



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Pereira dos Santos, Fausto; Carvalho Malta, Deborah; Merhy, Emerson Elias
A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 5, setembro-outubro, 2008, pp. 1463-1475
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013509>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados

Regulation of supplementary health care:
an analysis of the main results

Fausto Pereira dos Santos ¹
Deborah Carvalho Malta ²
Emerson Elias Merhy ³

Abstract *This article analyzes some recent results of the regulation of supplementary care, particularly in the period 2000-2006. Three analytical axes were defined: the structure and operation of the sector, the economic regulation and the care model regulation. Indicators were used to analyze the evolution of these three aspects. We come to the conclusion that the adopted regulatory measures brought important advancements in the analyzed dimensions, markedly a greater solidity of the health plan operators and the growth of the sector over the period with an increase of about 30% in the number of beneficiaries. The regulatory measures regarding the care model were innovative and revealed appropriate for inducing new care practices focused on health promotion and disease prevention as well as the introduction of quality assessment mechanisms (Qualification Project). However there is still ground for improvement: in the discussions about the public-private relation; in changes in the care model in the sense of reducing fragmentation of services and assuring integrated care, health promotion and disease prevention; and with respect to competition in the sector.*

Key words *Regulation, Supplementary care, Health plan operators, Health insurance companies, Qualification*

Resumo *O artigo analisa alguns resultados da regulação produzida na saúde suplementar no último período, em especial de 2000 a 2006. Foram definidos três eixos analíticos da regulação: estrutura e operação do setor, a regulação econômica e a assistencial. Foram utilizados indicadores para análise da evolução destes três eixos. Dentre os principais resultados, conclui-se que a regulação implementada trouxe avanços importantes nas três dimensões analisadas, destacando-se a maior solidez das operadoras e o crescimento do setor no período analisado, com aumento de cerca de 30% no número de beneficiários. A regulação assistencial foi uma inovação no período e se revelou apropriada no sentido da indução de novas práticas assistenciais, valorizando a promoção e a prevenção, bem como a introdução de mecanismos de avaliação de qualidade (projeto de qualificação). Ainda há que avançar na discussão da relação público/privado, nas mudanças do modelo assistencial, superando a fragmentação da linha do cuidado e garantindo-se a sua integralidade e as práticas de promoção e prevenção, assim como no aprimoramento dos aspectos concorrenciais do setor.*

Palavras-chave *Regulação, Saúde suplementar, Operadoras de planos de saúde, Seguradoras de saúde, Qualificação*

¹Agência Nacional de Saúde Suplementar. Av. Augusto Severo 84/9º andar, Glória. 20021-040 Rio de Janeiro RJ. faustops@ans.gov.br

² Departamento Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

³ Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução

O debate sobre o tema da regulação na saúde suplementar, incipiente no país, apresenta-se muito controverso. Diversos autores discutem as motivações, o enfoque, os limites e até mesmo a necessidade dessa regulação¹⁻³. Estes mesmos autores identificam, com nuances diferentes, o conceito de “falhas de mercado” como fator determinante da regulação governamental na saúde suplementar. Mesmo sem legislação específica, este tema já se fazia presente na agenda política do país, em função do aumento dos usuários de planos ocorridos após a década de oitenta e as freqüentes reclamações nos jornais, órgãos de defesa do consumidor e Justiça. As questões mais recorrentes versavam sobre aumentos de preços, negação de atendimento, burocratização dos procedimentos para atendimento aos beneficiários e prestadores vinculados aos planos de saúde. Estes fatos, além da denúncia de problemas de solvência/falência de empresas operadoras de planos de saúde, evasão fiscal e necessidade de controle/contenção dos preços da assistência médica, mobilizaram os setores governamentais para a aprovação de legislação específica¹.

A aprovação da Lei nº 9.656/98 ocorreu após inúmeros tensionamentos e disputas. Tentativas anteriores para o estabelecimento de regras de relacionamento entre o setor público e o setor de atenção médica supletiva foram infrutíferas pelas dificuldades operacionais envolvidas ou pela pressão das entidades representativas das operadoras e de prestadoras, que não tinham interesse nessa regulação⁴.

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

A regulação produzida na saúde suplementar

O marco regulatório do setor atualmente é constituído pela Lei nº 9.656/98 modificada pela Medida Provisória 2.177-44 de 24/08/2001 e pela Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar⁴⁻⁶; ambas regulamentam o funcionamento geral do setor, definem o plano de referência, definem as garantias ao beneficiário (como proibição do rompimento unilateral do contrato, proibição de suspensão de internações, dentre outros).

As normas infralegais que regulamentam o setor foram inicialmente editadas pelo CONSU (Conselho Nacional de Saúde Suplementar), formado por ministros, e posteriormente pela ANS. Foram 32 resoluções do CONSU e trinta portarias da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, no período pré-Agência. Com a criação da ANS, foram editadas cerca de 95 Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), 150 Resoluções Normativas (RN), dez Súmulas Normativas (expressam o entendimento da Direção Colegiada da ANS sobre aspectos controversos ou vagos da legislação), 454 Resoluções Operacionais (RO), além de 54 Instruções Normativas e 21 Resoluções de Diretoria (RE) das várias diretorias que compõem o organograma da ANS⁷.

Dentre elas, as RDCs e as RNs são as resoluções de maior impacto sobre o mercado, trazendo maior detalhamento e imprimindo a política institucional. As demais cumprem o papel mais de regulamentação interna à ANS, com função operacional. Torna-se importante analisar as mudanças ocorridas no setor em função do processo regulatório.

Material e métodos

O atual trabalho analisará as mudanças ocorridas na saúde suplementar, com ênfase nas mudanças produzidas entre as operadoras de planos de saúde. Para analisar este processo, nos apoiamos nos eixos avaliativos adotados no projeto de qualificação da ANS, que avalia o desempenho das operadoras e agrupa os indicadores em eixos temáticos (avaliação da estrutura e operação do setor, avaliação econômica financeira, avaliação da qualidade da assistência e avaliação da satisfação dos beneficiários)⁸. No caso deste trabalho, adotamos os três eixos iniciais, não utilizando necessariamente os mesmos indicadores adotados pelo projeto. Os indicadores adotados foram:

. Estrutura e operação do setor – refere-se à reestruturação do setor e adaptação à nova legislação dos planos anteriores à lei e à implantação dos sistemas de informação. Os indicadores selecionados foram: 1) evolução anual de entradas e saídas de empresas; 2) evolução do número de beneficiários; 3) evolução anual dos beneficiários por modalidade da operadora; 4) distribuição proporcional por faixas etárias da população de beneficiários de planos de saúde em 2000 e 2006; 5) comparação da distribuição proporcional da população geral e da população de beneficiários de planos de saúde por faixas etárias; 6) evolução anual da distribuição entre planos antigos e novos; 7) evolução anual da distribuição dos planos coletivos e individuais.

. Regulação econômica – os indicadores selecionados foram: 1) percentual de operadoras que se adequaram às provisões exigidas; 2) evolução da receita das operadoras.

. Regulação assistencial – trata das mudanças que foram induzidas no modelo assistencial do setor e os indicadores selecionados foram: 1) rol de procedimentos e cobertura assistencial; 2) projeto de qualificação; 3) iniciativas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Foram analisados documentos institucionais e bases de dados disponíveis da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): o Sistema de Informação de Produtos (SIP), Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), relatórios internos da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO); Documentos de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS) e dados populacionais do IBGE.

Tomou-se como base o período de 2000 a 2006. Dado que em 2000 as bases de dados não estavam devidamente implantadas, por problemas de cobertura de registros, em alguns casos iremos iniciar a análise no ano de 2001, estendendo-se até o ano de 2006.

Foi utilizado, para comparar a distribuição proporcional da população de beneficiários de planos por faixas etárias, o *software Stata*⁸, aplicando-se o teste de proporção para avaliar a igualdade das proporções entre amostras.

Resultados

Estrutura e operação do setor

Torna-se importante analisar se a regulação produziu mobilidade entre as operadoras e os beneficiários. Os principais resultados foram:

Evolução anual das entradas e saídas de empresas

O indicador mostra a evolução anual das entradas e saídas de empresas (operadoras ativas, operadoras registradas, novos registros e cancelamento de registro, voluntário ou por decisão da ANS – operadora liquidada do mercado – no período pós-regulatório). Existe uma diferença entre operadoras registradas e ativas. São consideradas operadoras ativas aquelas que apresentam número de beneficiários, e operadoras registradas são aquelas que possuem ou possuíram algum registro junto à ANS. Logo após a promulgação da Lei nº 9.656/98, entre 1998 e 2000, o registro provisório tornou-se obrigatório para a atuação no mercado e não previa exigências para as operadoras já constituídas⁵. Houve então uma corrida para a realização do mesmo e o número de novos registros sofreu grande crescimento. A partir de 2000, a ANS passou a exigir das operadoras condições para efetuar o registro (constituição de reservas, registro de produtos, inscrição nos conselhos profissionais), o que explica o declínio de novos registros após este ano. Além disto, a necessidade de colocar planos à venda com o rol mínimo de cobertura contribuiu na queda deste número. No período mais recente, ocorreu uma tendência de estabilização do mercado, com menor entrada de novos registros. Este movimento resultou na redução de empresas que, anteriormente ao processo regulatório, operavam uma verdadeira “ciranda” no setor suplementar, com entrada constante de operadoras que não apresentavam sustentabilidade, resultando em um mercado mais “saúdavel” (Figura 1). Ocorreram no período analisado dois movimentos: o declínio das operadoras ativas e o aumento das operadoras canceladas. O aumento de cancelamento do registro resultou tanto da solicitação das empresas, quanto da operação de liquidação realizada pela Agência no período, revelando a melhor regulação no período.

Evolução do número de beneficiários

A Figura 2 apresenta a evolução do número de beneficiários, distribuídos por tipo de plano (médico-hospitalares, odontológicos), segundo os dados do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) de 2000 a 2006. Beneficiários com mais de um plano podem estar registrados em mais de uma operadora. Os dados mostram o crescimento dos planos médico-hospitalares em 29,5% ao longo dos sete anos e um crescimento mais expressivo de 172,7% dos planos exclusivamente

odontológicos no mesmo período. Nos primeiros anos do registro, ocorreram muitos problemas nas informações no SIB, algumas operadoras apresentaram liminares que as liberavam de

alimentar o cadastro da ANS, o que pode ter levado ao subdimensionamento do mesmo. Nos anos mais recentes, o SIB apresentou melhora de captação e este aumento também deve levar em con-

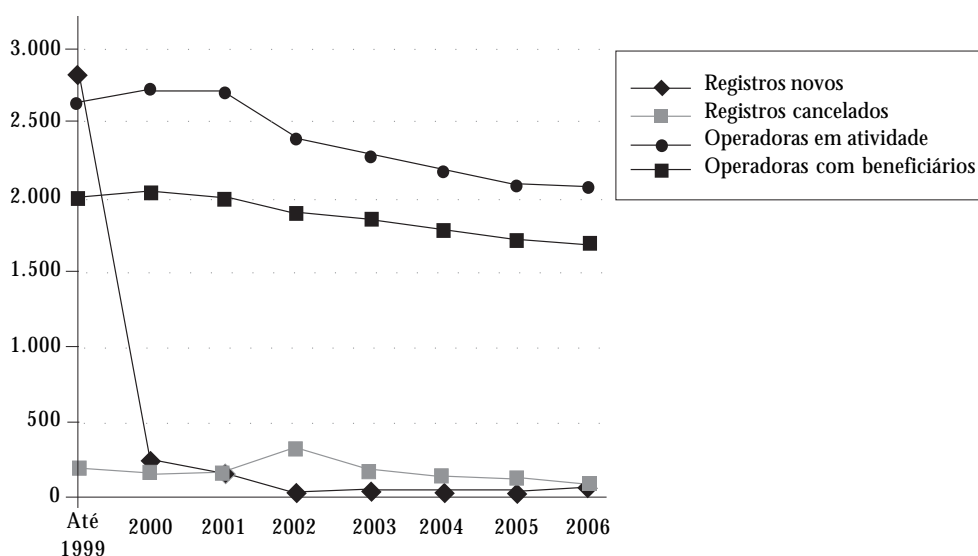


Figura 1. Evolução anual das entradas e saídas de empresas no mercado da saúde suplementar. Brasil, 1999 – 2006.

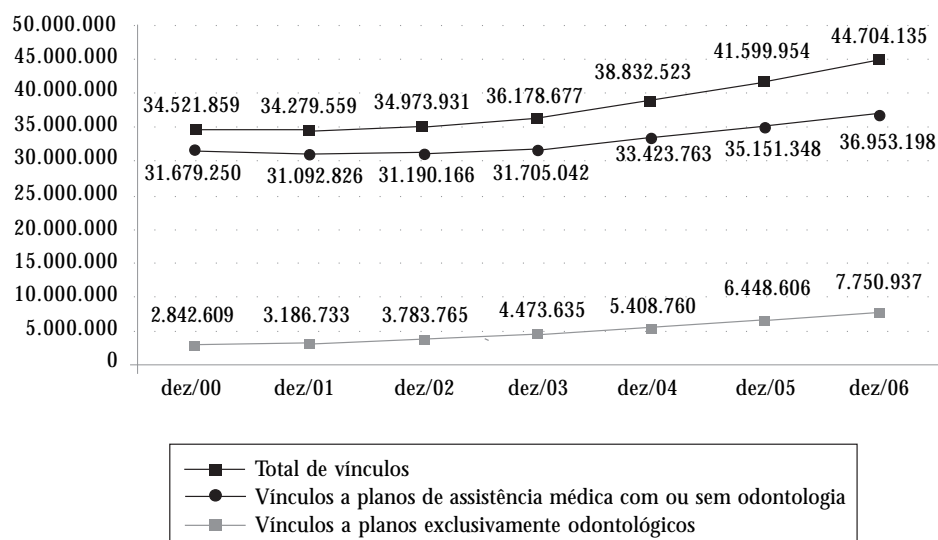


Figura 2. Evolução anual dos os beneficiários distribuídos por tipo de plano de saúde: total dos planos, planos médico-hospitalares e odontológicos. Brasil, 2000 a 2006.

ta a melhoria destas informações. O maior aumento dos beneficiários dos planos odontológicos mostra uma expansão real do mercado, o que ocorre durante todo o período, enquanto nos planos médicos hospitalares ocorreu após 2003.

Evolução anual dos beneficiários por modalidade da operadora

A Figura 3 mostra a evolução do número de beneficiários por modalidade da operadora no período de 2000 a 2006, considerando 2000 como o ano base. A variação dos beneficiários observada no período ocorreu em parte devido ao aprimoramento do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), a melhora das informações e a ampliação do número de empresas que alimentaram o banco de dados no período. Entretanto, ocorreu uma ampliação real do mercado. O maior crescimento deve-se às odontologias de grupo (174,8%) e as cooperativas odontológicas

(156%). No grupo médico-hospitalar, cresceram as cooperativas médicas (52,6%), seguidas das filantrópicas (16,2%) e medicinas de grupo (14,2%) e o menor crescimento foi devido às autogestões (3,1%). A redução de beneficiários ocorreu nas seguradoras especializadas em saúde (-4,3%).

Comparação na distribuição proporcional por faixas etárias da população de beneficiários de planos de saúde em 2000 e 2006

A análise deste indicador foi feita comparando-se a distribuição proporcional por faixas etárias da população de beneficiários de planos de saúde em 2000 e 2006. Calculou-se a distribuição proporcional das faixas etárias decenais da população de planos em 2000 e 2006, levando-se em conta as distribuições por faixa etária decenal, o número absoluto em cada faixa etária das

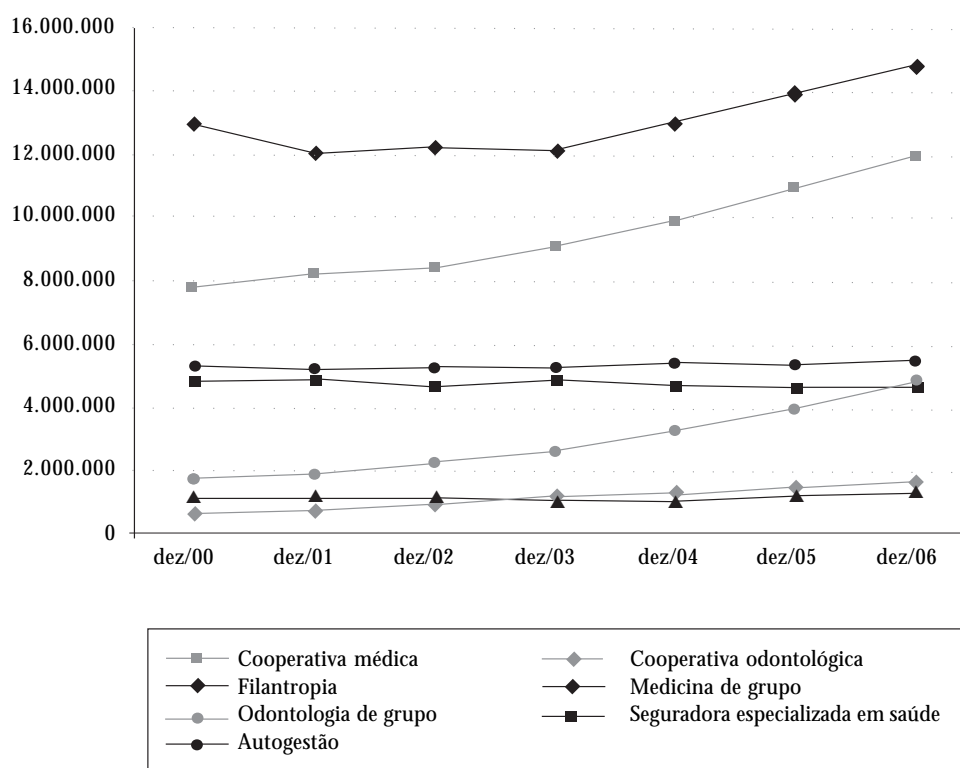


Figura 3. Evolução anual dos beneficiários por modalidade da operadora. Brasil, 2000 a 2006.

populações de beneficiários de planos em 2000 e 2006. Foi usado o teste de proporção, utilizando-se o *Stata* para o cálculo deste e do próximo indicador⁹. Concluiu-se que existe diferença estatística na distribuição proporcional entre as duas populações em todas as faixas etárias. Assim, observa-se que existe maior proporção de crianças e jovens (até 19 anos) na população de beneficiários de 2000 ($p < 0,000$). Nas faixas etárias seguintes, exceto de 70 a 79 anos, a população de beneficiários de 2006 tem maior proporção ($p < 0,000$). Portanto, podemos afirmar que entre 2000 e 2006, após as medidas regulatórias, ocorreram mudanças na distribuição proporcional das faixas etárias da população de planos de saúde, reduzindo-se proporcionalmente a população de crianças e jovens (menores de 19 anos), aumentando-se a população acima de 20 anos. Estes efeitos podem ser explicados pelas medidas regulatórias que definem reajustes máximos entre as faixas etárias. Antes da regulação, as empresas tinham reajustes livres por faixas etárias (algumas praticavam até 32 faixas de reajustes entre os mais novos e os mais idosos). O CONSU, por meio da Resolução 06 de 04 de novembro de 1998 e a ANS, por meio da RN 63 de 22 de dezembro de 2003, definiram reajustes de, no máximo, seis vezes entre os mais jovens e os mais idosos¹¹. Esta mudança se justificou para possibilitar o “pacto intergeracional”, quando os mais jovens “ajudam” no custeio dos planos dos mais idosos. Com isto, os planos ficaram mais caros para os mais jovens, o que refletiu neste período na redução proporcional das crianças e jovens menores de 19 anos na população de beneficiários de planos e ampliação da participação proporcional das faixas acima de 20 anos, provavelmente em função da expansão dos planos coletivos (Tabela 1).

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

Segundo dados do cadastro da ANS (SIB), a saúde suplementar tem como beneficiária cerca de 24% da população brasileira^{12,13}. Malta & Jorge¹⁴ encontraram diferença significativa comparando a distribuição proporcional por faixas etárias da população geral e da população de beneficiários de planos de saúde.

Na comparação deste indicador em 2006, concluiu-se que existe diferença estatística entre as duas populações em todas as faixas etárias.

Assim, observa-se na Tabela 1 que existe maior proporção de crianças e jovens (até 19 anos) na população geral ($p < 0,000$). Nas faixas seguintes (de 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais), inverte-se a tendência, havendo maior proporção na população de beneficiários de planos de saúde na população de adultos ($p < 0,000$). As crianças e jovens têm menor cobertura nos planos de saúde, o que poderia ser explicado parcialmente pelo aumento do preço dos planos para estas faixas, reduzindo a participação destas na população de beneficiários. O aumento dos adultos pode ser explicado pela expansão dos planos coletivos e pela inserção no mercado de trabalho. Já o aumento dos idosos pode se explicar pela maior procura dos mesmos, temendo os custos crescentes da atenção médica e maior adoecimento desta faixa etária – seleção adversa¹ (Tabela 1).

Evolução anual da distribuição entre planos anteriores e posteriores à lei

A presença de planos anteriores e posteriores à lei pode ser apontada como a maior fonte de conflitos do processo regulatório: a convivência de dois “mundos”, com regras contratuais bastante distintas e possibilidades regulatórias também distintas. A decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 1.931-98 impetrada pelas operadoras em relação à retroatividade dos efeitos da Lei nº 9.656/98 reafirmou o princípio do “ato jurídico perfeito” e restringiu a atividade regulatória a questões gerais, não especificadas nos respectivos contratos. Portanto, ficam fora desta regulação, por exemplo, a fixação de reajustes, o rol obrigatório de procedimentos, dentre outros. Isto gerou beneficiários com direitos diferenciados e tem exigido o enfrentamento cotidiano entre operadoras, Judiciário, órgão de defesa do consumidor, gerando uma grande área de conflito.

A Tabela 2 mostra a distribuição percentual de planos contratados a partir da vigência da Lei nº 9.656/98 e planos anteriores à lei. Importante destacar que essa migração, apesar de prevista em lei, se dá de forma voluntária a partir da opção do beneficiário.

Ocorreu inversão progressiva destes planos, crescendo a participação dos planos novos sujeitos à legislação específica e ao controle da ANS (preços, regras). Em 2000, estes planos representavam 30% do total dos planos de saúde. Em 2003, passaram a 52,8%, chegando à cerca de 67,3% em 2006 (Tabela 2).

Tabela 1. Comparação na distribuição proporcional por faixas etárias entre: a população de beneficiários de planos de saúde em 2000 e 2006 e entre a população geral e de beneficiários de planos em 2006.

Faixas etárias	Beneficiários de planos dez/2000 %	Beneficiários de planos dez/2006 %	P	População geral – 2006 %	Beneficiários de planos 2006 %	P
0 a 9 anos	16,1	13,9	0,0000	19,5	13,9	0,0000
10 a 19 anos	15,8	13,8	0,0000	20,8	13,8	0,0000
20 a 29 anos	17,5	20,4	0,0000	17,7	20,4	0,0000
30 a 39 anos	17,9	18,0	0,0000	14,9	18,0	0,0000
40 a 49 anos	14,5	14,7	0,0000	11,3	14,7	0,0000
50 a 59 anos	8,8	9,6	0,0000	7,3	9,6	0,0000
60 a 69 anos	5,5	5,1	0,0000	4,8	5,1	0,0000
70 a 79 anos	3,2	3,1	0,0000	2,6	3,1	0,0000
80 ou mais anos	0,8	1,4	0,0000	1,1	1,4	0,0000
TOTAL	100,0	100,0		100,0	100,0	

Tabela 2. Evolução anual da distribuição entre planos anteriores e posteriores à Lei nº 9.656. Brasil, 2000 a 2006.

Ano	Anteriores a lei		Posteriores a lei		Total
	N	%	N	%	
dez/00	24.142.117	69,93	10.379.742	30,07	34.521.859
dez/01	21.287.340	62,10	12.992.219	37,90	34.279.559
dez/02	19.278.445	55,12	15.695.486	44,88	34.973.931
dez/03	17.060.162	47,16	19.118.515	52,84	36.178.677
dez/04	15.656.921	40,32	23.175.602	59,68	38.832.523
dez/05	14.754.510	35,47	26.845.444	64,53	41.599.954
dez/06	14.614.920	32,69	30.089.215	67,31	44.704.135

Evolução anual da distribuição dos planos coletivos e individuais

Este tema corresponde a um dos efeitos mais visíveis da regulação, que é o processo de coletivização da forma de adesão dos beneficiários aos planos de saúde.

Os planos coletivos passaram de 35,6% (2000) para 72% (2006). Os planos individuais passaram de 16% (2000) para 20,7% (2006). Os planos não identificados, planos anteriores à lei, que não foram identificados quanto à caracterização de planos individuais e coletivos, passaram de 48,4 (2000) para 7,3% (2006). Houve maior precisão do cadastro, em função da melhor identificação dos planos antigos quanto à caracterização dos planos coletivos e individuais. Isto explica em parte as alterações percentuais.

O crescimento dos planos coletivos se deu, basicamente, pela precificação excessiva dos pla-

nos individuais novos por parte das empresas sob o discurso do “risco regulatório” (não interrupção unilateral do contrato, limitação do reajuste por mudança de faixa etária e controle do reajuste anual) e com o crescimento dos coletivos por adesão, onde o risco individual fica diluído numa “massa” maior de indivíduos (Figura 4).

Regulação econômica

Percentual de operadoras que se adequaram às provisões exigidas

A ANS editou a RDC 77, modificada pela RN 14, que regula sobre a constituição de reservas das operadoras, indicando que as mesmas deverão ser progressivas ao longo dos anos. A evolução das exigências de provisão em volume de recursos e das provisões contabilizadas pelas operadoras (reserva que a empresa deve manter para

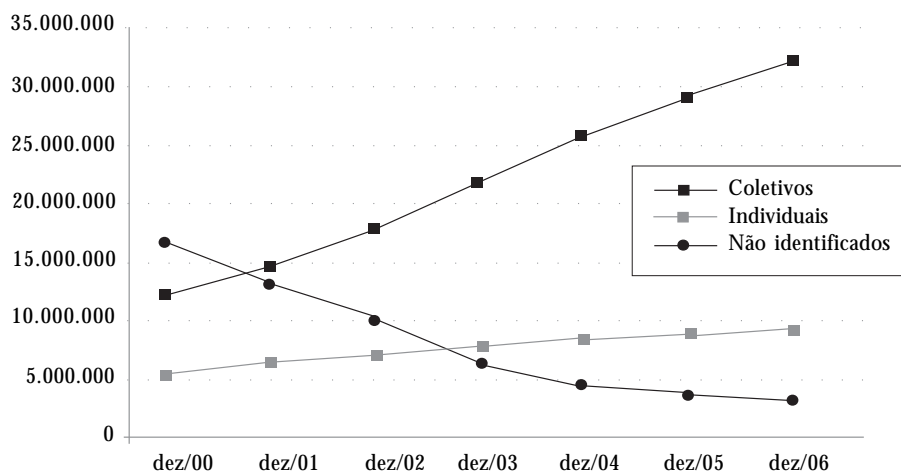


Figura 4. Evolução da forma de contratação de planos de saúde. Brasil, 2000 a 2006.

fazer frente a despesas não rotineiras), segundo exigências da ANS, mostra que em dezembro de 2002, 63% das empresas que forneciam informações econômicas para a ANS (alimentavam o DIOPS) se encontravam com suas provisões adequadas ao mínimo exigido. Este número alcançou 78% em 2006. Os resultados demonstram que as empresas estão se tornando mais capitalizadas. Isto configura empresas mais sólidas, o que aumenta o grau de segurança dos beneficiários e dos prestadores de serviço, mostrando que a regulação econômica do setor tem resultado em efeitos benéficos ao setor.

Evolução da receita das operadoras

Este indicador possibilita o acompanhamento do volume de recursos financeiros que circulam anualmente no setor de saúde suplementar. A Tabela 3 apresenta esses dados por modalidade das empresas, permitindo observar que modalidade vem apresentando variação nas suas receitas.

A modalidade que mais cresceu seu faturamento foi a odontologia de grupo (184,7%), seguida da medicina de grupo (107,4%), aproximadamente a mesma variação das autogestões e cooperativas médicas. As seguradoras cresceram seu faturamento em 62,1%, abaixo da média do setor (91,3%) (Tabela 3).

Regulação assistencial

Nesta dimensão, busca-se descrever e analisar as iniciativas e processos que vieram fundamentar a regulação assistencial.

Rol de procedimentos e cobertura assistencial

A Lei nº 9.656/98 trouxe, em relação à cobertura dos planos de saúde, uma nova compreensão, incluindo a obrigatoriedade do atendimento a todas as doenças da CID 10 (Classificação Internacional das Doenças), e a edição de um rol mínimo de procedimentos⁵. Esta foi, sem dúvida, a principal mudança no formato de regulação assistencial, ou seja, o entendimento de que a atividade assistencial das empresas não mais se limitava à observância do cumprimento contratual, mas ao atendimento das atividades assistenciais constantes no rol de cobertura integral, conforme previsto pela lei.

A nova lei trouxe um novo modelo ao mercado, com novas regras, proibindo exclusões de doenças, sejam crônicas ou infecciosas, obrigando o atendimento integral, inclusive com o uso de materiais, impedindo limitação quantitativa de procedimentos ou tempo de internação, inclusive na UTI. O modelo anterior gerava inúmeras exceções, contestações jurídicas, negação de atendi-

Tabela 3. Evolução da receita das operadoras por modalidade. Brasil, 2000 a 2006.

Modalidade da operadora	2001	2002	2003
Total	21.749.031.599	25.443.946.187	28.144.804.490
Operadoras médico-hospitalares (1)	21.403.761.303	25.042.735.425	27.675.927.561
Autogestão (1)	425.533.661	469.158.330	533.524.877
Cooperativa médica	7.912.540.993	9.018.304.924	10.324.037.030
Filantropia	1.101.589.812	1.289.392.840	783.814.589
Medicina de grupo	6.565.898.998	8.052.898.577	9.333.245.987
Seguradora especializada em saúde	5.398.197.838	6.212.980.754	6.701.305.077
Operadoras exclus. odontológicas	345.270.297	401.210.763	468.876.929
Cooperativa odontológica	127.541.135	146.517.327	153.204.600
Odontologia de grupo	217.729.162	254.693.436	315.672.329

Fonte: Diops/FIP - 14/08/2007

(1) Não são incluídas as autogestões patrocinadas.

mento e era, sem dúvida, o motivo de maior descontentamento do setor e mobilizou intensamente o governo para a regulamentação deste^{15, 16}.

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

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

Autores como Cecílio *et al.*¹⁷ e Malta *et al.*¹⁰, em pesquisas junto a operadoras e prestadores médicos e hospitalares, observaram as mudanças e a aceitação desta nova regra como sendo um avanço do setor, na perspectiva dos atores analisados. Segundo os autores, na percepção da maioria dos entrevistados, especialmente prestadores médicos e hospitalares, foram observadas mudanças positivas como: ampliação da cobertura para atendimento a todas as doenças, per-

manência dos pacientes na UTI pelo tempo necessário e a não exclusão de patologias.

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

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

Projeto de qualificação

A compreensão de um novo formato de regulação assistencial exigiu da ANS novas iniciativas visando avaliar os resultados e a qualidade da assistência prestada. Neste contexto, em dezembro de 2004, foi apresentado o projeto de qualificação, entendido como um projeto global, por avaliar as várias dimensões do funcionamento do setor (assistencial, econômica, estrutura e operação e a satisfação dos beneficiários)⁸.

Cada uma das dimensões participa da avaliação com um peso. Nesta fase do projeto, a dimensão assistencial teve um peso de 50%, a dimensão econômica de 30%, a dimensão da estrutura e operação, 10% e a satisfação do beneficiário, 10%. Para cada uma das dimensões, foram eleitos indicadores que recebem uma pon-

tuação de acordo com o nível de alcance da meta estabelecida.

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

Justamente pela inovação e o pequeno espaço de maturação desse sistema é que foram encontradas as principais inconsistências das informações fornecidas pelas empresas. Também motivado por isto, o projeto de qualificação foi planejado num crescente e outros indicadores serão agregados em cada uma das etapas do projeto. Com os resultados de 2003 a 2005 já processados, observa-se que uma grande parte das empresas não obteve pontuação nestes indicadores, o que se explica pelo não envio das informações, pela inconsistência das mesmas, ou pela **performance** nos diversos indicadores (menor número delas)⁷.

Os indicadores avaliados nestas três etapas foram:

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

O processamento dos dados de 2005 mostra, ainda, um grande número de operadoras com Índice de Desempenho Assistencial (IDAS) igual a zero (54,1), sendo que 70,7% delas por inconsistência das informações. Das operadoras avaliadas (46%) correspondem a cerca de 76% dos beneficiários. Cerca de 3% das operadoras médico-hospitalares alcançaram a avaliação máxima e 58%, o índice entre 0,5 e 0,75, ou seja, mais de 60% das empresas avaliadas obtiveram avaliação superior à 50% da **performance** esperada⁷.

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

Projeto de promoção à saúde e prevenção de doenças

Cabe ainda destacar a importância de outras iniciativas como o projeto de promoção à saúde e prevenção de doenças, oriundas de uma compreensão de um novo formato de regulação assistencial por parte da ANS. O projeto de promoção à saúde e prevenção de doenças insere-se neste contexto, visando induzir estratégias/iniciativas para efetivação e operacionalização da denominada regulação assistencial na suplementar. O projeto visou estimular nas empresas a incorporação das atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças e condicionou a extensão do prazo de constituição de reservas econômicas à apresentação de programas de promoção e prevenção. Já foram contabilizados avanços em 2005 e 2006, com a inscrição de 420 propostas nas diferentes linhas de cuidado, de 133 operadoras aprovadas, de um total de 215 que pleitearam.

Discussão

A regulação da saúde suplementar é recente no país, mas autores como Scheffer e Bahia⁸, apesar de assinalarem diferentes limites, reconhecem o avanço deste processo e afirmam que a mesma representou inequívoco avanço, sendo “resultado da mobilização da sociedade civil, dos esforços governamentais e do trabalho legislativo”.

Podem-se registrar lacunas e avanços nesse processo. Dentre os limites, podemos citar:

. Aspectos concorrenciais do setor:

a) a necessidade de avançar na mobilidade com portabilidade, ou seja, a possibilidade dos beneficiários de planos individuais e/ou familiares mudarem de uma operadora para outra sem necessidade de cumprirem novos períodos de carência. Esta limitação leva a uma falsa fidelização, deixando o beneficiário “refém” da sua empresa. A incorporação dessa medida ao escopo da regulação atual poderá ser um passo importante no sentido de dar aos beneficiários possibilidade de migração entre as empresas, aprofundando assim a concorrência do setor⁷;

b) a operação de empresas clandestinas, não registradas na ANS, que operam planos de saúde sem cumprir as normas, oferecendo planos com cobertura abaixo do rol mínimo, utilizando rede prestadora localizada ou exclusiva, sem constituição de reservas financeiras, sem pagamento das taxas e/ou outras obrigações com a ANS. Por não cumprirem estes quesitos, ofertam planos de saúde com preço bastante abaixo do oferecido pelas

empresas regularmente inscritas na ANS. Essas empresas não sofrem fiscalização e, só recentemente, há cerca de três anos, passaram a sofrer intervenção e liquidação por parte da Agência;

c) a atuação do chamado cartão de desconto. Oferecido por diferentes empresas, desde operadoras exclusivas dessa modalidade, funerárias (através do plano família), operadoras de plano de saúde (proibidas de operar este formato por resolução da ANS) e outras, constitui-se em uma lista de prestadores onde o cliente consegue preços pré-fixados, normalmente numa tabela bem abaixo do praticado em consultórios e clínicas particulares. Esta última não é regulada pela ANS e por nenhum outro órgão. Estas duas operações dificultam o processo da concorrência no setor. Uma ação mais efetiva junto ao Ministério Público e a proibição da operação dos cartões de desconto são questões essenciais para minorar este efeito sobre a concorrência do setor e para garantir um funcionamento mais transparente para o setor.

. Relação público e privado:

Destaca-se a renúncia fiscal pela possibilidade dos indivíduos poderem abater as despesas com saúde na declaração de imposto de renda. Outro fator importante é o fato das empresas empregadoras poderem lançar as despesas com assistência à saúde como despesas ordinárias e, com isso, reduzir o montante sujeito a desconto de imposto sobre o lucro líquido. Uma terceira consiste no fato das entidades filantrópicas poderem operar planos de saúde, sendo este também beneficiado pelas isenções fiscais decorrentes do reconhecimento da filantropia. Estas questões apontam alguns limites do segmento e demonstram ainda problemas na sua auto-sustentação, colocando ainda formas, mesmo que indiretas, do Estado financiar uma parte de uma assistência que, por sua própria definição constitucional, deveria ser opcional e autofinanciável.

Dentre os avanços, podemos destacar as regras produzidas pela ANS na entrada e saída de empresas do setor, o que disciplinou a verdadeira “ciranda” existente no momento pré-regulatório e resultou na redução do surgimento de novas empresas. Uma melhor oferta de operadoras, mais sustentável e capaz de atender às exigências legais, resultou em um mercado mais “saudável”. Paralelamente, o cadastro de operadoras tem melhorado o registro das empresas ativas e daquelas canceladas. O aumento de cancelamento do registro resulta tanto da solicitação das empresas, quanto da operação de liquidação realizada pela Agência no período.

Quanto às mudanças no número de beneficiários de planos de saúde, nos primeiros anos, a redução do crescimento dos planos médico-hospitalares foi atribuída pelas operadoras ao processo regulatório, notadamente à impossibilidade de se subsegmentar o produto, ou seja, oferecer planos que não tivessem a cobertura integral⁷. Entretanto, outros fatores contribuíram mais notadamente, como a crise econômica, com a diminuição da capacidade de pagamento das pessoas e das empresas compradoras nos anos 1990 e início dessa década. Ao contrário, após 2004, ocorreu um crescimento dos beneficiários, o que pode ser explicado pela retomada do crescimento econômico e do emprego, mas também pela adaptação das operadoras às novas regras do mercado. Pelos dados, poderia se dizer que o setor que melhor se adaptou ao processo regulatório foram as cooperativas médicas, enquanto as seguradoras especializadas foram as que tiveram o maior impacto negativo. O movimento interno no mercado pode ser explicado ainda pelo aumento da competitividade do mercado, ampliação do marketing empresarial, a disputa pelos planos coletivos, a redução de custos, resultando em planos de menor custo e de mais fácil comercialização, mais competitivos, além da ampliação de mecanismos micro-regulatórios levando à redução de custos, o investimento na ampliação da rede própria, a redução de rede de serviços, os mecanismos de direcionamento para redes de menor custo, a adaptação ao mercado local, resultando na oferta de planos de menor custo. As cooperativas, por serem singulares e se adaptarem ao mercado local, puderam se movimentar mais rapidamente e se adaptar às novas regras, tornando-se mais competitivas.

Quanto às mudanças na pirâmide etária dos beneficiários, ocorreram alterações na distribuição das faixas etárias da população de planos de saúde, reduzindo-se a população de crianças e jovens (menores de 19 anos), aumentando-se a população acima de 20 anos. Estes efeitos podem ser explicados pelas medidas regulatórias que definem reajustes máximos entre as faixas etárias. Com isto, os planos ficaram mais caros para as crianças e os jovens, o que refletiu nestes seis anos na redução proporcional dos menores de 19 anos na população de planos, e ampliação da participação proporcional das faixas etárias seguintes. Destaca-se ainda o aumento proporcional dos planos coletivos e a redução dos planos individuais, sinalizando a tendência já observada em outros países industrializados, especialmente nos Estados Unidos, do acesso aos pla-

nos (seguros) de saúde ser mediado pelo mundo do trabalho⁷.

A progressiva predominância de planos posteriores à lei traz com ela a possibilidade de um funcionamento menos conflituoso nesse mercado. Permite ainda um acompanhamento muito mais eficiente, por parte do órgão regulador, na medida em que todos esses novos produtos estão registrados e autorizados para comercialização.

A melhoria da segurança do setor com a regulação quanto aos mecanismos prudenciais (capital mínimo, reservas técnicas, provisões de risco) e com a definição da contratualização com a rede prestadora de serviços. As regras estabelecidas para cada um dos itens referidos se constituíram em passos importantes para reduzir esse grau de incertezas na operação do setor. As empresas estão se tornando mais capitalizadas, configurando-se empresas mais sólidas, o que aumenta o grau de segurança dos beneficiários e dos prestadores de serviço, mostrando que a regulação econômica do setor tem resultado em efeitos benéficos ao setor.

Outro avanço consiste na capacidade de acompanhamento do setor por parte da ANS por meio dos diversos sistemas de informações constituídos no período. Estas informações de caráter assistencial, econômico e da estrutura e operação do setor possibilitaram ao órgão regulador, aos pesquisadores, à mídia e aos atores regulados um conjunto de possibilidades de acompanhamento. Destaca-se ainda o investimento que vem sendo operado na implantação dos TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar), que coletará informações assistenciais, ampliando a capacidade da ANS de acompanhar estas informações.

No que se refere ao novo formato de regulação assistencial, pode-se pontuar o avanço nas novas iniciativas como o projeto de qualificação, a regulação sobre a incorporação tecnológica e o programa de promoção e prevenção à saúde. O projeto de qualificação apresenta o mérito de ser um projeto global avaliando as várias dimensões das operadoras (assistencial, econômica, estrutura e operação e a satisfação dos beneficiários) do funcionamento do setor. Diversas operadoras já buscaram melhorias visando melhor desempenho, afetando, por exemplo, sua pontuação no ranking. Para o beneficiário, esta iniciativa constitui-se ainda na possibilidade de avaliar o desempenho da operadora, no momento, por exemplo, de optar pela escolha de um plano. Para a ANS, constitui possibilidade de imprimir

melhoras sucessivas no setor, de forma global, estabelecendo competição positiva pelo melhor desempenho global.

O projeto de promoção à saúde e prevenção de doenças impactou positivamente pois passou a ser incorporado na prática discursiva e do marketing de diversas operadoras, inserindo inclusive o lema do cuidado à saúde, da responsabilidade com a promoção da saúde do beneficiário. Mesmo avaliando-se que esta prática ainda não conseguiu se estabelecer como uma das ações principais dentro do modelo de atenção dessas empresas, contabilizam-se avanços, inclusive na apresentação de grande número de projetos pelas operadoras, para aprovação junto à ANS, prática antes inexistente.

A incorporação de novas tecnologias é uma demanda do mercado, do SUS e da ANS. Passos já foram dados na constituição de instâncias coordenadas pela Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, para propor uma incorporação definida pelas necessidades do usuário e não pela demanda do mercado produtor de tecnologias e essencialmente pautada pelas evidências e estudos de custo efetividade. Torna-se necessário criar uma cultura institucional e operar em conjunto com as instituições de ensino e pesquisa, visando respostas mais adequadas ao setor saúde, tanto público quanto privado.

Por fim, na nossa percepção, se o processo regulatório não conseguiu alcançar e provocar mudanças em todos os aspectos referidos como problemas no período pré-regulatório, trouxe entretanto avanços importantes em todas as dimensões que compõem o setor de saúde suplementar brasileiro. Esta perspectiva de se regular os diversos aspectos, extremamente polêmica no início do processo, se revelou apropriada ao longo do período. Isto não significa que grandes questões ainda não necessitem serem enfrentadas, dentre elas aprofundar na relação público/privado como sendo um desafio político e técnico para todos os que defendem um sistema de saúde universal e integral, que busque a equidade; o desafio de buscar a mudança do modelo assistencial praticado pelo setor suplementar, superando a fragmentação da linha do cuidado, garantindo-se a sua integralidade, as práticas de promoção e prevenção. A regulação pública do setor de saúde suplementar, componente do sistema de saúde brasileiro, precisa continuar a ter como objetivo torná-lo cada vez mais auto-suficiente e integrado, respondendo à perspectiva da saúde integral aos seus beneficiários.

Colaboradores

FP Santos elaborou o artigo a partir de sua tese de doutoramento defendida em fevereiro de 2006 na UNICAMP, DC Malta atualizou os dados e revisou o artigo e EE Merhy foi o orientador da tese e participou da concepção teórico-metodológica do artigo.

Referências

- Almeida C. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: IPEA; 1998.
- Andreazzi MFS. Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: Montone J, Werneck A, organizadores. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Vol. 3. Tomo1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2004. p.121 - 146.
- Pereira C. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. In: Montone J, Werneck A, organizadores. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Vol. 3. Tomo1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2004. p.93 - 120.
- Lei nº 9.656 de 2 de junho de 1998. Regulamenta a saúde suplementar no Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1998; 2 jun.
- Medida Provisória 2.177-44 de 24 de agosto de 2001. Regulamenta a saúde suplementar no Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2001; 24 ago.
- Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2000; 28 jan.
- Santos FP. *A regulação Pública da Saúde no Brasil: o caso da Saúde Suplementar*. Campinas, 2006 [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; 2006.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. [acessado 2007 Mar]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf
- Stata. [programa de computador]. College Station: Statistics/Data Analysis Stata Corp. Disponível em: <http://www.stata.com>
- Malta DC, Jorge AO, Franco T, Costa MA. O modelo assistencial praticado nas operadoras investigadas. In: ANS. *Duas faces da moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. [acessado 2007 Mar]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informações*. Rio de Janeiro: ANS; 2007.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *População estimada por idade simples*. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
- Malta DC, Jorge AO. O mercado de saúde suplementar e análise dos dados das operadoras selecionadas. In: ANS. *Duas faces da moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.
- Bahia L. *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/Fiocruz; 1999.
- Figueiredo LF. O processo de regulamentação dos planos e seguros de saúde. In: ANS. *Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Oficina DIPRO/GGTAP. Imaginando e operando a gestão da assistência no âmbito da saúde suplementar: textos de apoio*. Rio de Janeiro: ANS; 2002. [Mimeo]
- Cecilio LC, Malta DC, Oliveira AJ, Gurgel GA. Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras investigadas: uma introdução ao tema. In: ANS. *Duas faces da moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.
- Scheffer M, Bahia, L Planos e seguros privados no Brasil: lacunas, perspectivas da regulamentação. In: Heinann LS, Ibanhes LC, Barboza R, organizadores. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 127-168.

Artigo apresentado em 13/08/2007

Aprovado em 16/10/2007

Versão final apresentada em 30/11/2007

A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados

Regulation of supplementary health care:
an analysis of the main results

Fausto Pereira dos Santos ¹
Deborah Carvalho Malta ²
Emerson Elias Merhy ³

Abstract *This article analyzes some recent results of the regulation of supplementary care, particularly in the period 2000-2006. Three analytical axes were defined: the structure and operation of the sector, the economic regulation and the care model regulation. Indicators were used to analyze the evolution of these three aspects. We come to the conclusion that the adopted regulatory measures brought important advancements in the analyzed dimensions, markedly a greater solidity of the health plan operators and the growth of the sector over the period with an increase of about 30% in the number of beneficiaries. The regulatory measures regarding the care model were innovative and revealed appropriate for inducing new care practices focused on health promotion and disease prevention as well as the introduction of quality assessment mechanisms (Qualification Project). However there is still ground for improvement: in the discussions about the public-private relation; in changes in the care model in the sense of reducing fragmentation of services and assuring integrated care, health promotion and disease prevention; and with respect to competition in the sector.*

Key words *Regulation, Supplementary care, Health plan operators, Health insurance companies, Qualification*

Resumo *O artigo analisa alguns resultados da regulação produzida na saúde suplementar no último período, em especial de 2000 a 2006. Foram definidos três eixos analíticos da regulação: estrutura e operação do setor, a regulação econômica e a assistencial. Foram utilizados indicadores para análise da evolução destes três eixos. Dentre os principais resultados, conclui-se que a regulação implementada trouxe avanços importantes nas três dimensões analisadas, destacando-se a maior solidez das operadoras e o crescimento do setor no período analisado, com aumento de cerca de 30% no número de beneficiários. A regulação assistencial foi uma inovação no período e se revelou apropriada no sentido da indução de novas práticas assistenciais, valorizando a promoção e a prevenção, bem como a introdução de mecanismos de avaliação de qualidade (projeto de qualificação). Ainda há que avançar na discussão da relação público/privado, nas mudanças do modelo assistencial, superando a fragmentação da linha do cuidado e garantindo-se a sua integralidade e as práticas de promoção e prevenção, assim como no aprimoramento dos aspectos concorrenciais do setor.*

Palavras-chave *Regulação, Saúde suplementar, Operadoras de planos de saúde, Seguradoras de saúde, Qualificação*

¹Agência Nacional de Saúde Suplementar. Av. Augusto Severo 84/9º andar, Glória. 20021-040 Rio de Janeiro RJ. faustops@ans.gov.br

² Departamento Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

³ Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução

O debate sobre o tema da regulação na saúde suplementar, incipiente no país, apresenta-se muito controverso. Diversos autores discutem as motivações, o enfoque, os limites e até mesmo a necessidade dessa regulação¹⁻³. Estes mesmos autores identificam, com nuances diferentes, o conceito de “falhas de mercado” como fator determinante da regulação governamental na saúde suplementar. Mesmo sem legislação específica, este tema já se fazia presente na agenda política do país, em função do aumento dos usuários de planos ocorridos após a década de oitenta e as freqüentes reclamações nos jornais, órgãos de defesa do consumidor e Justiça. As questões mais recorrentes versavam sobre aumentos de preços, negação de atendimento, burocratização dos procedimentos para atendimento aos beneficiários e prestadores vinculados aos planos de saúde. Estes fatos, além da denúncia de problemas de solvência/falência de empresas operadoras de planos de saúde, evasão fiscal e necessidade de controle/contenção dos preços da assistência médica, mobilizaram os setores governamentais para a aprovação de legislação específica¹.

A aprovação da Lei nº 9.656/98 ocorreu após inúmeros tensionamentos e disputas. Tentativas anteriores para o estabelecimento de regras de relacionamento entre o setor público e o setor de atenção médica supletiva foram infrutíferas pelas dificuldades operacionais envolvidas ou pela pressão das entidades representativas das operadoras e de prestadoras, que não tinham interesse nessa regulação⁴.

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

A regulação produzida na saúde suplementar

O marco regulatório do setor atualmente é constituído pela Lei nº 9.656/98 modificada pela Medida Provisória 2.177-44 de 24/08/2001 e pela Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar⁴⁻⁶; ambas regulamentam o funcionamento geral do setor, definem o plano de referência, definem as garantias ao beneficiário (como proibição do rompimento unilateral do contrato, proibição de suspensão de internações, dentre outros).

As normas infralegais que regulamentam o setor foram inicialmente editadas pelo CONSU (Conselho Nacional de Saúde Suplementar), formado por ministros, e posteriormente pela ANS. Foram 32 resoluções do CONSU e trinta portarias da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, no período pré-Agência. Com a criação da ANS, foram editadas cerca de 95 Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), 150 Resoluções Normativas (RN), dez Súmulas Normativas (expressam o entendimento da Direção Colegiada da ANS sobre aspectos controversos ou vagos da legislação), 454 Resoluções Operacionais (RO), além de 54 Instruções Normativas e 21 Resoluções de Diretoria (RE) das várias diretorias que compõem o organograma da ANS⁷.

Dentre elas, as RDCs e as RNs são as resoluções de maior impacto sobre o mercado, trazendo maior detalhamento e imprimindo a política institucional. As demais cumprem o papel mais de regulamentação interna à ANS, com função operacional. Torna-se importante analisar as mudanças ocorridas no setor em função do processo regulatório.

Material e métodos

O atual trabalho analisará as mudanças ocorridas na saúde suplementar, com ênfase nas mudanças produzidas entre as operadoras de planos de saúde. Para analisar este processo, nos apoiamos nos eixos avaliativos adotados no projeto de qualificação da ANS, que avalia o desempenho das operadoras e agrupa os indicadores em eixos temáticos (avaliação da estrutura e operação do setor, avaliação econômica financeira, avaliação da qualidade da assistência e avaliação da satisfação dos beneficiários)⁸. No caso deste trabalho, adotamos os três eixos iniciais, não utilizando necessariamente os mesmos indicadores adotados pelo projeto. Os indicadores adotados foram:

. Estrutura e operação do setor – refere-se à reestruturação do setor e adaptação à nova legislação dos planos anteriores à lei e à implantação dos sistemas de informação. Os indicadores selecionados foram: 1) evolução anual de entradas e saídas de empresas; 2) evolução do número de beneficiários; 3) evolução anual dos beneficiários por modalidade da operadora; 4) distribuição proporcional por faixas etárias da população de beneficiários de planos de saúde em 2000 e 2006; 5) comparação da distribuição proporcional da população geral e da população de beneficiários de planos de saúde por faixas etárias; 6) evolução anual da distribuição entre planos antigos e novos; 7) evolução anual da distribuição dos planos coletivos e individuais.

. Regulação econômica – os indicadores selecionados foram: 1) percentual de operadoras que se adequaram às provisões exigidas; 2) evolução da receita das operadoras.

. Regulação assistencial – trata das mudanças que foram induzidas no modelo assistencial do setor e os indicadores selecionados foram: 1) rol de procedimentos e cobertura assistencial; 2) projeto de qualificação; 3) iniciativas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Foram analisados documentos institucionais e bases de dados disponíveis da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): o Sistema de Informação de Produtos (SIP), Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), relatórios internos da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO); Documentos de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS) e dados populacionais do IBGE.

Tomou-se como base o período de 2000 a 2006. Dado que em 2000 as bases de dados não estavam devidamente implantadas, por problemas de cobertura de registros, em alguns casos iremos iniciar a análise no ano de 2001, estendendo-se até o ano de 2006.

Foi utilizado, para comparar a distribuição proporcional da população de beneficiários de planos por faixas etárias, o *software Stata*⁸, aplicando-se o teste de proporção para avaliar a igualdade das proporções entre amostras.

Resultados

Estrutura e operação do setor

Torna-se importante analisar se a regulação produziu mobilidade entre as operadoras e os beneficiários. Os principais resultados foram:

Evolução anual das entradas e saídas de empresas

O indicador mostra a evolução anual das entradas e saídas de empresas (operadoras ativas, operadoras registradas, novos registros e cancelamento de registro, voluntário ou por decisão da ANS – operadora liquidada do mercado – no período pós-regulatório). Existe uma diferença entre operadoras registradas e ativas. São consideradas operadoras ativas aquelas que apresentam número de beneficiários, e operadoras registradas são aquelas que possuem ou possuíram algum registro junto à ANS. Logo após a promulgação da Lei nº 9.656/98, entre 1998 e 2000, o registro provisório tornou-se obrigatório para a atuação no mercado e não previa exigências para as operadoras já constituídas⁵. Houve então uma corrida para a realização do mesmo e o número de novos registros sofreu grande crescimento. A partir de 2000, a ANS passou a exigir das operadoras condições para efetuar o registro (constituição de reservas, registro de produtos, inscrição nos conselhos profissionais), o que explica o declínio de novos registros após este ano. Além disto, a necessidade de colocar planos à venda com o rol mínimo de cobertura contribuiu na queda deste número. No período mais recente, ocorreu uma tendência de estabilização do mercado, com menor entrada de novos registros. Este movimento resultou na redução de empresas que, anteriormente ao processo regulatório, operavam uma verdadeira “ciranda” no setor suplementar, com entrada constante de operadoras que não apresentavam sustentabilidade, resultando em um mercado mais “saúdavel” (Figura 1). Ocorreram no período analisado dois movimentos: o declínio das operadoras ativas e o aumento das operadoras canceladas. O aumento de cancelamento do registro resultou tanto da solicitação das empresas, quanto da operação de liquidação realizada pela Agência no período, revelando a melhor regulação no período.

Evolução do número de beneficiários

A Figura 2 apresenta a evolução do número de beneficiários, distribuídos por tipo de plano (médico-hospitalares, odontológicos), segundo os dados do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) de 2000 a 2006. Beneficiários com mais de um plano podem estar registrados em mais de uma operadora. Os dados mostram o crescimento dos planos médico-hospitalares em 29,5% ao longo dos sete anos e um crescimento mais expressivo de 172,7% dos planos exclusivamente

odontológicos no mesmo período. Nos primeiros anos do registro, ocorreram muitos problemas nas informações no SIB, algumas operadoras apresentaram liminares que as liberavam de

alimentar o cadastro da ANS, o que pode ter levado ao subdimensionamento do mesmo. Nos anos mais recentes, o SIB apresentou melhora de captação e este aumento também deve levar em con-

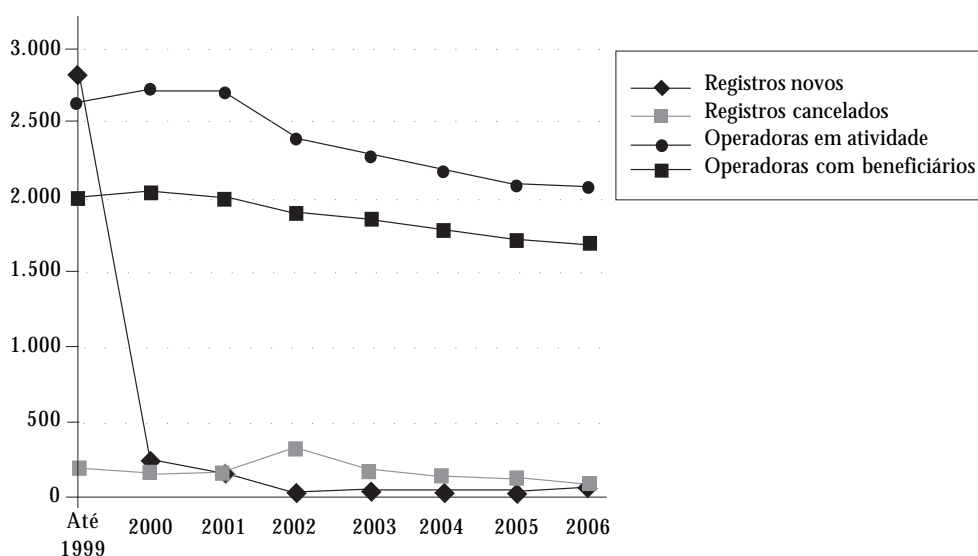


Figura 1. Evolução anual das entradas e saídas de empresas no mercado da saúde suplementar. Brasil, 1999 – 2006.

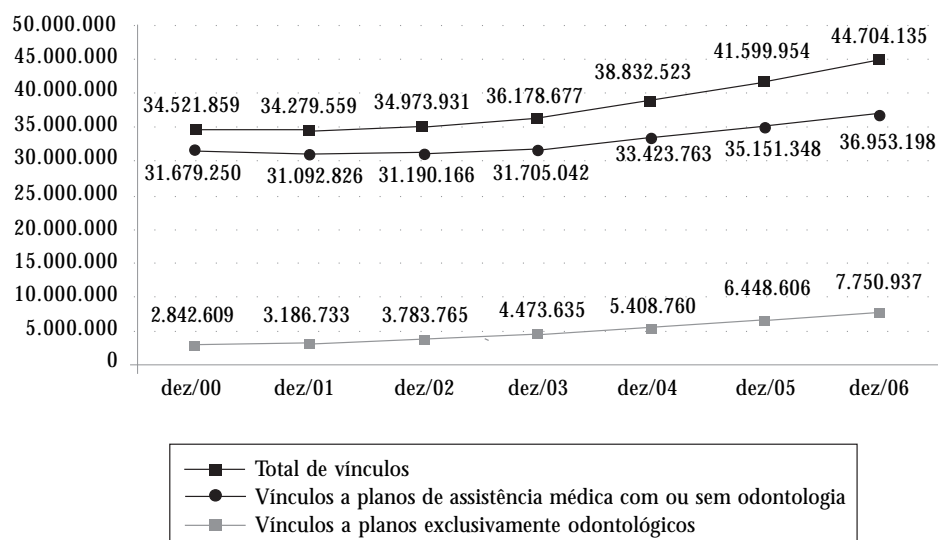


Figura 2. Evolução anual dos os beneficiários distribuídos por tipo de plano de saúde: total dos planos, planos médico-hospitalares e odontológicos. Brasil, 2000 a 2006.

ta a melhoria destas informações. O maior aumento dos beneficiários dos planos odontológicos mostra uma expansão real do mercado, o que ocorre durante todo o período, enquanto nos planos médicos hospitalares ocorreu após 2003.

Evolução anual dos beneficiários por modalidade da operadora

A Figura 3 mostra a evolução do número de beneficiários por modalidade da operadora no período de 2000 a 2006, considerando 2000 como o ano base. A variação dos beneficiários observada no período ocorreu em parte devido ao aprimoramento do Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), a melhora das informações e a ampliação do número de empresas que alimentaram o banco de dados no período. Entretanto, ocorreu uma ampliação real do mercado. O maior crescimento deve-se às odontologias de grupo (174,8%) e as cooperativas odontológicas

(156%). No grupo médico-hospitalar, cresceram as cooperativas médicas (52,6%), seguidas das filantrópicas (16,2%) e medicinas de grupo (14,2%) e o menor crescimento foi devido às autogestões (3,1%). A redução de beneficiários ocorreu nas seguradoras especializadas em saúde (-4,3%).

Comparação na distribuição proporcional por faixas etárias da população de beneficiários de planos de saúde em 2000 e 2006

A análise deste indicador foi feita comparando-se a distribuição proporcional por faixas etárias da população de beneficiários de planos de saúde em 2000 e 2006. Calculou-se a distribuição proporcional das faixas etárias decenais da população de planos em 2000 e 2006, levando-se em conta as distribuições por faixa etária decenal, o número absoluto em cada faixa etária das

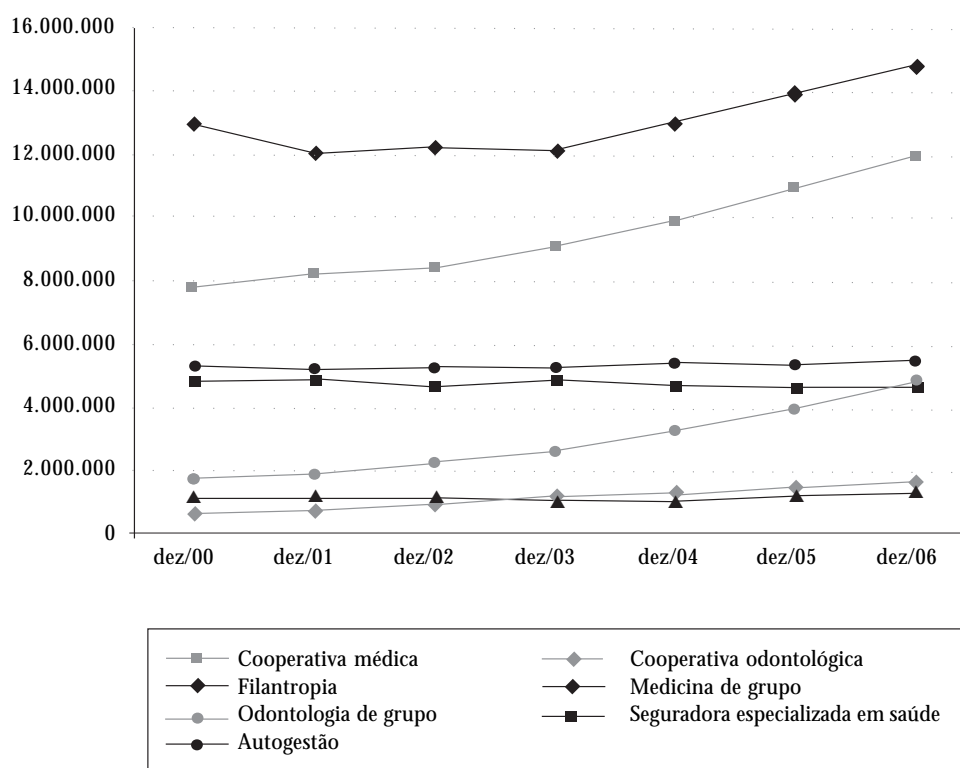


Figura 3. Evolução anual dos beneficiários por modalidade da operadora. Brasil, 2000 a 2006.

populações de beneficiários de planos em 2000 e 2006. Foi usado o teste de proporção, utilizando-se o *Stata* para o cálculo deste e do próximo indicador⁹. Concluiu-se que existe diferença estatística na distribuição proporcional entre as duas populações em todas as faixas etárias. Assim, observa-se que existe maior proporção de crianças e jovens (até 19 anos) na população de beneficiários de 2000 ($p < 0,000$). Nas faixas etárias seguintes, exceto de 70 a 79 anos, a população de beneficiários de 2006 tem maior proporção ($p < 0,000$). Portanto, podemos afirmar que entre 2000 e 2006, após as medidas regulatórias, ocorreram mudanças na distribuição proporcional das faixas etárias da população de planos de saúde, reduzindo-se proporcionalmente a população de crianças e jovens (menores de 19 anos), aumentando-se a população acima de 20 anos. Estes efeitos podem ser explicados pelas medidas regulatórias que definem reajustes máximos entre as faixas etárias. Antes da regulação, as empresas tinham reajustes livres por faixas etárias (algumas praticavam até 32 faixas de reajustes entre os mais novos e os mais idosos). O CONSU, por meio da Resolução 06 de 04 de novembro de 1998 e a ANS, por meio da RN 63 de 22 de dezembro de 2003, definiram reajustes de, no máximo, seis vezes entre os mais jovens e os mais idosos¹¹. Esta mudança se justificou para possibilitar o “pacto intergeracional”, quando os mais jovens “ajudam” no custeio dos planos dos mais idosos. Com isto, os planos ficaram mais caros para os mais jovens, o que refletiu neste período na redução proporcional das crianças e jovens menores de 19 anos na população de beneficiários de planos e ampliação da participação proporcional das faixas acima de 20 anos, provavelmente em função da expansão dos planos coletivos (Tabela 1).

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

Segundo dados do cadastro da ANS (SIB), a saúde suplementar tem como beneficiária cerca de 24% da população brasileira^{12,13}. Malta & Jorge¹⁴ encontraram diferença significativa comparando a distribuição proporcional por faixas etárias da população geral e da população de beneficiários de planos de saúde.

Na comparação deste indicador em 2006, concluiu-se que existe diferença estatística entre as duas populações em todas as faixas etárias.

Assim, observa-se na Tabela 1 que existe maior proporção de crianças e jovens (até 19 anos) na população geral ($p < 0,000$). Nas faixas seguintes (de 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais), inverte-se a tendência, havendo maior proporção na população de beneficiários de planos de saúde na população de adultos ($p < 0,000$). As crianças e jovens têm menor cobertura nos planos de saúde, o que poderia ser explicado parcialmente pelo aumento do preço dos planos para estas faixas, reduzindo a participação destas na população de beneficiários. O aumento dos adultos pode ser explicado pela expansão dos planos coletivos e pela inserção no mercado de trabalho. Já o aumento dos idosos pode se explicar pela maior procura dos mesmos, temendo os custos crescentes da atenção médica e maior adoecimento desta faixa etária – seleção adversa¹ (Tabela 1).

Evolução anual da distribuição entre planos anteriores e posteriores à lei

A presença de planos anteriores e posteriores à lei pode ser apontada como a maior fonte de conflitos do processo regulatório: a convivência de dois “mundos”, com regras contratuais bastante distintas e possibilidades regulatórias também distintas. A decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 1.931-98 impetrada pelas operadoras em relação à retroatividade dos efeitos da Lei nº 9.656/98 reafirmou o princípio do “ato jurídico perfeito” e restringiu a atividade regulatória a questões gerais, não especificadas nos respectivos contratos. Portanto, ficam fora desta regulação, por exemplo, a fixação de reajustes, o rol obrigatório de procedimentos, dentre outros. Isto gerou beneficiários com direitos diferenciados e tem exigido o enfrentamento cotidiano entre operadoras, Judiciário, órgão de defesa do consumidor, gerando uma grande área de conflito.

A Tabela 2 mostra a distribuição percentual de planos contratados a partir da vigência da Lei nº 9.656/98 e planos anteriores à lei. Importante destacar que essa migração, apesar de prevista em lei, se dá de forma voluntária a partir da opção do beneficiário.

Ocorreu inversão progressiva destes planos, crescendo a participação dos planos novos sujeitos à legislação específica e ao controle da ANS (preços, regras). Em 2000, estes planos representavam 30% do total dos planos de saúde. Em 2003, passaram a 52,8%, chegando à cerca de 67,3% em 2006 (Tabela 2).

Tabela 1. Comparação na distribuição proporcional por faixas etárias entre: a população de beneficiários de planos de saúde em 2000 e 2006 e entre a população geral e de beneficiários de planos em 2006.

Faixas etárias	Beneficiários de planos dez/2000 %	Beneficiários de planos dez/2006 %	P	População geral – 2006 %	Beneficiários de planos 2006 %	P
0 a 9 anos	16,1	13,9	0,0000	19,5	13,9	0,0000
10 a 19 anos	15,8	13,8	0,0000	20,8	13,8	0,0000
20 a 29 anos	17,5	20,4	0,0000	17,7	20,4	0,0000
30 a 39 anos	17,9	18,0	0,0000	14,9	18,0	0,0000
40 a 49 anos	14,5	14,7	0,0000	11,3	14,7	0,0000
50 a 59 anos	8,8	9,6	0,0000	7,3	9,6	0,0000
60 a 69 anos	5,5	5,1	0,0000	4,8	5,1	0,0000
70 a 79 anos	3,2	3,1	0,0000	2,6	3,1	0,0000
80 ou mais anos	0,8	1,4	0,0000	1,1	1,4	0,0000
TOTAL	100,0	100,0		100,0	100,0	

Tabela 2. Evolução anual da distribuição entre planos anteriores e posteriores à Lei nº 9.656. Brasil, 2000 a 2006.

Ano	Anteriores a lei		Posteriores a lei		Total
	N	%	N	%	
dez/00	24.142.117	69,93	10.379.742	30,07	34.521.859
dez/01	21.287.340	62,10	12.992.219	37,90	34.279.559
dez/02	19.278.445	55,12	15.695.486	44,88	34.973.931
dez/03	17.060.162	47,16	19.118.515	52,84	36.178.677
dez/04	15.656.921	40,32	23.175.602	59,68	38.832.523
dez/05	14.754.510	35,47	26.845.444	64,53	41.599.954
dez/06	14.614.920	32,69	30.089.215	67,31	44.704.135

Evolução anual da distribuição dos planos coletivos e individuais

Este tema corresponde a um dos efeitos mais visíveis da regulação, que é o processo de coletivização da forma de adesão dos beneficiários aos planos de saúde.

Os planos coletivos passaram de 35,6% (2000) para 72% (2006). Os planos individuais passaram de 16% (2000) para 20,7% (2006). Os planos não identificados, planos anteriores à lei, que não foram identificados quanto à caracterização de planos individuais e coletivos, passaram de 48,4 (2000) para 7,3% (2006). Houve maior precisão do cadastro, em função da melhor identificação dos planos antigos quanto à caracterização dos planos coletivos e individuais. Isto explica em parte as alterações percentuais.

O crescimento dos planos coletivos se deu, basicamente, pela precificação excessiva dos pla-

nos individuais novos por parte das empresas sob o discurso do “risco regulatório” (não interrupção unilateral do contrato, limitação do reajuste por mudança de faixa etária e controle do reajuste anual) e com o crescimento dos coletivos por adesão, onde o risco individual fica diluído numa “massa” maior de indivíduos (Figura 4).

Regulação econômica

Percentual de operadoras que se adequaram às provisões exigidas

A ANS editou a RDC 77, modificada pela RN 14, que regula sobre a constituição de reservas das operadoras, indicando que as mesmas deverão ser progressivas ao longo dos anos. A evolução das exigências de provisão em volume de recursos e das provisões contabilizadas pelas operadoras (reserva que a empresa deve manter para

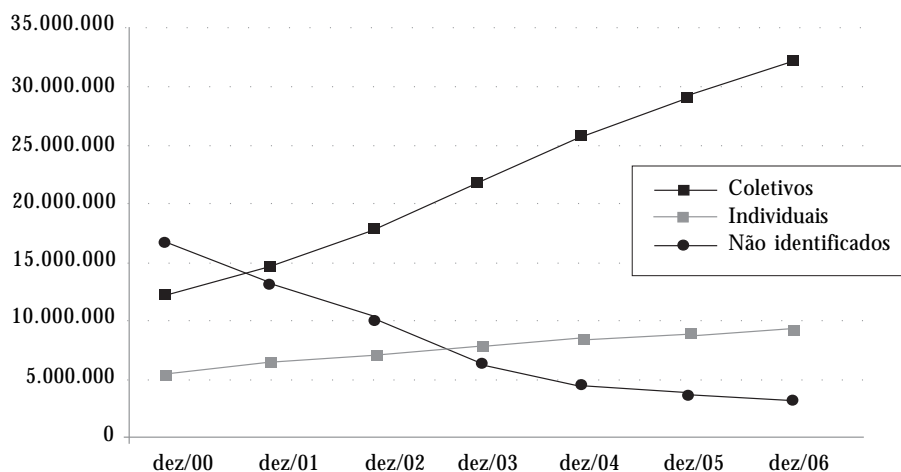


Figura 4. Evolução da forma de contratação de planos de saúde. Brasil, 2000 a 2006.

fazer frente a despesas não rotineiras), segundo exigências da ANS, mostra que em dezembro de 2002, 63% das empresas que forneciam informações econômicas para a ANS (alimentavam o DIOPS) se encontravam com suas provisões adequadas ao mínimo exigido. Este número alcançou 78% em 2006. Os resultados demonstram que as empresas estão se tornando mais capitalizadas. Isto configura empresas mais sólidas, o que aumenta o grau de segurança dos beneficiários e dos prestadores de serviço, mostrando que a regulação econômica do setor tem resultado em efeitos benéficos ao setor.

Evolução da receita das operadoras

Este indicador possibilita o acompanhamento do volume de recursos financeiros que circulam anualmente no setor de saúde suplementar. A Tabela 3 apresenta esses dados por modalidade das empresas, permitindo observar que modalidade vem apresentando variação nas suas receitas.

A modalidade que mais cresceu seu faturamento foi a odontologia de grupo (184,7%), seguida da medicina de grupo (107,4%), aproximadamente a mesma variação das autogestões e cooperativas médicas. As seguradoras cresceram seu faturamento em 62,1%, abaixo da média do setor (91,3%) (Tabela 3).

Regulação assistencial

Nesta dimensão, busca-se descrever e analisar as iniciativas e processos que vieram fundamentar a regulação assistencial.

Rol de procedimentos e cobertura assistencial

A Lei nº 9.656/98 trouxe, em relação à cobertura dos planos de saúde, uma nova compreensão, incluindo a obrigatoriedade do atendimento a todas as doenças da CID 10 (Classificação Internacional das Doenças), e a edição de um rol mínimo de procedimentos⁵. Esta foi, sem dúvida, a principal mudança no formato de regulação assistencial, ou seja, o entendimento de que a atividade assistencial das empresas não mais se limitava à observância do cumprimento contratual, mas ao atendimento das atividades assistenciais constantes no rol de cobertura integral, conforme previsto pela lei.

A nova lei trouxe um novo modelo ao mercado, com novas regras, proibindo exclusões de doenças, sejam crônicas ou infecciosas, obrigando o atendimento integral, inclusive com o uso de materiais, impedindo limitação quantitativa de procedimentos ou tempo de internação, inclusive na UTI. O modelo anterior gerava inúmeras exceções, contestações jurídicas, negação de atendi-

Tabela 3. Evolução da receita das operadoras por modalidade. Brasil, 2000 a 2006.

Modalidade da operadora	2001	2002	2003
Total	21.749.031.599	25.443.946.187	28.144.804.490
Operadoras médico-hospitalares (1)	21.403.761.303	25.042.735.425	27.675.927.561
Autogestão (1)	425.533.661	469.158.330	533.524.877
Cooperativa médica	7.912.540.993	9.018.304.924	10.324.037.030
Filantropia	1.101.589.812	1.289.392.840	783.814.589
Medicina de grupo	6.565.898.998	8.052.898.577	9.333.245.987
Seguradora especializada em saúde	5.398.197.838	6.212.980.754	6.701.305.077
Operadoras exclus. odontológicas	345.270.297	401.210.763	468.876.929
Cooperativa odontológica	127.541.135	146.517.327	153.204.600
Odontologia de grupo	217.729.162	254.693.436	315.672.329

Fonte: Diops/FIP - 14/08/2007

(1) Não são incluídas as autogestões patrocinadas.

mento e era, sem dúvida, o motivo de maior descontentamento do setor e mobilizou intensamente o governo para a regulamentação deste^{15, 16}.

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

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

Autores como Cecílio *et al.*¹⁷ e Malta *et al.*¹⁰, em pesquisas junto a operadoras e prestadores médicos e hospitalares, observaram as mudanças e a aceitação desta nova regra como sendo um avanço do setor, na perspectiva dos atores analisados. Segundo os autores, na percepção da maioria dos entrevistados, especialmente prestadores médicos e hospitalares, foram observadas mudanças positivas como: ampliação da cobertura para atendimento a todas as doenças, per-

manência dos pacientes na UTI pelo tempo necessário e a não exclusão de patologias.

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

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

Projeto de qualificação

A compreensão de um novo formato de regulação assistencial exigiu da ANS novas iniciativas visando avaliar os resultados e a qualidade da assistência prestada. Neste contexto, em dezembro de 2004, foi apresentado o projeto de qualificação, entendido como um projeto global, por avaliar as várias dimensões do funcionamento do setor (assistencial, econômica, estrutura e operação e a satisfação dos beneficiários)⁸.

Cada uma das dimensões participa da avaliação com um peso. Nesta fase do projeto, a dimensão assistencial teve um peso de 50%, a dimensão econômica de 30%, a dimensão da estrutura e operação, 10% e a satisfação do beneficiário, 10%. Para cada uma das dimensões, foram eleitos indicadores que recebem uma pon-

tuação de acordo com o nível de alcance da meta estabelecida.

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

Justamente pela inovação e o pequeno espaço de maturação desse sistema é que foram encontradas as principais inconsistências das informações fornecidas pelas empresas. Também motivado por isto, o projeto de qualificação foi planejado num crescente e outros indicadores serão agregados em cada uma das etapas do projeto. Com os resultados de 2003 a 2005 já processados, observa-se que uma grande parte das empresas não obteve pontuação nestes indicadores, o que se explica pelo não envio das informações, pela inconsistência das mesmas, ou pela **performance** nos diversos indicadores (menor número delas)⁷.

Os indicadores avaliados nestas três etapas foram:

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

O processamento dos dados de 2005 mostra, ainda, um grande número de operadoras com Índice de Desempenho Assistencial (IDAS) igual a zero (54,1), sendo que 70,7% delas por inconsistência das informações. Das operadoras avaliadas (46%) correspondem a cerca de 76% dos beneficiários. Cerca de 3% das operadoras médico-hospitalares alcançaram a avaliação máxima e 58%, o índice entre 0,5 e 0,75, ou seja, mais de 60% das empresas avaliadas obtiveram avaliação superior à 50% da **performance** esperada⁷.

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

Projeto de promoção à saúde e prevenção de doenças

Cabe ainda destacar a importância de outras iniciativas como o projeto de promoção à saúde e prevenção de doenças, oriundas de uma compreensão de um novo formato de regulação assistencial por parte da ANS. O projeto de promoção à saúde e prevenção de doenças insere-se neste contexto, visando induzir estratégias/iniciativas para efetivação e operacionalização da denominada regulação assistencial na suplementar. O projeto visou estimular nas empresas a incorporação das atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças e condicionou a extensão do prazo de constituição de reservas econômicas à apresentação de programas de promoção e prevenção. Já foram contabilizados avanços em 2005 e 2006, com a inscrição de 420 propostas nas diferentes linhas de cuidado, de 133 operadoras aprovadas, de um total de 215 que pleitearam.

Discussão

A regulação da saúde suplementar é recente no país, mas autores como Scheffer e Bahia⁸, apesar de assinalarem diferentes limites, reconhecem o avanço deste processo e afirmam que a mesma representou inequívoco avanço, sendo “resultado da mobilização da sociedade civil, dos esforços governamentais e do trabalho legislativo”.

Podem-se registrar lacunas e avanços nesse processo. Dentre os limites, podemos citar:

. Aspectos concorrenciais do setor:

a) a necessidade de avançar na mobilidade com portabilidade, ou seja, a possibilidade dos beneficiários de planos individuais e/ou familiares mudarem de uma operadora para outra sem necessidade de cumprirem novos períodos de carência. Esta limitação leva a uma falsa fidelização, deixando o beneficiário “refém” da sua empresa. A incorporação dessa medida ao escopo da regulação atual poderá ser um passo importante no sentido de dar aos beneficiários possibilidade de migração entre as empresas, aprofundando assim a concorrência do setor⁷;

b) a operação de empresas clandestinas, não registradas na ANS, que operam planos de saúde sem cumprir as normas, oferecendo planos com cobertura abaixo do rol mínimo, utilizando rede prestadora localizada ou exclusiva, sem constituição de reservas financeiras, sem pagamento das taxas e/ou outras obrigações com a ANS. Por não cumprirem estes quesitos, ofertam planos de saúde com preço bastante abaixo do oferecido pelas

empresas regularmente inscritas na ANS. Essas empresas não sofrem fiscalização e, só recentemente, há cerca de três anos, passaram a sofrer intervenção e liquidação por parte da Agência;

c) a atuação do chamado cartão de desconto. Oferecido por diferentes empresas, desde operadoras exclusivas dessa modalidade, funerárias (através do plano família), operadoras de plano de saúde (proibidas de operar este formato por resolução da ANS) e outras, constitui-se em uma lista de prestadores onde o cliente consegue preços pré-fixados, normalmente numa tabela bem abaixo do praticado em consultórios e clínicas particulares. Esta última não é regulada pela ANS e por nenhum outro órgão. Estas duas operações dificultam o processo da concorrência no setor. Uma ação mais efetiva junto ao Ministério Público e a proibição da operação dos cartões de desconto são questões essenciais para minorar este efeito sobre a concorrência do setor e para garantir um funcionamento mais transparente para o setor.

. Relação público e privado:

Destaca-se a renúncia fiscal pela possibilidade dos indivíduos poderem abater as despesas com saúde na declaração de imposto de renda. Outro fator importante é o fato das empresas empregadoras poderem lançar as despesas com assistência à saúde como despesas ordinárias e, com isso, reduzir o montante sujeito a desconto de imposto sobre o lucro líquido. Uma terceira consiste no fato das entidades filantrópicas poderem operar planos de saúde, sendo este também beneficiado pelas isenções fiscais decorrentes do reconhecimento da filantropia. Estas questões apontam alguns limites do segmento e demonstram ainda problemas na sua auto-sustentação, colocando ainda formas, mesmo que indiretas, do Estado financiar uma parte de uma assistência que, por sua própria definição constitucional, deveria ser opcional e autofinanciável.

Dentre os avanços, podemos destacar as regras produzidas pela ANS na entrada e saída de empresas do setor, o que disciplinou a verdadeira “ciranda” existente no momento pré-regulatório e resultou na redução do surgimento de novas empresas. Uma melhor oferta de operadoras, mais sustentável e capaz de atender às exigências legais, resultou em um mercado mais “saudável”. Paralelamente, o cadastro de operadoras tem melhorado o registro das empresas ativas e daquelas canceladas. O aumento de cancelamento do registro resulta tanto da solicitação das empresas, quanto da operação de liquidação realizada pela Agência no período.

Quanto às mudanças no número de beneficiários de planos de saúde, nos primeiros anos, a redução do crescimento dos planos médico-hospitalares foi atribuída pelas operadoras ao processo regulatório, notadamente à impossibilidade de se subsegmentar o produto, ou seja, oferecer planos que não tivessem a cobertura integral⁷. Entretanto, outros fatores contribuíram mais notadamente, como a crise econômica, com a diminuição da capacidade de pagamento das pessoas e das empresas compradoras nos anos 1990 e início dessa década. Ao contrário, após 2004, ocorreu um crescimento dos beneficiários, o que pode ser explicado pela retomada do crescimento econômico e do emprego, mas também pela adaptação das operadoras às novas regras do mercado. Pelos dados, poderia se dizer que o setor que melhor se adaptou ao processo regulatório foram as cooperativas médicas, enquanto as seguradoras especializadas foram as que tiveram o maior impacto negativo. O movimento interno no mercado pode ser explicado ainda pelo aumento da competitividade do mercado, ampliação do marketing empresarial, a disputa pelos planos coletivos, a redução de custos, resultando em planos de menor custo e de mais fácil comercialização, mais competitivos, além da ampliação de mecanismos micro-regulatórios levando à redução de custos, o investimento na ampliação da rede própria, a redução de rede de serviços, os mecanismos de direcionamento para redes de menor custo, a adaptação ao mercado local, resultando na oferta de planos de menor custo. As cooperativas, por serem singulares e se adaptarem ao mercado local, puderam se movimentar mais rapidamente e se adaptar às novas regras, tornando-se mais competitivas.

Quanto às mudanças na pirâmide etária dos beneficiários, ocorreram alterações na distribuição das faixas etárias da população de planos de saúde, reduzindo-se a população de crianças e jovens (menores de 19 anos), aumentando-se a população acima de 20 anos. Estes efeitos podem ser explicados pelas medidas regulatórias que definem reajustes máximos entre as faixas etárias. Com isto, os planos ficaram mais caros para as crianças e os jovens, o que refletiu nestes seis anos na redução proporcional dos menores de 19 anos na população de planos, e ampliação da participação proporcional das faixas etárias seguintes. Destaca-se ainda o aumento proporcional dos planos coletivos e a redução dos planos individuais, sinalizando a tendência já observada em outros países industrializados, especialmente nos Estados Unidos, do acesso aos pla-

nos (seguros) de saúde ser mediado pelo mundo do trabalho⁷.

A progressiva predominância de planos posteriores à lei traz com ela a possibilidade de um funcionamento menos conflituoso nesse mercado. Permite ainda um acompanhamento muito mais eficiente, por parte do órgão regulador, na medida em que todos esses novos produtos estão registrados e autorizados para comercialização.

A melhoria da segurança do setor com a regulação quanto aos mecanismos prudenciais (capital mínimo, reservas técnicas, provisões de risco) e com a definição da contratualização com a rede prestadora de serviços. As regras estabelecidas para cada um dos itens referidos se constituíram em passos importantes para reduzir esse grau de incertezas na operação do setor. As empresas estão se tornando mais capitalizadas, configurando-se empresas mais sólidas, o que aumenta o grau de segurança dos beneficiários e dos prestadores de serviço, mostrando que a regulação econômica do setor tem resultado em efeitos benéficos ao setor.

Outro avanço consiste na capacidade de acompanhamento do setor por parte da ANS por meio dos diversos sistemas de informações constituídos no período. Estas informações de caráter assistencial, econômico e da estrutura e operação do setor possibilitaram ao órgão regulador, aos pesquisadores, à mídia e aos atores regulados um conjunto de possibilidades de acompanhamento. Destaca-se ainda o investimento que vem sendo operado na implantação dos TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar), que coletará informações assistenciais, ampliando a capacidade da ANS de acompanhar estas informações.

No que se refere ao novo formato de regulação assistencial, pode-se pontuar o avanço nas novas iniciativas como o projeto de qualificação, a regulação sobre a incorporação tecnológica e o programa de promoção e prevenção à saúde. O projeto de qualificação apresenta o mérito de ser um projeto global avaliando as várias dimensões das operadoras (assistencial, econômica, estrutura e operação e a satisfação dos beneficiários) do funcionamento do setor. Diversas operadoras já buscaram melhorias visando melhor desempenho, afetando, por exemplo, sua pontuação no ranking. Para o beneficiário, esta iniciativa constitui-se ainda na possibilidade de avaliar o desempenho da operadora, no momento, por exemplo, de optar pela escolha de um plano. Para a ANS, constitui possibilidade de imprimir

melhoras sucessivas no setor, de forma global, estabelecendo competição positiva pelo melhor desempenho global.

O projeto de promoção à saúde e prevenção de doenças impactou positivamente pois passou a ser incorporado na prática discursiva e do marketing de diversas operadoras, inserindo inclusive o lema do cuidado à saúde, da responsabilidade com a promoção da saúde do beneficiário. Mesmo avaliando-se que esta prática ainda não conseguiu se estabelecer como uma das ações principais dentro do modelo de atenção dessas empresas, contabilizam-se avanços, inclusive na apresentação de grande número de projetos pelas operadoras, para aprovação junto à ANS, prática antes inexistente.

A incorporação de novas tecnologias é uma demanda do mercado, do SUS e da ANS. Passos já foram dados na constituição de instâncias coordenadas pela Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, para propor uma incorporação definida pelas necessidades do usuário e não pela demanda do mercado produtor de tecnologias e essencialmente pautada pelas evidências e estudos de custo efetividade. Torna-se necessário criar uma cultura institucional e operar em conjunto com as instituições de ensino e pesquisa, visando respostas mais adequadas ao setor saúde, tanto público quanto privado.

Por fim, na nossa percepção, se o processo regulatório não conseguiu alcançar e provocar mudanças em todos os aspectos referidos como problemas no período pré-regulatório, trouxe entretanto avanços importantes em todas as dimensões que compõem o setor de saúde suplementar brasileiro. Esta perspectiva de se regular os diversos aspectos, extremamente polêmica no início do processo, se revelou apropriada ao longo do período. Isto não significa que grandes questões ainda não necessitem serem enfrentadas, dentre elas aprofundar na relação público/privado como sendo um desafio político e técnico para todos os que defendem um sistema de saúde universal e integral, que busque a equidade; o desafio de buscar a mudança do modelo assistencial praticado pelo setor suplementar, superando a fragmentação da linha do cuidado, garantindo-se a sua integralidade, as práticas de promoção e prevenção. A regulação pública do setor de saúde suplementar, componente do sistema de saúde brasileiro, precisa continuar a ter como objetivo torná-lo cada vez mais auto-suficiente e integrado, respondendo à perspectiva da saúde integral aos seus beneficiários.

Colaboradores

FP Santos elaborou o artigo a partir de sua tese de doutoramento defendida em fevereiro de 2006 na UNICAMP, DC Malta atualizou os dados e revisou o artigo e EE Merhy foi o orientador da tese e participou da concepção teórico-metodológica do artigo.

Referências

1. Almeida C. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: IPEA; 1998.
2. Andreazzi MFS. Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: Montone J, Werneck A, organizadores. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Vol. 3. Tomo1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2004. p.121 - 146.
3. Pereira C. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. In: Montone J, Werneck A, organizadores. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*. Vol. 3. Tomo1. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2004. p.93 - 120.
4. Lei nº 9.656 de 2 de junho de 1998. Regulamenta a saúde suplementar no Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1998; 2 jun.
5. Medida Provisória 2.177-44 de 24 de agosto de 2001. Regulamenta a saúde suplementar no Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2001; 24 ago.
6. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2000; 28 jan.
7. Santos FP. *A regulação Pública da Saúde no Brasil: o caso da Saúde Suplementar*. Campinas, 2006 [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; 2006.
8. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. [acessado 2007 Mar]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf
9. Stata. [programa de computador]. College Station: Statistics/Data Analysis Stata Corp. Disponível em: <http://www.stata.com>
10. Malta DC, Jorge AO, Franco T, Costa MA. O modelo assistencial praticado nas operadoras investigadas. In: ANS. *Duas faces da moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.
11. Agência Nacional de Saúde Suplementar. [acessado 2007 Mar]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>
12. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informações*. Rio de Janeiro: ANS; 2007.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *População estimada por idade simples*. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
14. Malta DC, Jorge AO. O mercado de saúde suplementar e análise dos dados das operadoras selecionadas. In: ANS. *Duas faces da moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.
15. Bahia L. *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/Fiocruz; 1999.
16. Figueiredo LF. O processo de regulamentação dos planos e seguros de saúde. In: ANS. *Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Oficina DIPRO/GGTAP. Imaginando e operando a gestão da assistência no âmbito da saúde suplementar: textos de apoio*. Rio de Janeiro: ANS; 2002. [Mimeo]
17. Cecilio LC, Malta DC, Oliveira AJ, Gurgel GA. Mecanismos de regulação adotados pelas operadoras investigadas: uma introdução ao tema. In: ANS. *Duas faces da moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2005.
18. Scheffer M, Bahia, L Planos e seguros privados no Brasil: lacunas, perspectivas da regulamentação. In: Heinann LS, Ibanhes LC, Barboza R, organizadores. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 127-168.

Artigo apresentado em 13/08/2007

Aprovado em 16/10/2007

Versão final apresentada em 30/11/2007