro. Nessa organização celebram-se acordos com médicos, hospitais e outros prestadores que reduzirem seus preços a fim de serem cadastrados na lista de prestadores preferenciais (DE LISSOVOY *et al.*, 1987). O pagamento é compartilhado pela operadora e pelo beneficiário. Cabe a este o pagamento de tarifas, que montam, em geral, a cerca de US\$ 10 por consulta médica. Este tipo de planos inclui o atendimento por profissionais e estabelecimentos externos à rede, mediante o pagamento de franquia e tarifas adicionais. Assim, oferece maior liberdade ao usuário, mas depende das condições financeiras do cliente.

São possíveis vários acordos entre as PPOs e prestadores, empregadores, empregados e administradores de planos e seguros de saúde. A PPO é capaz de celebrar qualquer acordo entre um grupo de prestadores (médicos, hospitais ou outros profissionais de saúde) e compradores. Cada programa representa uma negociação única entre as partes, com o objetivo de se alcançar o máximo de benefícios nos arranjos, que incluem o financiamento e a assistência à saúde (MERZ, 1986).

Através de um inquérito nacional, DE LISSOVOY *et al.* (*op.cit.*) encontraram evidências importantes sobre os mecanismos de controle da utilização de serviços incorporados pelas PPOs. As respostas indicaram um crescimento da procura de uma segunda opinião médica, a utilização, pelas operadoras, do médico generalista e o desenvolvimento de uma significativa forma de acompanhamento da prática médica – o *physician profiling* (perfil do médico). Tais mecanismos permitem identificar aqueles médicos que usam intensivamente os recursos, e aqueles que restringem a prestação da assistência.

2.3. *Point of Service Plans / POS ou Open-ended Plans (Planos na ponta do serviço ou Planos Abertos)*

Esta modalidade de assistência refere-se a um tipo de plano e não de operadora. E permite aos beneficiários escolherem o prestador, seja ele preferencial ou não¹⁴⁷. Se o médico do plano indicar ao beneficiário um prestador fora da rede, os custos desse atendimento são da própria operadora; mas caberá ao usuário arcar com os custos, se decidir consultar um prestador “não referenciado” para serviços também oferecidos por prestadores credenciados.

Um número crescente de HMOs tem oferecido a opção POS aos seus membros. Assim, entre 1994 e 1995, 87,6 % das organizações de grande porte (com mais de 250.000 beneficiários) ofereceram planos POS, enquanto esse percentual caiu a que apenas 46% nas HMOs de pequeno porte (com menos de 20.000) os (GABEL *et al.*, 1994).

Produtos POS são mais comuns naqueles mercados onde a atenção gerenciada é bem aceita pelos profissionais médicos; a racionalidade desses produtos é comum à dos planos que permitem a livre escolha (GOLD & HURLEY, 1997).

3) Classificação das Organizações de Atenção Gerenciada

A atual tipologia das organizações norte-americanas de atenção gerenciada diferencia HMOs, PPOs, planos POS (ou *open-ended plans*) e seguros de saúde segundo determinadas características do plano, tais como a extensão da liberdade de escolha do consumidor, o acesso à rede, a existência do *gatekeeper* e a forma de remuneração dos prestadores. Ou seja, as diferenças não dizem respeito à estrutura, mas a uma linha de alternativas aos consumidores. A seguir, um quadro sintético dessas estruturas indica, segundo o grau de liberdade de escolha, características básicas dos planos de saúde; cabe ressaltar que o espectro de produtos é diversificado, depende de cada empresa e de sua atuação (geográfica, tipo de clientela e participação no mercado, por exemplo).

¹⁴⁷ A CIGNA, por exemplo, oferece planos POS: a) cada beneficiário é atendido pelo médico de atenção primária que pode inclusive encaminhar o cliente a outros prestadores da rede, a um baixo custo; b) o beneficiário pode procurar assistência em outros prestadores da rede, sem que o seu médico generalista a indique; e c) o beneficiário poderá escolher um prestador não referenciado na rede CIGNA; se o beneficiário escolhe as opções 2 ou 3, ou seja, se a indicação de tratamento não parte do médico generalista, o próprio usuário se responsabiliza pela maior parcela do custo de tal tratamento.

QUADRO 1 – Tipos de Planos Oferecidos

	Livre Escolha Máxima			Controle máximo do custo
	Livre Escolha	Rede e Fora da Rede		Somente Rede
	Seguros de saúde	PPO	POS	HMO*
Possui rede	Não	Sim	Sim	Sim
Acesso à rede	Qualquer prestador	Prestador preferencial; pode utilizar prestadores fora da rede, mas o custo é alto	Prestador preferencial; pode utilizar prestadores fora da rede, mas o custo é alto	Utilização restrita aos prestadores da rede
Gatekeeper	Não	Não	Sim	Sim
Forma de remuneração	Ato médico	Ato médico Salário Per capita Mistura dos três modelos	Ato médico Salário Per capita Mistura dos três modelos	Ato médico Salário Per capita Mistura dos três modelos

Fonte: Elaboração própria, a partir de: HILLMAN (1987), WELCH *et al.* (1990) e AGENCY FOR HEALTH CARE AND POLICY RESEARCH (1999)

*A denominada indústria das HMOs está dividida em: Associações de Prática Independente (IPA), grupo, *staff* e rede.

A extensão da liberdade de escolha é um dos princípios que definem a classificação das organizações de atenção gerenciada. Nessa perspectiva, as PPOs são distintas das HMOs, pois permitem o acesso a qualquer prestador preferencial, embora imponham elevados co-pagamentos se os beneficiários optarem pelo tratamento com um prestador não-credenciado; a existência desse "prestador preferencial" também distingue a PPO dos seguros tradicionais (WHOLEY & CHRISTIANSON, 1994).

Os planos POS, oferecidos por algumas HMOs, parecem funcionar como um contraponto, ou até mesmo como uma estratégia de mercado, de competição com os seguros e as PPOs. Conforme mostra o QUADRO 1, as HMOs em geral possuem uma rede referenciada, e não permitem a utilização de prestadores que não estejam credenciados. Logo, a opção pela POS é uma alternativa de utilização de prestadores não-credenciados (mesmo a um alto custo, pois implica o co-pagamento e/ou a franquia), a conceder ao cliente uma maior liberdade de escolha que os planos tradicionalmente oferecidos pelas HMOs; essa diversificação dos produtos oferecidos

pelas HMOs os assemelha, as HMOs progressivamente, aos planos PPOs e aos seguros de saúde.

É importante ressaltar, ainda, que a existência, ou não, do médico *gatekeeper*, na “porta de entrada” do sistema, determina também o grau de liberdade de escolha concedido ao beneficiário (QUADRO 1).

O método de remuneração dos prestadores - salário, *per capita* e unidade de serviço (ato médico) – é, por sua vez, um elemento decisivo no resultado financeiro das organizações de atenção gerenciada e dos prestadores. Pois a remuneração define o nível de compartilhamento do risco financeiro entre os agentes - sejam hospitais, médicos, grupos de médicos ou outras entidades de assistência à saúde.

HILLMAN (*op.cit.*), em uma pesquisa num universo de 595 HMOs, identificou uma relação entre o tipo de organização de atenção gerenciada e o método de pagamento do médico de atenção primária. E, observou que no modelo *staff* predomina o pagamento por salário, no modelo Associação de Prática Independente uma mistura de pagamento *per capita* e unidade de serviço, e que a remuneração *per capita* predomina no modelo de rede. A princípio, a remuneração por salário e a *per capita* induzem a um maior controle na utilização de insumos e serviços: Importa ressaltar, porém, que em todos os acordos estão presentes o controle da utilização e a co-responsabilização pelo risco financeiro da assistência.

4) Intermediações, formas de pagamento e deslocamento do risco

A nosso ver, as questões cruciais na evolução da Atenção Gerenciada, em seu país de origem, dizem respeito à transferência do risco financeiro. Assim, através da introdução de *intermediações* nos arranjos entre operadoras e prestadores, e da adoção de *sistemas de pagamento* mistos que, se conjugados, dá-se transferência do risco financeiro de um para outro agente.

Assim, desde meados da década de 80 as operadoras de planos de saúde, em virtude dos constantes aumentos dos custos da assistência médica, e com o fim de partilhar, e, ou transferir, o risco financeiro, procuraram desenvolver novas formas de remuneração e de relações contratuais, em especial com os médicos; esses profissionais são considerados os principais ordenadores da despesa, pois são principalmente eles que definem os serviços prestados em cada tratamento.

Em pesquisa realizada em 1989, num universo de 260 HMOs, Alan Hillman identificou duas formas de relacionamento entre os planos de saúde e os médicos (Gabel. J,1997):

- (i) Direta (*two-tiered*), quando o contrato da HMO dá-se diretamente com o médico;
- (ii) Intermediada (*three-tiered*), quando o contrato da HMO é efetuado com um grupo de médicos que agencia a relação, ou com uma instituição que, por sua vez, efetua contratos individuais com os médicos.

Identificar a forma de relacionamento, direta ou intermediada, e os métodos de pagamento das operadoras aos prestadores de serviços médico-assistenciais é fundamental para se entender os incentivos introduzidos no sistema e compreender

seus efeitos sobre a utilização de serviços e sobre os custos (Welch *et al.*, 1990). Ao mesmo tempo, o conhecimento do mosaico de relações contratuais, no universo da Atenção Gerenciada, permite identificar os espaços para o compartilhamento dos riscos financeiros, entre operadoras e prestadores, e identificar as responsabilidades e a magnitude do risco assumido por cada agente.

Quando a relação com os prestadores é direta, as formas de remuneração mais utilizadas são o salário, a remuneração *per capita* e a remuneração por produção. Os incentivos, em cada uma dessas formas são amplamente conhecidos, assim como as maneiras de se compartilhar o risco financeiro, pois existe uma extensa bibliografia sobre o tema. (Ugá, M.A, 1994; Glaser WA, 1970; Hillman. A, 1987; Hillman. A, 1990; Hillman. A, 1992)

Nas relações contratuais *diretas*, portanto, existem duas situações polares em termos de risco financeiro:

- (i) a operadora remunera os prestadores por produção (por ato médico, na maior parte dos casos), e se responsabiliza pela diferença entre suas receitas e seus custos;
- (ii) a operadora remunera os prestadores *per capita*, e transfere a maior parte do risco para os prestadores.

Uma distribuição mais equilibrada do compartilhamento do risco pode dar-se quando os prestadores são assalariados, pois então pode haver uma complementação salarial, em virtude da diminuição do gasto, da parte de cada prestador (Hillman. A, 1992).

Note-se que os resultados da pesquisa mencionada mostraram que, já no final da década de 80, 36% da HMOs, responsáveis por 61% da população de usuários, valiam-se de formas contratuais intermediadas na contratação dos médicos (Gabel, 1997).

No caso de relacionamento *intermediado*, vigoram misturas de formas de pagamentos, sendo as mais frequentes:

- a) A operadora de planos de saúde contrata o grupo, ou instituição intermediária, *per capita*; e o grupo, ou instituição, remunera os médicos por produção.

Esta combinação apresenta a vantagem da auto-regulação. Quem recebe *per capita* efetuará um controle rigoroso sobre possíveis "excessos" na prestação de serviços, e sobre eventuais superfaturamentos. E como os médicos são remunerados por produção, exclui-se a possibilidade de subprestações, principal perigo da modalidade de pagamento *per capita*; neste caso as instituições intermediárias assumem o principal risco financeiro.

- b) A operadora de planos de saúde contrata o grupo, ou instituição intermediária, *per capita*, e os médicos são assalariados.

Na inexistência de ajuste dos salários segundo os resultados financeiros da intermediária, esta assume todo o do risco, pois receberá um valor fixo, independente dos custos das práticas dos médicos.

c) A operadora de planos de saúde contrata o grupo ou instituição intermediária *per capita*, que, por sua vez, remunera os médicos, através de um valor *subcapita*.

Neste caso, parte da diferença entre os valores *per capita* e *subcapita* poderá ser distribuída entre os prestadores, como forma de se incentivar um maior controle nas práticas complementares. Assim, o risco será compartilhado entre a instituição intermediária e os prestadores.

Em suma, a relação intermediada (*three-tiered*) possibilita o compartilhamento do risco entre operadora, instituição intermediária e os prestadores; e variará segundo o tipo de combinações de sistemas de remunerações; Em todos os casos, porém, existe diminuição do risco assumido pelas operadoras de planos de saúde.

Cabe mencionar que estudos, realizados nos EUA, mostram ser, a forma de remuneração dos médicos mais freqüente aquela por produção, contrariamente às informações anteriores, que identificavam que mais de 50% dos médicos recebiam *per capita* (Hillman. A, 1992); estas evidências desenharam um panorama novo, no que diz respeito aos incentivos à racionalização da demanda e, conseqüentemente, dos gastos em saúde.

Mas existem outros incentivos financeiros, sejam eles penalizações (retenções sobre as remunerações) ou bônus, que tomam como base os saldos das operadoras. Assim, HILLMAN (1987) verificou que dois terços das HMOs adotavam o método de controle através de retenções sobre os rendimentos dos médicos de cuidados primários. E que esse método era praticado em 82% das que remuneravam por ato médico, em 67% das que pagavam *per capita* e em 21% das que pagavam salário; a porcentagem de retenção mais freqüente oscilou entre 11 e 20%, e em alguns casos chegou a 40% dos rendimentos.

Além dessas retenções, existem formas complementares de penalização financeira, em função do desempenho individual dos médicos; assim, a taxa de retenção pode aumentar, segundo o nível de desempenho do profissional.

Devem-se mencionar, ainda, incentivos, ou restrições, não-financeiros introduzidos pelas Organizações de Atenção Gerenciada. Como exemplos, temos os protocolos clínicos ou a figura do médico generalista que na "porta de entrada" do sistema.

Assim, os modelos de atenção gerenciada não podem ser estudados com base em tipologias simplificadas, ou nas formas de pagamento, isoladamente, ou nos incentivos financeiros: é necessário conhecer a complexa matriz das diversas misturas de modelos de pagamento, os arranjos das organizações e os incentivos, financeiros e não-financeiros.

5) A qualidade e a atenção gerenciada nos EUA: o dilema qualidade x custos

Um levantamento bibliográfico sobre qualidade da assistência à saúde, em ambientes de Atenção Gerenciada, evidencia o latente conflito entre níveis de **qualidade** e o controle dos **custos**.

E sugerem que as práticas vigentes do *managed care* não conduzem à combinação desejada de “qualidade com menores custos”. Em busca de evidências a confirmarem, ou refutarem essa suposição, os pesquisadores MILLER & LUFT (1997) revisitaram pesquisa que haviam realizado, em 1994, a fim de responder à questão: “O *Managed care* conduz a melhor ou pior qualidade na assistência?” (MILLER & LUFT, 1997). Para tanto, revisaram, também, pesquisas sobre qualidade na assistência à saúde através das HMOs e das formas tradicionais de prestação destes serviços.

Esses autores elaboraram uma metodologia para inclusão, ou exclusão de pesquisas. Definiram também seis critérios de comparação entre HMOs e planos tradicionais, que remuneram os prestadores por ato médico: taxa de hospitalização; utilização de exames e procedimentos de maior custo; consultas médicas; utilização e gastos com assistência à saúde no domicílio; custos totais e prêmios. Ademais, elaboram critérios de desempenho também com relação à satisfação dos pacientes: satisfação total; aspectos financeiros; aspectos não-financeiros para todos os beneficiários; aspectos não-financeiros para os beneficiários de baixa renda.

Os resultados não indicam um claro padrão na utilização de médicos ou hospitais, ao passo que a evidência sobre o grau de satisfação varia segundo o critério utilizado, bem como o tipo de beneficiário. Portanto, não se encontrou evidência conclusiva acerca de uniformidade na deterioração dos serviços de saúde vinculados a HMOs. Tampouco há evidência de terem as HMOs contribuído para melhorar a assistência à saúde; esses resultados se devem em parte, à vagarosa mudança na prática clínica, à ausência de unidades de pagamento per capita, ajustadas segundo o risco, e às inadequadas medidas e avaliações de qualidade (MILLER & LUFT, *op.cit.*).

Levantamento bibliográfico de estudos comparativos entre a prestação de serviços no *managed care* e nas práticas tradicionais, efetuado por SULLIVAN (1999), desde 1980, só encontrou os dois estudos acima mencionados, realizados por MILLER & LUFT, em 1994 e 1997. Como estes autores concluíram não haver diferenças relevantes entre as duas práticas, SULLIVAN decidiu seguir o procedimento daqueles autores; buscou, entretanto, dar maior homogeneidade à amostra selecionada, e assim excluiu algumas das unidades utilizadas por MILLER & LUFT.

Nessa revisão, Sullivan adotou um “critério de cobertura”, para não mascarar os resultados. Isso porque, segundo ele, uma HMO dos tipos *grupo* ou *staff* proporciona mais consultas com o médico de primeiro atendimento do que IPA com co-pagamento, e é incorreto comparar planos com distintas coberturas.

Sullivan distribuiu os estudos revisados em três grupos: (i) 17 estudos gerais (por doenças), que evidenciaram os níveis de qualidade serem mais elevados em dois planos de *managed care*, equivalentes em oito e piores em sete; (ii) 18 estudos, - segundo o critério de prestador para o Medicare – sendo 2 melhores, 11 equivalentes e 5 piores nos sistemas de atenção gerenciada; (iii) 9 estudos de avaliação da satisfação do consumidor,

verificando-se, em todos, piores resultados nos planos de *managed care* do que nos sistemas tradicionais.

Dentre os principais resultados da pesquisa, que incluiu 44 dos estudos também analisados por MILLER & LUFT, destacam-se os seguintes:

a) Os 44 estudos selecionados pelos autores produziram um total de 57 observações¹⁴⁸; em 10 dessas observações, as OAGs foram consideradas melhores, em 25 foram equivalentes aos esquemas de pagamento por ato médico, e em 22 foram consideradas piores. Como afirmam os autores, “estes resultados sugerem que os planos *managed care* são equivalentes, ou piores, que os FFS¹⁴⁹”.

b) Nos 10 estudos excluídos pelo critério de cobertura, em 4 as organizações de atenção gerenciada haviam sido consideradas melhores e em 6, equivalentes. Esses estudos apresentavam resultados desproporcionalmente melhores nos planos de *managed care*, o que mostra ser possível mascarar os resultados, se comparam somente planos com coberturas semelhantes. Cabe, ainda, lembrar ser necessário levar em conta, por exemplo, as peculiaridades do paciente (gênero, idade, etc.) a fim de tornar significativos esse tipo de estudos.

Desta revisão de estudos comparativos entre as duas práticas, o autor concluiu ter sido a qualidade dos serviços prestados pelo *managed care* equivalente, ou pior, do que a das demais organizações (SULLIVAN, 1999).

6) Conclusões

Se considerarmos os estudos resenhados neste trabalho, é difícil extrair alguma afirmação conclusiva sobre a relação entre a evolução da qualidade e os modelos de atenção gerenciada, no mercado de planos de saúde nos EUA.

Em primeiro lugar, porque os estudos realizados consideram as HMOs como modelos puros com base na tipologia tradicional de modelos de atenção gerenciada (*Staff*, Grupo, Rede, IPA). Já em 1987, contudo, pesquisa realizada por HILLMAN indicou que 7% das HMOs a responderem ao inquérito se classificaram como formas mistas de dois ou mais modelos; cabe destacar que, segundo GABEL *et al.*, (*op.cit.*), em 1994, a porcentagem de modelos mistos de HMOs era de 69%.

Por outra parte, as análises costumam associar os resultados obtidos para as HMOs modelos *staff* e modelo *grupo* à remuneração através de salário; os correspondentes às HMOs modelo *rede* ao pagamento *per capita* e os relativos aos modelos *IPA* ao pagamento por ato médico; assim é comum não se levar em conta que HMOs de um mesmo modelo podem utilizar formas de pagamento diferentes. Por exemplo, em 1987, 39% das HMOs modelo *grupo* remuneravam os médicos de cuidados primários através de salários, 35% *per*

¹⁴⁸ As 57 observações dizem respeito a diferentes doenças, de forma que um mesmo estudo abordou, em alguns casos, mais de uma doença.

¹⁴⁹ FFS é abreviatura de **fee for service**, ou pagamento/conta por serviço.

capita e 26% por ato médico; do modelo *rede*, 76% da HMOs utilizavam pagamento *per capita*, 22% por ato médico e 2% a forma salarial; e no modelo *IPA* 53% pagavam por ato médico, 43% *per capita* e 4% através de salários (HILLMAN, *op.cit.*).

Ao mesmo tempo, desde meados da década de 80 as operadoras de planos de saúde, - a fim de partilhar e/ou de transferir o risco financeiro-, criaram novos arranjos institucionais, introduziram intermediações no relacionamento entre operadoras e prestadores de serviços. Assim, na relação intermediada (*three-tiered*) a operadora contrata uma organização ou instituição que, por sua vez, efetua contratos individuais com os prestadores. (GABLE, *op.cit.*). Segundo BERWICK (*op.cit.*), no novo contexto destes arranjos, o pagamento *per capita* não incentiva, necessariamente, a conduta médica, pois, muitas vezes são as organizações ou instituições intermediárias as que recebem *per capita*, e remuneram seus prestadores de serviços através dessa, ou de outra, forma de pagamento. Nesse sentido, estudos realizados nos EUA, sobre formas de relacionamentos intermediadas, permitiram verificar, como já o dissemos, ser a forma de remuneração mais freqüente dos médicos aquela por ato médico, contrariamente às informações anteriores, segundo as quais mais de 50% dos médicos recebiam *per capita* (HILLMAN *et al.*, 1992).

Outra constatação importante, a invalidar estudos sobre os incentivos introduzidos pelas diversas formas de pagamento, é a existência de outros incentivos financeiros, sejam as penalizações (retenções sobre as remunerações), sejam os bônus, (com base nos saldos positivos das operadoras). O método de controle através de retenções sobre os rendimentos dos médicos de cuidados primários, por exemplo, estava presente em dois terços da HMOs, em 82% das que remuneram por ato médico, em 67% das que pagam *per capita* e somente em 21% das que pagam por salário; a porcentagem de retenção mais freqüente oscilou entre 11 e 20% e chegou, em alguns casos, a 40% dos rendimentos (HILLMAN, 1987).

Além das retenções, existem, como já foi mencionado, formas complementares de penalização financeira, em função do desempenho individual dos médicos; assim é possível a taxa de retenção aumentar segundo o nível de desempenho do profissional.

Por fim, cabe destacar que os incentivos, ou restrições não-financeiras introduzidos pelas Organizações de Atenção Gerenciada e relacionados, por exemplo, aos protocolos clínicos, ou à figura do médico generalista a servir de "porta de entrada" do sistema, não são levados em conta na maior parte dos estudos.

Em suma, não é possível estudar, os modelos de atenção gerenciada com base em tipologias simplificadas, ou em formas de pagamento tomadas como variáveis isoladas ou no tratamento indistinto dos incentivos financeiros. Para analisar as repercussões de modelos de atenção gerenciada sobre a qualidade dos cuidados médicos, é necessário, em primeiro lugar, conhecer a complexa matriz a conformar as diversas misturas de modelos, formas de pagamento, arranjos organizacionais, incentivos financeiros e outros tipos de incentivos não-financeiros, como já o dissemos.

Em segundo lugar, não se pode esquecer que os trabalhos baseados em pesquisas de opinião (como, por exemplo, aqueles destinados a aferir o nível de satisfação do usuário e dos médicos) baseiam-se em respostas impregnadas pelos interesses específicos dos distintos atores sociais. Assim, segundo FRIEDMAN (*op.cit.*), as opiniões dos médicos refletem a perda de poder dos mesmos sobre o sistema de prestação de serviços de saúde e, muitas vezes, perdas nos rendimentos. Por sua vez, na opinião da autora, as considerações dos consumidores de planos de saúde sofrem a influência da mídia.

Portanto, embora não é possível extrair resultados conclusivos dos estudos que analisam a relação entre os modelos de atenção gerenciada e a qualidade dos cuidados em saúde. E devem ser relativizados os resultados das pesquisas sobre a satisfação do profissional e do consumidor mas não se deve invalidar os indícios achados nos estudos acerca do acesso e da utilização de serviços de saúde.

Reconhecemos as limitações desses estudos, e sabemos que autores como TERRIS (1997), defensores dos sistemas de atenção gerenciada, consideram impossível a conduta profissional de médicos com a mesma formação (técnica e ética) ser muito distinta nos diversos modelos de atenção à saúde. Mas, tendo em vista o papel tanto dos incentivos financeiros como das restrições impostas pela implantação de rotinas e protocolos clínicos - cada vez mais comuns na atenção gerenciada -, existem fortes indícios de que os elementos a conformarem os novos modelos deste sistema estejam influenciando, de forma negativa, sobre os padrões de qualidade nos cuidados de saúde.

Desconhecer esses elementos é desprezar toda e qualquer contribuição da Economia Institucional.

BIBLIOGRAFIA

- AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH, 1999. "Choosing and Using a Health Plan". <http://www.ahcpr.gov>
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO, 1998. "Atendimento Administrado na Saúde", *Revista Medicina Social*, setembro.
- BERWICK, D.M., 1996. "Quality of Health Care – Part 5: Payment by Capitation and the Quality of Care". *The New England Journal of Medicine*, vol. 335, No. 16, October.
- BLENDON, R.J., BRODIE, M., BENSON, J.M., ALTMAN, D.E., LEVITT, L., HUGICK, L., 1998. "Understanding the Managed Care Backlash". *Health Affairs*, vol. 17, Nº 4.
- BODENHEIMER, T., 1999. "The American health care system--the movement for improved quality in health care" *The New England Journal of Medicine*, vol. 340, No. 6, pp.488-92 1999 Feb.
- BOROWSKY, S.J., DAVIS, M.K., GOERTZ, C., LURIE, N., 1997. "Are All Health Plans Created Equal?" *Journal of American Medicine Association*, vol 278, No.11, pp.917-921.
- BROOK, R. & LOHR, K. "Efficacy, Effectiveness, Variations and Quality. *Medical Care*, vol 23, n.5.
- BURNS, L.R. & WHOLEY, D.R., 1991. "Differences in Access and Quality of Care Across HMO Types". *Health Services Management Research*. Vol.4 No 1, March.
- CIGNA, 1999. "Health Care - Health Plans Information" <http://www.cigna.com>
- CHRISTIANSON, J.B.; SANCHEZ, S.M.; WHOLEY, D.R.; SHADLE, M., 1991. "The HMO Industry: Evolution in Population Demographics and Market Structures". *Medical Care Review*. 48(1): 5-45.
- DAVIS, K., & SCHOEN, C., 1998. "Assuring Quality, Information, and Choice in Managed Care". *Inquiry*, 35:104-114.
- DE LISSOVOY, G.; RICE, T.; GABEL, J.; GELZER, H.J., 1987. "Preferred Provider Organizations One Year Later". *Inquiry*. 24:127-135, Summer.
- DRANOVE, D.; SIMON, C.J.; WHITE, W., 1998. "Determinants of Managed care Penetration". *Journal of Health Economics*. 17:729-745.
- DORSEY, J.L., 1975. "The Health Maintenance Organization Act of 1973 (P.L.93-222) and Prepaid Group Practice Plans". *Medical Care*. vol.13, nº 1.
- DONABEDIAN, A., 1969. "An Evaluation of Prepaid Group Practice". *Inquiry*, 6:3-7
- _____, 1982. "A Exploration in Quality Assessment and Monitoring; vol.1 e 2. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.

- _____, 1980. "The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol.I, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- _____, 1986. "Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring" *QRB*, vol. 12 (3):99-108.
- DONABEDIAN, A ., 1990. "The Seven Pillars of Quality". *Arch Pathol Lab Med*, vol. 114: 1115-1118.
- DONABEDIAN, A ., WHELLER, J.R.C., WYSZEWIANSKI, L., 1992. "Quality, Cost, and Health: an Integrative Model". *Medical Care*, vol. 20 (10): 975-992.
- DUDLEY,R., MILLER, R.H., KORENBROT, T.Y., LUFT,H., 1998. "The Impact of Financial Incentives on Health Care". *The Milbank Quartely*, vol.76, No 4.4
- FELDMAN, R.; KRALEWSKI, J.; DOWD, B., 1989. "Health Maintenance Organizations: The Beginning or the End?" *Health Services Research*. 24: 2, June.
- FRIEDMAN, E., 1997. "Managed Care, Rationing, and Quality: A Tangled Relationship". *Health Affairs*, vol.16, No. 3
- GABEL, J., 1997. "Ten Ways HMOs Have Changed During The 1990s" *Health Affairs*, vol. 16 (3), pp. 134-145
- GABEL, J., WHITMORE, H., BERGSTEN, C., GRIMM, L.P., 1997. "Growing Diversification in HMOs, 1988-1994", *Medical Care Research and Review*, vol. 54, No.1, March
- GENERAL ACCOUNTING OFFICE, 1997. Employment-based insurance: costs increase and family coverage decreases. Washington, DC.: Government Printing Office, February.
- GOLD, M.R.; HURLEY, T.L.; ENSOR, E.; BERENSON;R., 1995. "A National Survey of the Arrangements *Managed care* Plans Make with Physicians". *New England Journal of Medicine*. 333(25): 1678-1683.
- GOLD, M.R. & HURLEY, T.L, 1997. "The Role of *Managed care* "Products" in *Managed care* "Plans". *Inquiry*. 34:29-37.
- HILLMAN, A .L., 1987. "Financial Incentives for Physicians in HMOs – Is there a conflict of interest?" *The New England Journal of Medicine*, vol. 317, No. 27, December
- _____, 1989. "How do Financial Incentives Affect Physicians Clinical Decisions and the Financial Performance of Health Maintenance Organizations?. *The New England Journal of Medicine*, vol.321, No. 2, July.

- HILLMAN, A ., PAULY, M.V., KERSTEIN, J.J., 1989. "How do Financial Incentives Affect Physicians Clinicals Decisions and the Financial Performance of Health Maintenance Organizations? *The New England Journal of Medicine*, vol. 321, No. 2, July
- HILLMAN, B.J., JOSEPH, C.A ., MABRY, SUNSHINE, J.H., KENNEDY, S.D., NOETHER, M., 1990."Frequency and Costs of Diagnostic Imaging in Office Practice – A Comparison of Self-Referring and Radiologist-Referring Physicians". *The New England Journal of Medicine*, vol. 323:1604-8
- HILLMAN, A .L.; WELCH, W.P.; PAULY, M.V., 1992. "Contractual Arrangements between HMOs and Primary Care Physicians: Three-Tiered HMOs and Risk Pools". *Medical Care*. Vol.30, Nº 2.
- IGLEHART, J.,1994. "Physicians and the Growth of *Managed care*". *New Englad Journal of Medicine*. Vol.331, Nº 17, pp:1167-1171.
- KAUFMAN, NAUGHTON, , OSTERWEIS & RUBIN (1992) *Health Care Delivery - Current Issues and the Public Policy Debate*. Washington: Association of Academic Health Centers
- KUTTNER, R. (1999) – "Employer-Sponsored Health Coverage". In *The New England Journal of Medicine*. January 21.
- KNICKMAN, J. & THORPE, K. (1990) *Financing for Health Care*. In: Kovner, A. *Health Care Delivery in the United States*. New York: Springer Publishing Company
- LEWIS,J.C., 1996. "Latin American *managed care* partnering opportunities". Apresentado no 8º Congresso da Associação Latino-Americana de Plano de Saúde de Pré-pagamento (ALAMI), São Paulo, Brasil, 8 de novembro.
- KERR, E.A, MITTMAN, B.S., HAYS, R.D., LEAKE,B., BROOK, R.H., 1996."Quality Assurance in Capitated Physician Groups. Where is the Emphasis?". *Journal of American Medical Association*, vol. 276, No. 15, October
- KUTTNER, R., 1999. "The American Health Care System – Employer-Sponsored Health Coverage". *The New England Journal of Medicine*, volume 340, number 3, January
- LoGERFO, J.P., OKAMOTO, G., DIEHR, P.K., RICHARDSON, W., 1977. "Quality of Care for Common Infections: Comparisons of prepaid group practice and independent practice". Paper presented at the meeting of the American Federation for Clinical Research.
- LoGERFO, J.P., LAWSON, E., RICHARDSON, W.C., 1978. "Assessing the quality of care for urinary tract infection in office practice: a comparative organizational study". *Medical Care*, 16, 488-95.

- LoGERFO, J.P., EFFIRD, R.A.A ., DIEHR, P.K., RICHARDSON, W.C., 1979."Rates of surgical care in prepaid group practices and the independent setting: what are the reasons for the differences?". *Medical Care*, 17, 1-11.
- LURIE, N., 1997. "Studying Access to Care in Managed Care Enviroments", *Health Services Research*, 32;5, December.
- LURIE, N., MARGOLIS, K.L., McGOVERN, P.G., MINK, P.J., SLATER, J.S., 1997. "Why do Patients of Female Physicians Have Higher Rates of Breast Cancer and Cervical Cancer Screening?" *Journal of General Internal Medicine*, 12:34-43, January.
- LUFT, H.,1980. "Assessing the evidence on HMO performance" *Milbank Memorial Quartely* 58(4):501-36 , Fall.
- _____, 1988. "HMOs and the Quality of Care". *Inquiry*, 25:147-156, Spring.
- MANNING, W.G., LEIBOWITZ, A ., GOLDBERG, G.A ., ROGERS, W.H., NEWHOUSE., 1984."A Controlled Trial of the Effect of a Prepaid Group Practice on Use of Services". *The New England Journal of Medicine.*, vol.310, No.23.
- MANNING, W.G. & MARQUIS, M.S.,1996. "Health Insurance: The Tradeoff between Risks Pooling and Moral Hazard". *Journal of Health Economics*, 15.
- MERZ, M., 1986. "Preferred Provider Organizations: The New Health Care Partnerships". *Hospital and Health Services Administration*. November/December.
- MILLER, R.H. & LUFT, H., 1997. "Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care?". *Health Affairs*, vol. 16, No 5, September/October.
- MORRISEY, M.A.; ALEXANDER,J.; BURNS, L.R.; JOHNSON,V., 1999. "The Effects of *Managed care* on Physician and Clinical Integration in Hospitals". *Medical Care*. Volume 37, Number 4, pp.350-361.
- ROBINSON, J.C., 1999. "Blended Payment Methods in Physician Organizations Under *Managed care*". *Journal of American Medical Association*. Vol.282, N°13, october.
- SCHMITTDIEL, J., SELBY, J.V., GRUMBACH, K., QUESENBERRY Jr, C.P., "Choice of a personal physician and patient satisfaction in a health maintenance organization", 278(19):1596-9 1997 Nov 19.
- STOCKER, K.; WAITZKIN,H.; IRIART,C., 1999. "The Exportation of *Managed care* to Latin America". *New England Journal of Medicine*, vol.340, N° 14, pp: 1131-1136.
- SULLIVAN, K., 1999. "Managed Care Plan Performance Since 1980: Another Look at 2 Literature Reviews". *American Journal of Public Health*, vol. 89 (7):1003-1008

- TERRIS, M., 1997. "Lean and the Mean: The Quality of Care in the Era of Managed Care". *Journal of Public Health Policy*, vol. 19, No.1.
- VUORI, H.V., 1982. "Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology". *Public Health in Europe*. Copenhagen: WHO.
- WARE, J.E., BAYLIS, M.S., ROGERS, W.H., KOSINSKI, M., TARLOV, A., R., 1996. "Differences in 4-Year Health Outcomes for Elderly and Poor, Chronically Ill Patients Treated in HMO and Fee-for-Service Systems". *Journal of American Medical Association*, vol. 276, No. 13, October
- WILLIAMS, S.J., & TORRENS, P.R., 1993. "*Managed care: Restructuring the System*". In: *Introduction to Health Services*. Org.: WILLIAMS, S.J. & TORRENS, P.R. New York: Delmar Publishers Inc.
- WELCH, W.P., HILLMAN, A. L.; PAULY, M.V., 1990. "Toward New Typologies for HMOs". *Milbank Quarterly*. Vol.68, Nº 2.
- UGÁ, M.A., 1997. "Propostas de Reforma do Setor Saúde nos marcos do Ajuste Macroeconômico". Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado.
- UGÁ, M.A., 1994. "Sistemas de Repasses Financeiros a Unidades de Assistência à Saúde: uma Proposta preliminar para a rede pública brasileira". In: *O Financiamento da Saúde no Brasil*. Serie Economia e Financiamento, N.4, OPS, Representação do Brasil.
- YELIN, E.H., HENKE, C.J., KRAMER, J.S., NEVITT, M.C., SHEARN, M., EPSTEIN, W.V., 1985. "A Comparison of the Treatment of Rheumatoid Arthritis in Health Maintenance Organizations and Fee-For-Service Practices". *The New England Journal of Medicine*, vol. 312, No. 15, 962-7, April



Rio de Janeiro

Avenida Augusto Severo, 84
Glória
CEP: 20.021-040
Rio de Janeiro - RJ
Te.: (21)2505-0000

São Paulo

Rua Bela Cintra, 986 - 4ª andar
Jardim América
CEP.: 01.415-000
São Paulo - SP
Tel.: (11) 3211-6249

Brasília

SAS Quadra 01 bloco A
Edifício Darcy Ribeiro - 10º andar
CEP: 70.070-909
Brasília - DF
Tel.: (61) 226-7220 e (61)226-4857

E-mail

ans@ans.gov.br
www.ans.gov.br

Disque ANS
0800 701 9656

Regulação & Saúde

Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar

Oferece um painel abrangente de investigações sobre os planos e seguros de saúde privados. O tema é abordado sob diversos ângulos. Desde a análise da dinâmica das operadoras brasileiras, suas características institucionais, os conflitos entre oferta e demanda, passando por sua regulamentação baseada na Lei n.º 9.656/98, até as recentes mudanças introduzidas no sistema de saúde dos EUA. A abundância de enfoques e diversidade de interpretações é atravessada pela tentativa de situar a expansão das demandas e oferta de serviços organizados pelas operadoras de planos e seguros de saúde no contexto de revisão do modelo de seguridade social preconizado pela Constituição Federal de 1988, ou seja entre as políticas de corte seletivo que proliferaram a partir dos anos 90.

A qualidade e a acuidade das contribuições reunidas neste livro são garantidas pelos autores que destacam-se não apenas como líderes intelectuais de seus campos de pesquisa, mas também na elaboração e viabilização de políticas sociais redistributivas. Trata-se de um livro indispensável para a compreensão dos novos desafios antepostos à regulação do financiamento, organização das redes de serviços e atendimento das demandas e necessidades de saúde.

O lançamento de Regulação & Saúde - Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar deve ser duplamente saudado. Em primeiro lugar em razão da relevância e atualidade dos estudos sobre a face privada do financiamento e organização de redes de serviços privados pelas operadoras de planos e seguros de saúde no Brasil. Adicionalmente pela sintonia dos temas examinados com os das agendas dos formuladores e executores das políticas sociais brasileiras. Destaca-se mais uma vez, o pioneirismo da área da saúde que desbrava as fronteiras dos estudos sobre o aumento da demanda e oferta dos serviços das operadoras de planos e seguros de saúde como um dos rebatimentos da crescente complexidade de nosso sistema de proteção social.

Trata-se de uma coletânea de trabalhos instigantes que procuram relacionar o acirramento do conflito estrutural entre a face formal do sistema de seguridade brasileiro, ao crescimento das demandas e serviços vinculados aos planos e seguros de saúde e com os novos rumos das políticas sociais brasileiras. A preconização formal de programas universais e benefícios pródigos na legislação e a realidade da expansão dos benefícios atrelados à capacidade de contribuição, cursam com a proliferação de inúmeros projetos assistenciais voltados aos grupos populacionais considerados de maior risco social e epidemiológico.

O debate e mesmo a formulação das teses sustentados pelos autores ainda carecem de um maior desenvolvimento teórico-conceitual e de bases empíricas sólidas. A ousadia da empreitada, estimulada e apoiada pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar, resultou na elaboração de hipóteses instigantes mas revelou lacunas analíticas incontornáveis e portanto novos caminhos para a continuidade das pesquisas.

O leitor se verá diante de uma multiplicidade de desafios de natureza acadêmica e também de diversas possibilidades de tocar a história. E será convidado a renovar seus compromissos com a busca da melhor alternativa para gerar o bem-estar: a menos cética, quanto a irreversibilidade das determinações economicistas às políticas sociais.

Aloisio Teixeira



ANS
AGÊNCIA NACIONAL DE
SAÚDE SUPLEMENTAR



**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**