



CAPÍTULO 6

A estrutura dos serviços privados de saúde no Brasil

Luiz Fernando Figueiredo e Gonzalo Vecina Neto

Parte I

Aspectos legais e históricos na relação dos sistemas públicos e privados no Brasil

A origem da assistência médica privada no Brasil, assim como no resto do mundo, guarda estreita relação com o desenvolvimento da assistência previdenciária e, portanto, com as relações entre empregado, empregador e Estado. No primeiro capítulo deste livro essa história é contada em seus detalhes. De qualquer maneira, foi através desses determinantes históricos que o Brasil, na virada do século 20, manteve a condição de segundo maior mercado privado de planos de assistência médica do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, situação essa que será, provavelmente, superada pelo emergente mercado chinês nas primeiras décadas do novo milênio.

O contexto da Lei 9.656/98 e a criação da ANS

A Lei 9.658 de 1998, principal pilar da atual regulamentação do segmento suplementar de saúde no Brasil, envolveu ao todo dez anos de negociações no Congresso Nacional, contados a partir do texto constitucional de 1988, que condicionava, sem explicitar os meios, o mercado privado de planos de saúde a uma estrita regulação do Estado.

O direito à saúde aparece em vários artigos da Constituição Federal de 1988, com especial destaque para os artigos 196, 197 e 199 da Carta Magna, os dois últimos dos quais antecipam a necessária relação entre os setores público e privado.

O artigo 196 impõe ao Estado o dever de conceder garantia à saúde, assegurando ao cidadão brasileiro o acesso universal e igualitário às ações e serviços que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde.

O artigo 197 define como de relevância pública as ações e serviços de saúde, estabelecendo a possibilidade de esta execução ser feita diretamente pelo ente público - ou pela iniciativa privada, **desde que sob sua fiscalização e controle** (grifo nosso).

O artigo 199 refere que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo esta participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante diretrizes do Poder Público.

Pode-se dizer que, no exato momento de promulgação de nossa Carta Magna, para pelo menos $\frac{1}{4}$ da população brasileira, notadamente a classe média vinculada ao mercado formal de trabalho, o Estado brasileiro era ineficaz nas duas principais diretrizes desses artigos constitucionais, pois transferia seu dever primordial ao setor privado, sem, contudo, regulamentar os princípios, condições e exigências básicas para a atuação deste mercado.

No início da década de 80 havia 20 milhões de beneficiários em planos de saúde, segundo as principais entidades então representativas do setor, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), a Federação das UNIMED's e a Associação dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (ASASPE). Dados da Fundação SEADE mostram um crescimento de 12 milhões de participantes desse mercado entre 1987 e 1993, cuja particularidade se encontra no crescimento mais significativo dos planos individuais ou familiares, os chamados planos por adesão. Ao final dos anos 80, ocorre igualmente a efetiva entrada das grandes seguradoras no ramo da saúde.

O crescimento da massa contratante individual, mais fragilizada que o contratante empresarial em poder de barganha, aliado à ausência de controle do Estado sobre as atividades das operadoras de convênios médicos, determinaram uma ambiência em que o desequilíbrio contratual tornou-se a regra. A lacuna jurídica levava a freqüentes conflitos.

A edição do Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90) representou um novo instrumento, que, ao ser constantemente utilizado pelo Poder Judiciário, implicou a criação de jurisprudências favoráveis aos consumidores.

As queixas mais freqüentes dos consumidores junto a órgãos de defesa, no início da década de 1990, encontravam-se vinculadas a planos e empresas operadoras de saúde. Ressalte-se que o foco destas queixas, contudo, mostrava que o problema principal do consumidor era manter-se nos planos. O PROCON de São Paulo indicava que o maior número de reclamações, entre 1992 e 1997, dizia respeito a reajustes de mensalidades e, em menor escala, à exclusão de tratamentos e prazos de carência.

A partir de Projeto de Lei 93/93, oriundo do Senado em 1993, a atual legislação de regulação do setor suplementar de saúde no Brasil tramitou pela Câmara dos Deputados por mais cinco anos, tendo sido objeto de doze audiências públicas, 24 novos projetos,

131 emendas e de vários destaques. Em 1977 o plenário da Câmara votou e aprovou o substitutivo projeto de Lei 4.425/94, com 36 artigos. O modelo criado estabeleceu que o órgão regulador básico seria o conjunto formado pela SUSEP e pelo CNSP, porque a base conceitual do modelo era a da regulação da atividade econômica, atribuição do Ministério da Fazenda. O papel do Ministério da Saúde seria quase apenas de assessoramento.

Ao retornar ao Senado durante o primeiro semestre de 1998, em que pese o prolongado período de discussão, o projeto ainda não dispunha de edição consensual ou definitiva para transformar-se em Lei. Ainda permaneciam contradições e impedimentos políticos para sua aprovação.

Coube ao então Ministro da Saúde José Serra, ex-Deputado Federal e Senador por São Paulo, promover as amarrações políticas necessárias para a rápida tramitação final da Lei, que contou com aprovação pelo Senado em 12 de maio de 1998, sanção pelo Executivo em 03 de Junho e imediata edição da Medida Provisória número 1.665, publicada em 05 de Junho. A Medida Provisória contemplava os consensos entre os órgãos legislativos, Câmara e Senado, e o Executivo, representado pelo Ministério da Saúde. Pode-se dizer que a regulamentação sofreu nesse último ajuste duas alterações fundamentais: (i) o fortalecimento do pólo assistencial da regulação; e (ii) o conseqüente fortalecimento do papel do Ministério da Saúde no processo.

A principal alteração do texto legal pelo Executivo, em consenso com o Legislativo, no que concerne à edição da Medida Provisória, foi a transformação do Plano Referência, inicialmente alternativa de produto com cobertura assistencial integral à saúde, que passou de ser de **oferecimento** (grifo nosso) obrigatório a **único** modelo de plano aprovado para a comercialização. Foi proibida, pela mencionada Lei, a venda de qualquer novo plano (produto) de saúde que contivesse redução ou exclusão de coberturas assistenciais previstas para o Plano Referência. Até mesmo a permissão de comercialização de planos exclusivamente ambulatoriais ou hospitalares não isenta seus operadores da cobertura integral a todas as doenças e atenções previstas no código internacional.

À beira do terceiro milênio, a Lei 9.656/98 representa o primeiro grande ato regulatório do Estado sobre o setor suplementar de planos de saúde, que tem como principais objetivos atenuar as falhas e distorções deste mercado, compensar a assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços, bem como estabelecer regras quanto à seleção de riscos.

Como etapa seguinte do processo de regulamentação, surgiu a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – “ANS”, autarquia criada através da Lei 9.961 de 2000, que reúne em um único órgão vinculado ao Ministério da Saúde as atribuições de regulação do setor de saúde suplementar.

Por resolver, restava, ainda, marcante controvérsia entre a recém criada ANS, vinculada ao Ministério da Saúde, e a Superintendência de Seguros Privados – “SUSEP”, órgão

regulador de seguros privados presente no organograma do Ministério da Fazenda, a respeito da fronteira e alcance legal de cada instituição sobre o segmento de seguro saúde.

As raízes da regulação deste segmento específico de seguro em saúde remontam ao citado Decreto Lei 73 de 1966, que também estabeleceu as bases do sistema de seguros privados no Brasil, criando a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP e o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, instituições que viriam a compor a legislação inicial de seguros no País, incluindo o seguro-saúde.

Inicialmente, a Resolução 11 do CNSP de 1976 veio legitimar a prática do reembolso de despesas médicas, baseando-o no valor da unidade de serviço do INPS multiplicado pelo nível de cobertura (base lógica de cálculo dos valores de sinistros no início do seguro saúde no país).

O Decreto Lei 73/66 e as Resoluções do Conselho Nacional de Seguros Privados regulamentaram por longo tempo a operação do seguro saúde. Imediatamente após a Lei 9.656/98, o CNSP editou a Resolução CNSP 47/2001, que revogou todas as demais, sem resolver, contudo, o conflito sobre as fronteiras de regulação técnica e financeira entre o Decreto Lei 73/66 e a Lei 9.656/98, bem como entre a SUSEP e a ANS.

A Lei 10.185 de 2001 dispõe, finalmente, sobre a obrigatória especialização das seguradoras em saúde, estabelecendo o desmembramento dessas entidades jurídicas dos demais ramos de seguro a partir de 01 de julho daquele ano e instituindo sua vinculação regulatória direta e completa à ANS.

A história da regulamentação do seguro saúde é, portanto, relativamente simples de ser resumida a partir do Decreto Lei 73/66 que criou a atividade do seguro saúde sob os pilares do sistema de reembolso e da livre escolha. A Resolução CNSP 16 do ano de 1988 facultou as seguradoras a possibilidade da oferta de redes ou prestadores de referência. O conjunto das Leis 9.656/98 e 10.185/01 determinou finalmente ao seguro saúde as mesmas regras das demais operadoras de planos.

Como marco legal do processo de regulação do mercado privado de saúde, portanto, temos o conjunto formado pela Lei 9.656/98 e pela MP 1.665, republicada inúmeras vezes, a última das quais em 2001, com o número 2177-44. Ao conjunto Lei 9.656/98 mais MP 2177-44, foram acrescentadas, em janeiro de 2000, a Lei 9.961, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – “ANS” e, em fevereiro de 2001, a Lei 10.185/01 que disciplina a obrigatória especialização de seguradoras que atuam no segmento de planos de saúde.

Parte II

A Estrutura do Atual Setor Privado de Planos de Saúde.

A Lei 9.656/98 define, em seu artigo primeiro, o escopo da regulamentação e a abrangência do setor de saúde suplementar:

“Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas”

A partir da criação da ANS, as entidades de natureza privada que operavam planos de assistência à saúde foram segmentadas e classificadas, através da Resolução de Diretoria Colegiada – “RDC” Nº 39, de 27 de outubro de 2000, com ajustes pela Lei 10.185 relativos a seguradoras em saúde e mediante Resoluções Normativas posteriores, em oito modalidades:

(i) *Seguradoras especializadas em saúde*: companhias de seguro autorizadas especificamente a oferecer cobertura em seguro saúde, estando proibidas de operar em quaisquer outros ramos de seguro regulamentados pela SUSEP ou pela ANS;

(ii) *Administradoras de Benefícios*: companhias que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulante, oferecendo-o a associados de pessoa(s) jurídica(s), ou que atuem na prestação de serviços a pessoa jurídica, no apoio na administração do plano ou na assessoria técnica sobre negociação, regulação, entre outros.

(iii) *Cooperativas médicas*: organizações sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operem planos privados de assistência médico-hospitalar;

(iv) *Instituições filantrópicas*: entidades sem fins lucrativos que operam planos suplementares, certificadas como entidades filantrópicas pelo Conselho Nacional de Assistência Social, ou CNAS, e declaradas de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou pelos governos estaduais e municipais;

(v) *Operadoras de Autogestão (Patrocinadas e Não Patrocinadas)*: entidades que operam diretamente serviços de assistência à saúde, ou ainda empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, se responsabilizam pelo plano privado de assistência à saúde, destinado exclusivamente a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e

dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classe, profissionais ou assemelhados;

(vi) *Medicina de Grupo*: outras companhias ou entidades que operam planos privados de assistência suplementar e não se enquadram em nenhuma das anteriores;

(vii) *Odontologia de Grupo*: outras companhias que operam planos privados exclusivamente odontológicos e não se enquadrem em nenhuma das hipóteses anteriores;
e

(viii) *Cooperativas odontológicas*: organizações sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam planos privados de assistência exclusivamente odontológica.

A ANS começou a divulgar informações estatísticas e financeiras sobre os planos e seguros de saúde no Brasil, a partir do ano 2000.

Até o século passado os dados disponíveis eram oriundos de estimativas de diversas fontes, que coincidiam em demonstrar, porém, que o segmento suplementar, desde seu início, apresentou crescimento sustentado até o final dos anos 1990.

Quadro 6.1: Distribuição por modalidade de operadora, da população coberta por Planos Privados de Saúde no Brasil – 1987 e 1994.

Modalidade de operadora	1987	1994
Medicina de grupo	15,1 milhões	16,0 milhões
Seguradoras de saúde	0,7 milhões	5,0 milhões
Cooperativas médicas	3,6 milhões	8,5 milhões
Autogestões em saúde (autoprogramas)	5,0 milhões	8,0 milhões
Total	24,4 milhões	37,5 milhões

Fonte: Towers, Perrin, Foster & Crosby (1987 e 1994).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNAD – IBGE) apontava estimados 38,7 milhões de usuários de planos privados em 1998. Paralelamente, o cômputo final dos números divulgados pelas principais entidades representativas de operadoras (incluindo a Associação Brasileira de Medicina de Grupo – “ABRAMGE”, o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência em Saúde – “CIEFAS”, a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais Próprios de Empresas – “ABRASPE”, a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização – “FENASEG” – e a Confederação Nacional das UNIMED’s) indicava um total de 41,5 milhões de participantes no sistema assistencial privado para o mesmo 1998.

A ação regulatória da ANS, o aumento do preço final dos serviços na segunda metade da década de 1990 e a perda de renda de boa parte da clientela pela ambiência econômica, especialmente da classe média urbana, entre 1999 e 2002, implicaram uma redução da população coberta pelo sistema privado de oito milhões de beneficiários, passando de

41,5 milhões (estimados anteriormente à promulgação da Lei 9.66/98) para 33,5 milhões de pessoas, segundo dados oficiais da ANS de dezembro de 2000.

O mercado de planos privados retomou crescimento efetivo após 2002, atingindo, conforme gráfico a seguir, 71 milhões de beneficiários em dezembro de 2013, sendo 20,7 milhões (29%) dos quais participantes de planos exclusivamente odontológicos, segmento de crescimento mais pujante no início deste novo milênio.

Em dezembro de 2013, somente 25% da população brasileira possuía cobertura por planos médico-hospitalares operados por entidades privadas. Entre 2001 e 2013, porém, o número de beneficiários de planos médico-hospitalares cresceu 58%, frente a um crescimento populacional nacional da ordem de 17%. Esse aumento continuado, maior que o incremento demográfico, é também considerado como tendência de curto e médio prazos. Em planos exclusivamente odontológicos a população coberta mais que sextuplicou neste mesmo período.

(Entra Figura 6.1)

Os dados oficiais da ANS não permitem avaliações conclusivas sobre a população efetivamente atendida por sistemas fechados de saúde alternativos ao SUS.

Por um lado, certamente há nas estatísticas da ANS sobreposições de beneficiários participantes de mais de um plano assistencial ou ainda de participantes de planos médicos e odontológicos distintos. Por outro, existe um grau de sub-notificação de beneficiários, até por operadoras não regulares.

Em outra abordagem, considera-se, como não contemplados pelas estatísticas oficiais da ANS, um número estimado de 15 a 20 milhões de beneficiários participantes de sistemas assistenciais de saúde vinculados a entidades de natureza pública, a institutos ou caixas estaduais ou municipais de assistência médica, ou ainda a autogestões operadas por órgãos de administração direta e autarquias, todos esses isentos de registro e de notificação de informações à agência regulatória. Registre-se que essas entidades utilizam redes credenciadas privadas de médicos, hospitais e serviços de diagnose, contando com sistemáticas operacionais de financiamento, de cobertura e de remuneração à rede prestadora semelhantes às dos planos de autogestão privada.

O mercado privado de assistência médica no Brasil regulado pela ANS movimentou cerca de R\$ 22 bilhões em 2001. Em 2013, as receitas de todas as modalidades de planos e seguros privados de saúde, médicos e odontológicos atingiram R\$ 110 bilhões, ou 2,28% do PIB brasileiro no ano, segundo o Caderno de Informação em Saúde Suplementar da ANS de março de 2014.

(Entra Quadro 6.2)

Paralelamente ao crescimento do número de beneficiários de planos privados de assistência médico-hospitalar e/ou odontológica a partir dos primeiros anos do novo milênio, observa-se uma clara tendência de redução do número de operadoras decorrente

de processos de encerramento de atividades e de consolidação do setor. Entre 2001 e 2013 o número de operadoras registradas reduziu-se quase 5% em média ao ano. Nos primeiros anos de regulamentação, os determinantes burocráticos de registro e operação, por si só, levaram a uma redução do número de operadoras. Após 2007 a constituição de garantias de reservas levou a novo ciclo de encerramento de operações e aceleração de fusões.

Apesar de contabilizarem-se ainda cerca de 1.469 operadoras ativas atuando no setor em planos médicos ao final de 2013, apenas 51 delas eram responsáveis por cerca de 60,8% dos beneficiários de planos médico-hospitalares, sendo que 13,9% (201) sequer possuem beneficiários cadastrados. 80% do total de beneficiários eram atendidos por apenas cerca de 168 operadoras. Cinco anos antes, em 2009, eram necessárias as 200 primeiras operadoras para se atingir 80% da massa atendida, exemplificando uma consolidação importante em curto espaço de tempo. Em odontologia, as dez primeiras, também em 2013, detinham quase 65 do mercado.

(Entra Figura 6.2)

O crescimento da massa de beneficiários entre 2001 e 2013, ocorreu preponderantemente nas modalidades de planos exclusivamente odontológicos, cooperativas médicas e medicinas de grupo, nesta ordem, conforme mais adiante detalhado por segmento, determinando, até dezembro de 2013, a seguinte distribuição de beneficiários (figura 6.3), segundo modalidades de operadoras.

(Entra Figura 6.3)

O índice ou taxa de cobertura de planos de saúde privados varia substancialmente entre as regiões do Brasil. No Estado de São Paulo 45,2% da população total possuía planos privados de assistência médica em dezembro de 2013, enquanto o Estado do Acre apresentava um índice de cobertura de apenas 5,8%. Assim, a região Sudeste concentrava 62,2% do total de beneficiários de planos médicos e odontológicos, contra apenas 3,85% da região Norte. A concentração de beneficiários tem relação direta com os volumes populacionais e a capacidade econômica da região, como pode ser verificado no quadro 6.3.

(Entra Quadro 6.3)

Como paralelo à cobertura populacional segundo regiões, a grande maioria das mais de 14 operadoras de planos ativas em dezembro de 2013 concentrava-se na Região Sudeste. Apenas os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais totalizavam 59,9% das operadoras em atividade.

(Entra Figura 6.4)

A regulamentação dos planos, em seus capítulos iniciais, como veremos, teve como objeto principal e maior enfoque a regulação dos planos individuais ou familiares, com base no princípio de que o consumidor coletivo detinha maior poder de defesa e negociação. Em dezembro de 2013, apenas 19,8% dos 50.2 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares privados, ou cerca de 9,9 milhões de beneficiários, eram oriundos de adesão individual ou familiar.

Por princípios básicos, a legislação de planos criada a partir de 1998 não podia interferir em dispositivos contratuais estabelecidos anteriormente àquela data, já que o contrato, nesses casos, representava o principal instrumento jurídico entre as partes. Assim sendo, houve um claro esforço da ANS com vista à conversão de instrumentos antigos. Em que pese ainda envolverem, em dezembro de 2013, 12,1% dos beneficiários de planos privados de assistência médica-hospitalar com registro na ANS, esse índice se revelava bastante inferior ao de 71,4% de beneficiários participantes de planos anteriores à Lei em dezembro de 2000.

Portanto, dados os limitantes anteriormente citados, a regulamentação atingia no total, em 2013, apenas uma fração populacional da massa atendida por planos de saúde privados, o que justificava os esforços do Governo com vista ao desenvolvimento de modelo destinado à regulação das operadoras e não somente dos produtos (planos), envolvendo cada vez mais o aprimoramento de princípios e/ou garantias financeiras e qualitativas na operação de planos privados de assistência à saúde.

As Medicinas de Grupo

Embora alguns dos atuais modelos de assistência médica suplementar privada, notadamente a autogestão, segmento de planos próprios, tenham raiz nas décadas de 40 e 50, pode-se atribuir, como marco original ou talvez conformacional dos atuais planos de saúde, a criação, acima citada, do denominado “Convênio-Empresa” e das empresas de medicina de grupo na década de 1960.

O primeiro Convênio-Empresa data de 1964, com a Volkswagen, havendo sido o modelo institucionalizado pelo Decreto Lei 73 de 1966.

Em 08 de agosto de 1966, quando da criação da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – “ABRAMGE”, entidade representativa do segmento de empresas médicas, já se contabilizava 80 empresas associadas, organizadas preponderantemente por proprietários e/ou acionistas de hospitais, muitas vezes médicos, derivando daí a denominação que recebem até hoje. O grande crescimento da modalidade de medicina de grupo deu-se na década de 1970.

Por ocasião da promulgação da Lei 9.656/98, a maioria das empresas de saúde não mais se caracterizava por deter serviços próprios, contratando, predominantemente, serviços médicos de terceiros através do credenciamento de médicos, hospitais e serviços especiais

de diagnose e terapia. O mercado de empresas médicas, em 2014, contava com cerca de 270 hospitais próprios, totalizando mais de 25.800 leitos, o que representava, contudo, menos de 8% da dimensão da rede ofertada através de credenciamento de terceiros.

Com a extinção do Convênio–Empresa, a modalidade de medicina de grupo passou a ser preponderantemente financiada através de modelos de pré-pagamento *per capita*, diretamente por empresas, indivíduos ou famílias, modelo esse que em muito se assemelha, em estrutura e financiamento, às HMOs (*health maintenance organizations*) americanas.

A estabilização econômica, a partir de 1994, as exigências da Lei 9.656/98 e a onda de crescimento do mercado de ações após 2004 impulsionaram um movimento de consolidação do setor, com redução de quase 50% no número de empresas médicas nos primeiros 18 anos de Lei, totalizando 344 grupos médicos registrados junto à ANS em 2014.

Entre 2004 e 2007, três empresas de medicina de grupo, direta ou indiretamente através de seus controladores, realizaram ofertas primárias de ações (“IPOs”), na Bolsa de Valores de São Paulo – “BOVESPA”, liderando posteriormente uma onda de aquisições e fusões de empresas, uma novidade para o setor. Logo a seguir, em novembro de 2009, a incorporação da MEDIAL pela AMIL (duas das maiores empresas de medicina de grupo do país e ambas listadas na BOVESPA) reeditou, no setor saúde, as fusões de grandes empresas que se processam nessa nova fase econômica do Brasil, criando a primeira mega-empresa de medicina de grupo brasileira.

Assim como vinha acontecendo no segmento de seguro saúde, a medicina de grupo também começa a observar a entrada do capital estrangeiro, mediante aquisições integrais de duas entre as três maiores operadoras do segmento. Ao final de 2012 a venda da AMIL para a UnitedHealth (EUA) por R\$ 9,92 bilhões precedeu também a aquisição da Intermédica pela Bain Capital (EUA) por divulgados R\$ 2,0 bilhões no primeiro trimestre de 2014. Em 2014 inicia-se a operação do Mapfre Saúde, medicina de grupo controlada pela gigante de seguros espanhola.

Ao obrigar padrões elevados em coberturas assistenciais e ao limitar a possibilidade de controle e negativas das operadoras frente ao pedido médico, a nova legislação provocou automático aumento dos preços mínimos de planos ofertados, causando, como efeito inicial, uma retração do mercado privado como um todo. A adaptação do segmento de medicina de grupo foi relativamente rápida, com reinício de crescimento notadamente naquelas que optaram por privilegiar processos assistenciais verticalizados, controlando mais eficientemente o acesso inicial (porta de entrada) através de seus ambulatórios próprios, ou gerindo melhor o alto custo assistencial ao referenciar para hospitais próprios os tratamentos de alta complexidade, como cirurgias cardíacas, ortopédicas ou neurológicas. Empresas como Amil, Intermédica, Hapvida, entre outras, são exemplos dessa opção assistencial que tem crescido por ofertar produtos com focos mais populares e mais atraentes, relativamente às outras modalidades, para a nova e emergente classe média.

As empresas de medicina de grupo têm como principal entidade representativa a Associação Brasileira de Medicina de Grupo – “ABRAMGE”, pelo Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo – “SINAMGE” e pelo Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo – “CONANGE”.

As Cooperativas Médicas

Como alternativa à “mercantilização da medicina”, profissionais médicos criaram a primeira cooperativa de trabalho na especialidade, fundada em Santos em 1967 e baseada em princípios corporativistas, utilizando, como fundamento legal, instrumentos vigentes em legislação específica de cooperativas de trabalho junto ao Ministério da Agricultura. As metas pretendidas do modelo cooperativista médico sempre foram aquelas de preservar a prática liberal da medicina e de se contrapor ao “empresariamento” do setor.

Nessa modalidade, os médicos se encontram simultaneamente como “sócios” e prestadores de serviços, sendo remunerados pela produção individual e pela repartição dos resultados financeiros positivos obtidos pela cooperativa. Assim como as Medicinas de Grupo, a quase totalidade do financiamento advém de planos de pré-pagamento para indivíduos, famílias, associações e empresas.

As denominadas “UNIMEDs” são o modelo mais representativo desse segmento, tendo cada entidade singular autonomia e estatuto próprio. São vinculadas a federações que, por sua vez, conformam uma confederação nacional.

A grande expansão do modelo de cooperativas médicas se deu fundamentalmente na década de 1980 através da multiplicação das entidades singulares independentes.

No final do milênio, o modelo cooperativista médico constituía o denominado “Complexo Empresarial Cooperativo Unimed”, posteriormente denominado “Sistema Corporativo Unimed”, composto não apenas por entidades singulares, mas também por diversas empresas criadas para gravitar ao redor do modelo, como corretoras, seguradoras, cooperativas de crédito, unidades de transporte aero-médico, entre outras. O novo milênio já se iniciava com o segmento de cooperativas médicas sendo a modalidade de mercado de maior relevância enquanto participação financeira, movimentando mais de R\$ 10 bilhões ao ano.

Quase vinte anos após a regulamentação dos planos, o sistema UNIMED detinha mais de $\frac{1}{3}$ do mercado suplementar médico, passando também a ser o segmento mais representativo em volume populacional, ultrapassando a modalidade de medicina de grupo, compreendendo 316 entidades singulares e cerca de 109 mil médicos cooperados e constituindo a modalidade de plano de saúde com a maior abrangência geográfica do país, atuando em $\frac{3}{4}$ dos municípios da Nação. Embora originário de cooperativas de trabalho, o sistema UNIMED evoluiu para um grau considerável de verticalização de seus serviços, contando em 2014 com cerca de 106 hospitais próprios, serviços de *home care*, de diagnose e de pronto atendimento em numerosas afiliadas.

Esta verticalização associada à presença nacional contribuiu para um novo ciclo de crescimento na primeira década do novo milênio, tornando-se a cooperativa a principal modalidade de planos médico-hospitalares, ultrapassando o segmento de medicina de grupo, e a de maior expansão populacional no período, com cerca de 135% de crescimento entre 2000 e 2013, contra 18,3% do crescimento vegetativo populacional no Brasil.

O Seguro Saúde

Embora as raízes do seguro saúde remontem ao Decreto Lei de 1966, o segmento começou a tomar corpo apenas na segunda metade da década de 1980, com a entrada de grandes agentes financeiros no segmento de saúde, tendo como período de maior crescimento a década imediatamente seguinte, a de 1990.

Dois grandes fatores operacionais eram, na época, os diferenciadores das operadoras de seguros e de planos. Em primeiro lugar estava o princípio do “reembolso e livre escolha” e, em segundo, a questão da existência de fiscalização pela SUSEP, com obrigatoriedade de formação de reservas técnicas, capitais mínimos, critérios de solvência e liquidez, desde o início de operação de uma seguradora. Permanece até os dias atuais o princípio de livre escolha no seguro saúde, ou, no máximo, de referenciamento da rede prestadora, como diferencial desse segmento especializado de seguro. A constituição de garantias financeiras, contudo, passou gradativamente a ser obrigatória para os demais segmentos.

No seguro saúde existe a intermediação financeira de uma entidade seguradora, que, embora não preste, diretamente, assistência médico-hospitalar, cobre, segundo os termos da apólice do segurado ou contratante, os custos da assistência. O seguro pode ser feito tanto por pessoa física quanto jurídica em favor de pessoas físicas. O financiamento dessa modalidade também se dá através de um sistema de pré-pagamento, em que o contratante ou estipulante paga antecipadamente pelos serviços de assistência médica e tem direito à cobertura dos eventos previstos no contrato mediante ressarcimento ou reembolso das despesas incorridas.

O valor a ser pago, ou prêmio, tem origem em cálculo que leva em conta o risco de adoecimento frente a variáveis como idade, sexo, condições mórbidas preexistentes, etc.

As empresas de seguro saúde, já anteriormente sob a regulação da SUSEP, investem os prêmios em ativos, financeiros ou não financeiros, incluindo imóveis, mantidos como provisões técnicas (reservas técnicas) para financiar o pagamento (ressarcimento ou reembolso) de futuras indenizações por sinistros ou eventos de natureza médica e hospitalar, integrantes da apólice contratual.

Tornou-se rara, na modalidade de seguro saúde a partir da década de 90, a cobertura dos riscos apenas através de reembolso de valores pela livre escolha do segurado, sendo que a prática passou a ser a oferta de uma relação de médicos e hospitais “de referência”, reduzindo indenizações e tornando o processo assistencial final muito similar aos

modelos de rede credenciada das empresas de medicina de grupo e da rede cooperada das UNIMEDs. A diferença é meramente conceitual e invisível ao usuário, já que, na opção pelo uso da rede referenciada, o reembolso ao segurado passa a ocorrer mediante pagamento direto de valor pré-acordado como crédito direto, em conta corrente, ao referenciado.

No ano de 1995, de acordo com a SUSEP, as 130 empresas seguradoras arrecadaram R\$ 14,3 bilhões em prêmios totais de seguros, dos quais R\$ 2,1 bilhões (15,2%) corresponderam aos prêmios do "ramo saúde", coberto por cerca de 40 empresas. Em menos de 20 anos, em 2012, o mercado de seguro movimentava mais que 12 vezes o valor nominal de 1995, ou cerca de R\$ 175,6 bilhões em prêmios, ficando o ramo saúde, então restrito a doze empresas seguradoras especializadas, em terceiro lugar entre os ramos elementares, com participação proporcional de apenas 10,6% do volume em prêmios, ou o total de R\$ 18,6 bilhões.

A análise ano a ano do ramo saúde demonstra, conforme pode ser visualizado na figura 6.5, que esse segmento especializado que crescera fortemente até o ano 2000, passa na segunda década do novo milênio a representar, proporcionalmente ao mercado segurador como um todo, menos da metade da participação proporcional que detinha ao final dos anos 90, quando possuía a segunda posição em importância nos ramos ofertados e quase 25% de todo o volume transacionado no segmento de seguro.

O comportamento do segmento de seguro saúde nos primeiros anos da primeira década do novo milênio foi o de retração, à semelhança das outras modalidades de operadoras de planos de saúde. No ramo de seguros ficou patente, porém, o receio frente ao novo órgão regulador - a ANS, em substituição à SUSEP -, que causou reflexos como (i) desinteresse e até retirada de operadoras estrangeiras do mercado, (ii) consolidação do mercado e a redução de operadoras especializadas em seguro saúde, e (iii) parada total de oferta de seguros de saúde por adesão, individuais ou familiares, permanecendo o foco apenas em planos empresariais.

O segmento volta a crescer no novo milênio, porém não na mesma proporção dos outros segmentos do mercado segurador como já salientado, observando-se cada vez mais a consolidação da participação do capital estrangeiro nesta modalidade, como na Sul América com participação minoritária do ING Group, holandesa, herdada da AETNA (EUA) em 2002, a ALLIANZ, seguradora alemã que adquire a operação da AGF (FRA) em 2008, e a Caixa Seguro Saúde controlada pela CNP francesa, estreando no segmento de saúde em 2012.

O controle de preços imposto pela ANS, aliado às diversas medidas de regulação do acesso à assistência, refletiu na sinistralidade dos planos de seguros, outro fator desmotivador do segmento no início do novo milênio. Com índices de sinistralidade muitas vezes superiores a 85%, o pior entre as modalidades de mercado, o resultado líquido das seguradoras teria sido negativo não fossem as receitas financeiras.

O seguro saúde terá, contudo, que se reinventar na adoção de novas ferramentas de gestão, mais voltadas para o gerenciamento médico da atenção e do risco assistencial, com o objetivo de fazer frente, mesmo que parcial, a processos mais eficientes da concorrência decorrentes da verticalização assistencial mediante os serviços próprios das modalidades de medicina de grupo e cooperativas.

Inicialmente representadas na FENASEG – Federação Nacional das Seguradoras, as seguradoras passaram a integrar a FENASAÚDE - Federação Nacional de Saúde Suplementar, entidade criada em 2007, que agrega também as maiores operadoras nos segmentos de medicina e odontologia de grupo. Em 2014, a FENASAÚDE, que reunia apenas 16 empresas, compreendia mais de $\frac{1}{3}$ dos beneficiários de planos privados de saúde e odontologia.

A Autogestão

A modalidade de autogestão, ou autoprograma como preferem alguns, sempre existiu como alternativa de assistência médica suplementar a empresas, associações, cooperativas de usuários ou quaisquer outras entidades fechadas, para aquelas entidades dotadas de escalas populacionais de beneficiários suficientes para o “auto-seguro” ou para a gestão própria e cobertura interna das oscilações dos riscos assistenciais.

Nos planos próprios de empresas, a atividade gerencial do sistema assistencial é realizada no âmbito das próprias empresas, ou ainda junto a entidades vinculadas especialmente criadas, como Caixas, Associações ou Fundações, para gerir o plano de saúde para seus empregados (associados), dependentes e, aqui, bem mais freqüentemente que nas demais modalidades, também para agregados, pensionistas e aposentados.

Segundo dados de pesquisa referente a 2012 realizada pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – “UNIDAS”, que abrangeu 79 grandes entidades de autogestão, representando mais de 3,9 milhões de beneficiários de autoprogramas ou 76% dos beneficiários da modalidade, apenas 16,2% das entidades não ofereciam planos para aposentados e um pouco menos de $\frac{3}{4}$ das empresas consultadas também estendiam o benefício a agregados, definidos como parentes de segundo e até terceiros graus, conforme estabelecido pela agência regulatória.

A UNIDAS é a entidade representativa do segmento, tendo sido criada em 2002 através da fusão de duas associações até então representativas do setor, a ABRASPE – “Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas, mais antiga, e o CIEFAS – “Comitê Integrado de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde”.

Este tipo de assistência caracteriza-se pelo caráter *não-lucrativo*, sendo suas receitas utilizadas integralmente no custeio da própria atividade ou na formação de reservas. Esse custeio compreende o pagamento dos serviços médicos e hospitalares prestados pela rede credenciada e, também, das despesas com estrutura própria ou terceirizada incorridas na operação das entidades e planos de autogestão.

Sem a finalidade lucrativa, a modalidade se caracteriza por mais amplas coberturas assistenciais, superiores ao previsto em lei, oferta de planos odontológicos associados na maioria das empresas e preocupação diferenciada com a qualidade assistencial. Até pela estabilidade dos quadros de seus beneficiários, torna-se mais efetiva e necessária, nesta modalidade, a prática de programas preventivos e de promoção à saúde.

O conceito de autogestão confunde-se erroneamente com o conceito de “auto-seguro”. Muitas empresas de grande porte optam pela contratação de planos por pós-pagamento junto a Seguradoras ou Medicinas de Grupo, os chamados planos administrados, ampliando ou até formatando as coberturas dos produtos conforme seu interesse, já que o sinistro é integralmente “bancado” pela própria contratante, que remunera a operadora contratada por um percentual do custo assistencial ou taxa administrativa *per capita* por vida incluída, além de repassar todas as despesas assistenciais incorridas por seus usuários junto à rede credenciada ou referenciada diretamente pela operadora. Na modalidade de Plano Administrado, variante de auto-seguro da autogestão, a operadora responsável pelo plano (produto) junto à ANS é a própria empresa de medicina de grupo ou seguradora, já que, nesses casos, altera-se apenas o financiamento das operadoras por pós-pagamento, diferentemente do modelo predominante de pré-pagamento.

Dos 5,3 milhões de beneficiários do segmento de autogestão contabilizados em 2014 pela ANS, cerca de 70% estavam vinculados a empresas estatais ou ainda a caixas ou fundações de beneficiários de entidades públicas ou de empresas de economia mista. O restante tinha distribuição praticamente igual entre beneficiários vinculados a (i) entidades associativas ou cooperativas de classe, (ii) empresas privadas ou ainda (iii) caixas e associações de beneficiários de empresas recém privatizadas, notadamente dos setores de energia, bancário, telecomunicações e saneamento, demonstrando o predomínio do Estado como origem do segmento.

Pode-se dizer que o modelo de autoprogramas opera à semelhança das CAPs e IAPs, seus precursores naturais. Não por mero acaso, as autogestões de maiores dimensões, CASSI e GEAP, têm história semelhante às das Caixas e Institutos. A CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, com fundação em 1944, contava com cerca de 710 mil beneficiários em 2014. A GEAP - Fundação de Seguridade Social teve origem em 1945, através da extensão do benefício de “Assistência Patronal”, como inicialmente era conhecida, aos funcionários do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários - IAPI, e foi posteriormente estendida a todos os trabalhadores e respectivos familiares do INPS. Em junho de 2014, a GEAP oferecia assistência privada em saúde a mais de 627 mil beneficiários vinculados a cerca de 90 órgãos e entidades do funcionalismo público federal, incluindo 16 ministérios, entre eles os da Saúde e o da Previdência Social. Mais que 40% dos beneficiários da GEAP possuía em 2014, acima de 60 anos, determinando que 1 em cada 20 beneficiários de plano de saúde médico-hospitalar com idade acima de 60 anos é um associado da GEAP.

O segmento de autogestão vem encolhendo comparativamente ao crescimento demográfico e mais ainda proporcionalmente aos demais segmentos de operadoras. Neste

novo milênio a população atendida praticamente se manteve ao redor de 5,3 milhões de vidas. Reforçam a constatação da estagnação desta modalidade, a partir da Lei 9.656/96, as estatísticas das entidades precursoras da UNIDAS que apontavam, em conjunto, números ao redor de oito milhões de beneficiários no segmento em 1997.

A “desestatização”, por privatizações ou redução de quadros, inibe o principal berço da modalidade, as empresas estatais. Paralelamente, políticas empresariais com foco em terceirização de atividades não finalísticas induzem a migração do benefício para outras modalidades, eventualmente para Planos Administrados, mantendo, contudo, o “auto-seguro”, ainda vantajoso em função da escala populacional.

Os Planos Odontológicos

O segmento de planos odontológicos é quase tão antigo quanto o dos planos médico-hospitalares, mas foi só a partir do fim dos anos 80 que algumas empresas passaram a oferecer serviços mais estruturados em amplitude e distribuição geográfica, com maior e crescente procura deste benefício por parte dos empregadores.

No período anterior à lei de planos de saúde, diferentemente da assistência médico-hospitalar suplementar, que já existia como principal opção ao sistema público, o modelo assistencial predominante no Brasil em odontologia era o “*out of pocket*” com a assistência oferecida diretamente pelos cirurgiões-dentistas a usuários, restrito, como conseqüência, a pequena parcela da população detentora de maior poder de compra.

O crescimento do segmento de planos odontológicos deu-se inicialmente como resultado de uma demanda crescente de desassistidos em função da carência e precariedade dos serviços públicos na especialidade e pelo crescente interesse de inclusão do benefício odontológico por empresas.

A Lei 9.656/98 e a regulamentação posterior causaram, aparentemente, reflexos positivos no segmento odontológico, em oposição aos efeitos inicialmente provocados pela regulamentação nos planos médicos. Acredita-se que a legislação tenha ajudado a promover uma maior qualificação do setor de odontologia, com redução do alto índice de informalidade até então presente, além do estímulo a melhores controles e práticas gerenciais em saúde dental.

A oferta do benefício odontológico decorrente da promulgação da Lei 9.656/98, a princípio restrito a grandes corporações, cresceu mais forte e continuamente em organizações de pequeno e médio porte a partir do ano 2002. Os planos coletivos odontológicos representavam 81,7% do total de beneficiários da modalidade em 2013.

Como novidade, no final da primeira década do novo milênio, surgia a venda mais individualizada e massificada desses planos, mediante estratégias de acentuada redução do prêmio médio e a oferta da modalidade junto a balcões com venda simplificada e

desburocratizada, como cartões de crédito, contas de luz, cartões de descontos ou de loja de departamentos, os chamados planos de afinidade ou “*affinity*”.

Entre 2006 e 2007, assim como ocorrido com os grupos médicos, quatro empresas de odontologia de grupo, sub-segmento que detém cerca de 50% dos beneficiários exclusivamente odontológicos, realizaram ofertas primárias de ações na BOVESPA e passaram a liderar a onda de aquisições e fusões de empresas no setor.

Assim como na área médica, no final de 2009, BRADESCO e ODONTOPREV se uniram para criar a primeira mega-operadora odontológica do país.

Segundo a ANS, o segmento de planos exclusivamente odontológicos que compreendia 2,7 milhões de beneficiários em dezembro de 2000, atingiu 20,9 milhões em março de 2014, ou seja, um crescimento de significativos 675% no período. Em 2001, esse segmento representava o equivalente a cerca de 10,4% da massa de beneficiários atendida por planos médico-hospitalares no país, proporção que se ampliou para aproximadamente 41,3% em março de 2014. Apesar dessa expansão, os índices de cobertura ainda eram baixos, em 2014, quando comparados a mercados mais maduros, como o dos Estados Unidos da América, o que permite inferir uma continuidade do crescimento ainda acelerado do setor.

Com 393 operadoras ativas em dezembro de 2013, segundo a ANS, o segmento de planos odontológicos apresentava-se em processo de consolidação. As dez maiores operadoras detinham 65% do total de beneficiários.

PARTE III

A regulamentação do setor suplementar de saúde

As principais distorções no mercado privado de saúde suplementar podem ser diretamente extraídas das listas de reclamações de usuários junto a órgãos de defesa do consumidor, decorrentes, em sua quase totalidade, da natureza dos contratos estabelecidos e das imposições das empresas operadoras não sujeitas a qualquer regulação até 1998:

- (i) Reajustes, por re-adequação inflacionária e/ou por mudança etária, excessivos ou até proibitivos nos preços dos planos;
- (ii) Exclusões ou negativas de coberturas de procedimentos não justificadas, bem como descrições dúbias do benefício no instrumento contratual formal;
- (iii) Excessos nos processos de regulação da assistência, com negativas arbitrárias de autorizações;

- (iv) Desvios nas condições de admissão, carências, validade e de rescisão de contratos;
- (v) Descredenciamento de recursos prestadores ou insuficiência regional na oferta de rede ou de serviços específicos (procedimentos);

Ao arcabouço regulatório de defesa do consumidor de planos de saúde, deveriam ser acrescentadas, como prioridades no processo iniciado com a Lei 9656/98, questões relativas às garantias para operação no setor, tais como:

- (vi) O estabelecimento de condições de ingresso, operação e saída do setor, inclusive exigências de reservas ou garantias de capital;
- (vii) A transparência dos modelos, envolvendo sistemáticas de envio e controle de informações cadastrais, contratuais, financeiras, estatísticas e qualitativas (técnicas) das operadoras e seus planos;
- (viii) O relacionamento entre os sistemas público e privado, envolvendo também a questão do ressarcimento ao SUS;
- (ix) O modelo e estrutura de fiscalização objetivando a efetividade da regulação;
- (x) O estímulo a processos gerenciais mais racionais e ao desenvolvimento de programas específicos de qualificação da assistência e de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Esses desafios, por curto período, ficaram a cargo do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde / Departamento de Saúde Suplementar – “DESAS” e do Conselho de Saúde Suplementar - “CONSU”, colegiado deliberativo interministerial. Também foi instituída a Câmara de Saúde Suplementar – “CSS”, órgão consultivo de caráter permanente com ampla participação de operadoras e agentes do setor suplementar, bem como de órgãos de defesa de consumidores e da sociedade.

Em 2000, entrou em operação a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, “órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”, que tem “por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”.

Como agência reguladora, a ANS objetivou incorporar ao processo de regulamentação as vantagens do novo modelo de organização do Estado: (i) maior agilidade e poder de atuação, mediante maior autonomia política, administrativa e financeira, com concomitante arrecadação própria; (ii) decisões em Diretoria Colegiada nomeada com mandato definido e contrato de gestão e, por fim, (iii) o poder jurídico conferido às agências reguladoras na efetivação de suas resoluções.

Diferentemente das agências da área de infra-estrutura, a ANS não veio para regular uma atividade antes realizada por organizações estatais que foram privatizadas. Nesses outros setores, o Estado detinha toda a informação de produção e toda a tecnologia de regulação anterior. Pode-se dizer que a ANATEL sucedeu a TELEBRAS, assim como a ANEEL, a Eletrobrás.

A ANS não sucedeu a órgão existente algum, diferindo inclusive da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – “ANVISA”, que foi constituída a partir da antiga Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

Passados quase 20 anos da Lei, apesar de questionamentos e controvérsias, pode-se afirmar que tanto a ANS quanto a regulamentação em geral, embora ainda de forma inicial ou incipiente, têm endereçado os principais pontos acima descritos.

Convém ressaltar aqui as limitações, já citadas, impostas ao processo de migração (conversão) de todos os contratos anteriores a 1999 para as novas regras e dispositivos legais. A resistência do mercado e o questionamento legal da retroatividade inviabilizaram a cobrança do cumprimento desse dispositivo, que foi revogado. Os contratantes, individuais ou coletivos, mantiveram os direitos de permanecer com seu plano antigo por tempo indeterminado e de requerer a conversão, a qualquer tempo, para um contrato novo.

(Entra Figura 6.8)

Aos contratos antigos, foram incorporados, contudo, alguns dos direitos adquiridos pela nova regulamentação: (i) proibição de limites de consultas e suspensão de internação, inclusive em UTI; (ii) proibição de rompimento unilateral para os contratos individuais e (iii) controle dos reajustes para os contratos individuais.

Em adição, os usuários de planos antigos passaram a se beneficiar de maior controle sobre as operadoras, como descrito a seguir, nas diversas funções esperadas do novo processo e órgão regulatório.

Função: controle de reajustes de preços

É fato reconhecido que a inflação no setor de saúde, causada por fatores como o alto custo da incorporação de tecnologia em insumos, equipamentos e outros de ordem demográfica,

como o envelhecimento da população, acabe sendo maior que a inflação nos demais setores. Essa é uma tendência histórica e mundial em que o Brasil não foge à regra.

A Lei 9.656/98 permitiu o controle dos reajustes anuais e das revisões técnicas exercido pela ANS desde sua criação. No modelo vigente no final da primeira década do milênio, tanto os reajustes quanto as revisões para reequilíbrio econômico-financeiro dos contratos coletivos eram livremente negociados pelas partes e apenas monitorados ou acompanhados pela ANS, em virtude da constatação da maior capacidade de negociação dos contratantes, normalmente empresariais.

Os reajustes dos planos individuais e familiares novos, ou pós-regulamentação, permanecem, no mesmo período, controlados pela ANS, que estabelece, em conjunto com os Ministérios da Saúde e da Fazenda, a política anual a ser adotada. A partir do ano 2000, a ANS fixou tetos máximos para estes reajustes, passando a utilizar como indexador a informação obtida junto à média ponderada dos reajustes em planos coletivos, que, como afirmado, são livremente negociados entre contratantes e operadoras. Esse modelo mostrou-se tecnicamente competente, operacionalmente mais simples e de difícil questionamento pelas partes.

Foram também criadas alternativas de revisões conjuntas, ANS e operadora, objetivando o reequilíbrio econômico-financeiro de contratos individuais e familiares, ou ainda os coletivos por adesão, denominadas “Revisões Técnicas”. O processo de Revisão Técnica restringe-se a planos com índice de utilização acima da média do mercado e da média da carteira de planos antigos da própria operadora, limitando-se à recomposição do equilíbrio das despesas médico-assistenciais.

A Revisão Técnica arbitrada pela ANS, não leva, necessariamente, a uma revisão da mensalidade acima do fixado como teto ao mercado, podendo ser adotadas medidas alternativas como, por exemplo, a introdução de mecanismo de co-participação ou a alteração da rede credenciada. Para os planos novos, a agência não admite a Revisão Técnica, por considerar que os produtos foram comercializados e tiveram seus preços determinados em conformidade com a atual legislação, bem como tendo em conta que eventuais desequilíbrios constituíam risco a ser assumido pelas operadoras.

Objetivando maior transparência e comparabilidade entre planos, a regulamentação também estabeleceu exigências na diferenciação de preços por faixas etárias para qualquer plano novo comercializado. A partir de janeiro de 1999, passaram a ser admitidas apenas sete faixas etárias, padronizadas com intervalos de dez anos; excetuando-se a primeira, de zero a 17 anos.

A Lei 9.656/98 proibiu também a variação de preços em função de mudança de faixa etária após os 60 anos de idade, desde que o usuário se encontre há mais de dez anos no plano. Para os usuários de planos antigos, prevaleceram as cláusulas contratuais, exceto para usuários com mais de 60 anos de idade e mais de dez anos de plano, para os quais ficou assegurada a diluição, em dez anos, da variação de preço por faixa etária constante do contrato.

Foi também fixado, pela primeira vez no Brasil, um múltiplo máximo de valor, estabelecido em seis vezes, entre os prêmios da primeira e da última faixa etária definidas em Lei, o que determinou um mecanismo automático de co-financiamento da população mais idosa pela mais jovem, que, na prática, atinge variações superiores a dez vezes. Esse mecanismo, denominado por alguns como “pacto inter-geracional”, é ainda inferior ao recomendado pela NAIC - “*National Association of Insurance Commissioners*” em alguns estados dos EUA. Objetivando incentivar a cobertura de seguro médico de pequenas empresas e de grupos vulneráveis em função da estrutura etária dos segurados, a recomendação nos Estados Unidos é a de que o prêmio de um idoso deva ser somente duas a três vezes e meia superior ao prêmio de um jovem.

Em janeiro de 2002, existiam 3,3 milhões de beneficiários idosos (com 60 anos ou mais) e 27,9 milhões de não-idosos (com menos de 60 anos) em planos de assistência médica. Houve aumento de 60% até dezembro de 2013 na quantidade de não-idosos paralelamente a um aumento maior entre os idosos, de cerca de 72%, como provável reflexo direto da medida estabelecida.

Funções: garantia da cobertura e dos direitos dos consumidores

O principal objetivo da legislação foi, sem dúvida alguma, garantir os direitos individuais dos contratantes de planos de saúde. Para muitos, a Lei 9.656/98 pode ser interpretada como um “código de defesa do consumidor de planos de saúde”. Com efeito, foi na dimensão da expansão das garantias de coberturas assistenciais previstas pela regulamentação de planos para contratos novos que ocorreram os mais importantes e significativos avanços.

O primeiro e maior destaque legal se encontra na proibição da comercialização de planos com cobertura inferior à do “Plano Referência”, ressalvada a segmentação admitida pela própria Lei (ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia e odontológico). Como já citado, o Plano Referência, enquanto conceito de produto de assistência integral à saúde, passou a ser o único modelo de plano aprovado para a comercialização a partir de 1999. A Lei proíbe a venda de qualquer novo plano (produto) de saúde que implique redução ou exclusão de coberturas assistenciais.

“Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei.”

A definição legal abrange assim o conceito de atenção integral às doenças e problemas listados na CID, remetendo à ANS e a regulamentação posterior a definição do arsenal terapêutico a ser oferecido, ou especificamente a cobertura a procedimentos específicos. O “Rol de Procedimentos”, regularmente atualizado e editado pela ANS, constitui a listagem dos eventos em saúde cuja cobertura veio a ser garantida a todos os usuários de planos adquiridos a partir de janeiro de 1999.

A primeira edição de regulamentação do Rol de Procedimentos médicos adotou como base lógica a tabela de honorários sugerida pelo segmento de Autogestões, que possuía origem na então Lista de Procedimentos Médicos editada pela Associação Médica Brasileira. Pode-se afirmar que a grande maioria dos procedimentos reconhecidos na prática médica estava presente no rol editado pela legislação inicial, à exceção das exclusões em transplantes mais complexos que os previstos de rim ou córnea, procedimentos estéticos e aqueles visando à inseminação artificial.

O Rol de Procedimentos odontológicos é equivalente ao rol médico e foi elaborado para regulamentar os eventos em odontologia em consonância com os artigos 10 e 12 da Lei 9.656/98. Diferentemente da área médica, a cobertura de referência restringiu-se a procedimentos preventivos e terapêuticos básicos em odontologia, não obrigando a oferta a procedimentos e técnicas mais complexos, como a implantodontia ou uso de materiais especiais ou nobres.

Ambos os róis são revisados periodicamente por câmaras técnicas designadas especificamente para esse fim, que contam com a participação de representantes dos diversos segmentos da sociedade envolvidos na assistência à saúde suplementar.

Complementariamente ao rol, a legislação trouxe outras definições de abrangência de cobertura, com notáveis avanços frente às práticas de mercado até 1998, podendo-se citar:

- (i) A obrigatoriedade de cobertura a **urgências e emergências**, definindo a proibição de carências nestes casos (máximo de um dia), bem como vedando a imposição prévia de autorizações nestes eventos;
- (ii) A definição de **lesão ou doença pré-existente** limitando o período dessas exclusões contratuais à 24 meses, no máximo, e os eventos, apenas àqueles previstos em rol de procedimentos específicos ou de alta complexidade;
- (iii) O estabelecimento de **prazos máximos de carências**, em um dia, como citado, para urgências e emergências, e 300 dias para partos a termo e 180 dias para os demais procedimentos;

- (iv) O **impedimento de cláusula de agravo** (cobertura parcial temporária) e de **carências** para planos com regime de contratação coletiva empresarial, com número de participantes maior ou igual a 50 (cinquenta);
- (v) A cobertura obrigatória de despesas **com procedimentos vinculados a transplantes**, incluindo as despesas assistenciais com doadores vivos e das despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos;
- (vi) A cobertura a tratamentos clínicos ou cirúrgicos em **obesidade mórbida**;
- (vii) A **cobertura de despesas de acompanhante** em internações, no caso de pacientes menores de idade ou maiores de 65 anos;
- (viii) A **vedação à limitação de prazos, valor máximo ou quantidade** de consultas, procedimentos de diagnose ou tempo de internação ou de UTI, desde que necessários ou prescritos pelo médico assistente;
- (ix) A **garantia de acesso à acomodação privativa, ou em nível superior**, sem ônus adicional ao usuário, no caso de internamento com indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano;
- (x) A **garantia de reembolso**, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não é possível a utilização dos serviços referenciados pelas operadoras, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;
- (xi) O compromisso para com os consumidores quanto à **manutenção, ao longo de toda a vigência dos contratos, dos prestadores contratados**, especificamente hospitalares, referenciados ou credenciados no momento da comercialização do plano.

Como garantias adicionais estendidas a todos os contratos, relativamente a aspectos de inclusão, manutenção ou exclusão de beneficiários, merecem destaque:

- (xii) O **impedimento à recusa de beneficiários na admissão** ao plano em razão da idade do consumidor, da condição de pessoa portadora de deficiência ou de qualquer outro argumento;
- (xiii) A **normatização e padronização dos contratos**, regulamentos ou condições gerais dos planos, nos termos da Lei e com clareza nos aspectos relativos às condições de admissão, início da vigência, períodos de carência, região de abrangência, franquias, prêmios, reajustes, percentuais de co-participação do consumidor, entre outros;
- (xiv) A **inscrição assegurada ao recém-nascido**, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;
- (xv) A **inscrição de filho adotivo**, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.
- (xvi) A **garantia de permanência do dependente**, em caso de morte do titular;
- (xvii) O **direito de permanência como beneficiários**, nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho, em prazos variáveis na forma da lei, para **aposentados e demitidos sem justa causa**, que contribuíram para planos coletivos de assistência à saúde;
- (xviii) A proibição à **suspensão ou rescisão unilateral do contrato**, salvo por fraude ou por não pagamento da mensalidade, e esta ainda por período superior a 60 dias;
- (xix) A proibição à suspensão ou **rescisão unilateral do contrato**, em qualquer hipótese, durante a **ocorrência de internação do titular**.

A normatização de aspectos operacionais em regulação assistencial acrescenta ainda como garantias ao contratante:

- (xx) A proibição ao estabelecimento, em casos de internação, de **fator moderador em forma de percentual por evento**, com exceção das definições específicas em saúde mental, garantindo sempre o direito à previsibilidade de despesas pelo consumidor;
- (xxi) Impedimento da **adoção de valores máximos ou teto de remuneração**, no caso de cobertura a patologias ou eventos assistenciais;
- (xxii) Proibição ao estabelecimento de **mecanismos de regulação diferenciados** por usuários, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano;
- (xxiii) Impedimento a **negativas de autorização** de procedimento **por não pertencer o profissional solicitante à rede própria**, credenciada, cooperada ou referenciada da operadora;
- (xxiv) Não permissão de estabelecimento de **co-participação ou franquia que caracterize financiamento significativo ou integral** do procedimento pelo usuário, ou fator restritivo severo ao acesso aos serviços;
- (xxv) Obrigação à **informação clara e prévia** ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede, dos mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de co-participação e de todas as condições para sua utilização, bem como os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso aos serviços.
- (xxvi) Garantia de **acesso dos beneficiários** de planos privado de assistência à saúde aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para atendimento integral das coberturas previstas na legislação no município onde o

beneficiário os demandar, desde que seja integrante da área geográfica de abrangência e da área de atuação do plano contratado **definindo prazos máximos de atendimento** segundo grupos de eventos.

Função: integração público-privado

No quesito relacionamento entre os sistemas público e privado, a ANS e a regulamentação ainda se encontravam, em 2014, muito distantes das necessidades e ambições iniciais.

O ressarcimento ao SUS foi um instrumento criado com a finalidade de arrecadação financeira, cuja proposta inicial não contemplava qualquer ideal de integração público-privado.

A legislação de 1998 estabeleceu que deveriam ser ressarcidos, pela operadora ao Sistema Único de Saúde, os atendimentos feitos na rede credenciada do SUS a usuários de planos privados de assistência à saúde, desde que incluíssem procedimentos com cobertura prevista nos respectivos contratos privados.

Nos contratos ditos “novos”, ou celebrados após janeiro de 1999, as exclusões ao ressarcimento foram limitadas ao período de carência, à cobertura parcial temporária, à área de abrangência do contrato e à segmentação (ambulatorial ou hospitalar). Nos contratos antigos, as exclusões ao ressarcimento abrangiam aquelas previstas nos instrumentos formais entre as partes.

O ressarcimento passou a ser cobrado com base na TUNEP - Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos, em valores superiores à Tabela SUS. Destes valores, o Fundo Nacional de Saúde reembolsa o montante pago pelo SUS e o prestador de serviço do SUS recebe a diferença entre a TUNEP e a Tabela SUS.

O ressarcimento foi efetivado a partir do desenvolvimento de um sistema de informações capaz de cruzar o cadastro de beneficiários enviados pelas operadoras, com a movimentação de atendimento do SUS.

O resultado em arrecadações do modelo foi, nos anos iniciais de sua implantação, inferior a 20% do montante indicado para ressarcimento. Esses modestos resultados modestos resultaram de informações incompletas em dados cadastrais de operadoras e no sistema SUS, bem como de recusas de pagamento pelas operadoras através de recursos e de ações judiciais sobre as cobranças.

Funções: condições de ingresso, fiscalização, operação e saída do setor

A ANS foi responsável pela regulamentação das condições de ingresso, fiscalização, funcionamento e saída de operação de empresas que atuam no setor de saúde privado.

Nesse aspecto da regulação, as normas estabelecidas não diferenciam as empresas que já operavam antes da regulamentação daquelas que foram constituídas após a Lei 9.656/98. A nova legislação atinge, assim, o conjunto de operadoras do mercado, fixando os mecanismos de transição.

Pontos de destaque na regulamentação e ações da ANS:

(i) Registro de operadoras

A entrada em vigor da Lei permitiu o estabelecimento de um controle inicial, limitado, ao obrigar à obtenção de registro provisório as empresas que operavam ou viessem a operar. As exigências para autorização de funcionamento e as condições de operação e de saída do setor ficaram pendentes da elaboração de regulamentação posterior.

(ii) Plano de Contas Padrão e Publicação de Balanços

Uma das ações regulatórias da ANS foi instituir um Plano de Contas Padrão para as operadoras, trazendo uniformidade no tratamento contábil das operações do setor. Visando maior transparência da situação das operadoras, em conformidade com o estabelecido na Lei 9.656/98 e na Resolução Normativa 27, a ANS responsabiliza-se pela coleta e publicidade das demonstrações contábeis das operadoras de pequeno porte, ou com menos de 20.000 beneficiários. As demais passaram a publicá-las no Diário Oficial da União ou do Estado, conforme o lugar em que esteja situada a sede da companhia, e em outro jornal de grande circulação editado na localidade em que se situa a sede da operadora.

(iii) Garantias e Provisões Técnicas

Foram definidas regras para a constituição de garantias financeiras pelas operadoras: provisão de risco, capital mínimo e índice de giro operacional. Por ser um mercado com regulamentação recente, para as operadoras de modalidades distintas das seguradoras especializadas em saúde, a ANS definiu metas anuais de garantias financeiras, com horizonte de seis anos para alcançar-se a totalidade das mesmas. As seguradoras, por terem uma atividade anteriormente regulada pela SUSEP, já se encontravam com as provisões estabelecidas.

(iv) Transferência de Carteira

Regulamentou-se a transferência de carteira entre operadoras, desde que mantidas integralmente as condições dos contratos vigentes, inclusive quanto à data de aniversário do reajuste da contraprestação pecuniária, sendo vedado qualquer estabelecimento de carência adicional.

(v) Transferência de Controle (acionário / societário)

Qualquer transferência de controle societário deve ser previamente aprovada pela ANS, antes se dar entrada na Junta Comercial, conforme regulamentação específica.

(vi) Fiscalização

A fiscalização passou a ser exercida pela apuração de denúncias e representações, bem como por desvios detectados no monitoramento pelos sistemas de informações, com consequentes diligências nas operadoras. A aplicação das multas contra a operadora infratora busca inibir sua repetição, mas, não sendo uma instância do Poder Judiciário, a ANS não detém instrumentos para garantir a reparação do dano individual. Assim, uma denúncia à ANS pode gerar, após o devido processo, multa pecuniária, sendo que a reincidência caracteriza insubmissão, permitindo a intervenção da agência. Em casos extremos, a ANS pode optar pela liquidação extrajudicial da operadora.

(viii) Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta

Operadoras com alta incidência de denúncias e multas relativas a infrações de condições contratuais ficaram sujeitas a firmar Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC), comprometendo-se a corrigir falhas contratuais, inclusive de forma, como na falta de clareza em cláusulas contratuais.

(ix) Plano de Recuperação

A ANS passou a exigir que a operadora submeta um Plano de Recuperação capaz de reequilibrar sua operação a partir da análise de desempenho econômico-financeiro indicativo dessa necessidade. Entre outras medidas de saneamento administrativo e financeiro, pode ser apresentada a necessidade de um aporte de capital por parte dos controladores da operadora.

(x) Regimes Especiais (Direção Fiscal e Técnica, Liquidação Extrajudicial)

A Direção Fiscal ou Técnica da operadora passou a ser determinada quando a ANS constata irregularidades graves, risco de não continuidade das condições assistenciais ou, ainda, a não-aprovação ou descumprimento de Plano de Recuperação. A partir da sua instalação, a administração da operadora passa a ser acompanhada e controlada por representante designado pela agência. Em adição, na Direção Fiscal, os bens dos controladores ficam indisponíveis. Este modelo de intervenção é encerrado quando a operadora demonstra condições de recuperação ou o contrário, podendo ainda ocasionar: (i) o cancelamento de registro da operadora, nos casos em que não há usuários ou débitos com prestadores, (ii) liquidação extrajudicial, nos casos de incapacidade de recuperação da operadora, (iii) falência ou (iv) alienação compulsória de carteira.

(xi) Alienação Compulsória de Carteira e Leilão

A ANS pode determinar a Alienação Compulsória da Carteira, objetivando garantir a continuidade assistencial a uma massa de beneficiários. A alienação é determinada para as operadoras, em regime de Direção Fiscal, que não demonstram capacidade de recuperação. Não se efetivando a alienação compulsória, a própria agência determina o leilão da carteira, buscando operadoras que se comprometam a manter as condições

contratuais dos usuários por um período mínimo de 30 dias e lhes ofereçam ingresso em seus planos sem carências.

(xi) Cancelamento de Registro

O cancelamento de registro passou a ocorrer por determinação da ANS, geralmente a partir das ações de fiscalização indireta, ou por solicitação da operadora. Para solicitar o cancelamento, a operadora necessita demonstrar que não comercializa planos, não dispõe de beneficiários e não possui débitos com prestadores.

Função: informação e gestão da qualidade assistencial

Neste terceiro momento da regulamentação dos planos de saúde, contempla-se a atuação, complementar às atividades de controle e fiscalização, sobre a qualidade e a eficiência do sistema suplementar de saúde.

Como suporte a toda atividade de normatização, monitoramento, fiscalização e intervenção foi construído um sistema de informações cadastrais, contratuais, financeiras e estatísticas, que tem permitido avanços expressivos com vista à análise qualitativa do setor, servindo, ao mesmo tempo, como subsídio para o desenvolvimento de planos e ações estratégicas na dimensão qualidade do setor.

O sistema compreende os seguintes subsistemas de informações periódicas e obrigatórias, que se vêm em contínuo aprimoramento:

(i) Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)

Dados fornecidos mensalmente sobre a movimentação de inclusão, alteração e cancelamento de beneficiários de planos privados de saúde.

(ii) Sistema de Cadastro de Operadoras (CADOP)

Controle dos registros das operadoras de planos privados de saúde, incluindo registro, CNPJ, endereço, natureza, classificação, modalidade, representantes, administradores, composição de capital e tipos de taxas.

(iii) Sistema Documento de Informações Periódicas (DIOPS)

Formulário cadastral e econômico-financeiro enviado trimestralmente, contemplando o extrato do plano de contas padrão.

(iv) Sistema de Registro de Produtos (RPS)

Cadastro das solicitações de registro de planos privados de assistência à saúde, incluindo os estabelecimentos de saúde que compõem suas redes credenciadas.

(v) Sistema de Informações de Produtos (SIP)

O SIP foi constituído para que as operadoras de planos privados de saúde passassem a enviar, trimestralmente, informações estatísticas e nosológicas sobre a assistência prestada aos beneficiários.

Paralelamente, a agência passou a enfatizar, nessa nova perspectiva de regulação do setor, a qualificação dos elementos envolvidos. Os sistemas de informação buscam qualificar: (i) a ANS, enquanto gestora e reguladora de um sistema que deve produzir saúde, (ii) operadoras para gestoras em saúde, (iii) prestadores a produtores de cuidados, e (iv) usuários a beneficiários com consciência sanitária.

Um primeiro ponto de atuação é a avaliação de qualificação através dos dois componentes iniciais: operadoras e ANS.

Considera-se que a avaliação das operadoras conviria nas seguintes áreas: atenção à saúde, econômico-financeira, estrutura e operação e satisfação dos usuários.

Quanto ao órgão regulador, pretende-se avaliar seu desenvolvimento institucional e os processos regulatórios.

No que diz respeito à atenção à saúde, o desafio consiste em instituir um modelo de regulação, com processos e práticas novas que induzam à mudança da lógica vigente e ao aprimoramento do setor, particularmente no acompanhamento da produção do cuidado. Nesse sentido, no âmbito da informação, o desafio está na construção e coleta confiável de indicadores de morbi-mortalidade, nosológicos e de impactos (resultados) em saúde, bem como na certificação da rede de atenção e mensuração de ações de promoção e prevenção de saúde, sem descuidar do estímulo a programas preventivos e pertinentes a projetos de qualificação.

Os componentes de qualidade das operadoras e de avaliação institucional passaram a ser aferidos, a partir de 2006, por índices de desempenho, mediante indicadores desenvolvidos gradual e progressivamente pela ANS.

O índice final de desempenho de cada operadora, inicialmente idealizado, varia de zero a um, e é construído a partir dos indicadores específicos (pontuação obtida/pontuação estabelecida), índice da operadora em cada uma das dimensões já citadas e, por fim, índice de desempenho da Operadora (IDSS), conforme a seguinte ponderação inicialmente proposta: (ID Atenção à Saúde X 0,5) + (ID Econômico-Financeiro x 0,3) + (ID Estrutura e Operação X 0,1) + (ID Satisfação do Usuário X 0,1). Importante ser registrado que o percentual de operadoras nas duas melhores faixas do IDSS tem mostrado uma série histórica de evolução qualitativa constante, com aumento de 16,7% do total de operadoras com boas pontuações em 2009 para 62,8% em 2013, o que mostra, dado o conteúdo dos indicadores avaliados, a efetividade deste controle.

Embora não tenha atuação sobre prestadores de serviços, a ANS editou em 2011 resolução que dispõe sobre a instituição do “Programa de Monitoramento da Qualidade

dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar”, o denominado QUALISS. O QUALISS consiste em um sistema de medição para avaliar e estimular a qualidade dos prestadores de serviço na saúde suplementar, por meio de indicadores objetivando disseminar informações sobre a qualidade assistencial. O QUALISS foi estruturado inicialmente em dois componentes, um de divulgação da qualificação dos prestadores e um referente ao monitoramento da qualidade dos mesmos prestadores de serviços.

Os grandes desafios para a ANS a partir de 2010 se encontram, portanto, no desenvolvimento, aprimoramento e acompanhamento da qualidade e eficiência do sistema suplementar de saúde e em sua capacidade de atuar como agente catalisador da transformação necessária e desejada do setor. A própria ANS define como eixos temáticos de construção e evolução a garantia de acesso e qualidade assistencial, a sustentabilidade do setor, o relacionamento entre operadoras e prestadores, o incentivo a concorrência, a garantia de acesso a informação, a integração público e privado, além da própria governança regulatória.

BIBLIOGRAFIA

Agência Nacional de Saúde Suplementar/MS: *Aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde: 2005*. Anuário ANS – Ano 1 (jun. 2006).

Agência Nacional de Saúde Suplementar/MS: *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos – Ano 1* (mar. 2006); *Ano 8* (mar. 2014). Rio de Janeiro: ANS, 2006-2014.

Agência Nacional de Saúde Suplementar/MS: *Foco saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, mar. 2014. 83p.

Agência Nacional de Saúde Suplementar/MS: *Integração do setor de saúde suplementar ao sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: ANS, 2001. 35p. il.

Agência Nacional de Saúde Suplementar/MS: *O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2001. 43p. il. (Série ANS; n.1).

Agência Nacional de Saúde Suplementar/MS: *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002. 264p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios: n.76).

Agência Nacional de Saúde Suplementar/MS: *Regulação & Saúde – Planos Odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório*. Rio de Janeiro: ANS, 2002. 272p. (Série Regulação e Saúde; v.2).

Associação Brasileira de Medicinas de Grupo – ABRAMGE. *Informação Setorial*, Disponível em: <http://www.abramge.com.br/InformacaoSetorial>.

Federação Nacional das Seguradoras – FENASEG. *Estatísticas*. Disponível em: <http://www.fenaseg.org.br/main.asp?View>.

Lima, CM; Lopes JR; Pfeiffer, RAC. *Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1999 (Biblioteca de direito do consumidor : v 13).

Ministério da Saúde. Simpósio: *Regulamentação dos Planos de Saúde, 28 e 29 de agosto de 2001*. Rio de Janeiro:, 2003. 170 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

Montone, J. *Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar*. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar - Rio de Janeiro: ANS, 2003. 72 p.: tabs. (Série ANS, 4).

Portal Nacional UNIMED Brasil. *Dados Estratégicos do Sistema Unimed*. Disponível no:
http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49112.

Sabatovski, E. *Planos e Seguros de Assistência à Saúde* / Curitiba: Juruá, 2ª. Ed., 1999.

União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS. *Autogestão em saúde no Brasil: 1980-2005: história da organização e consolidação do setor*: São Paulo. 2005.

União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS. *Pesquisa Nacional Unidas 2006*. São Paulo, 2007. 47 p.

União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS. *Pesquisa Nacional Unidas 2012*. São Paulo, 2014. 53 p.

Portal Nacional UNIMED Brasil. *Dados Estratégicos do Sistema Unimed*. Disponível no:
http://www.unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49112.