

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS
COORDENADORIA DA ÁREA DE CIÊNCIAS GERENCIAIS

**O PAPEL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
SUPLEMENTAR JUNTO AOS PLANOS DE SAÚDE**

Fábio Aparecido Marcelino

Assis

Novembro / 2009

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS
COORDENADORIA DA ÁREA DE CIÊNCIAS GERENCIAIS

**O PAPEL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
SUPLEMENTAR JUNTO AOS PLANOS DE SAÚDE**

Monografia apresentada à Coordenadoria da área de Ciências Gerenciais, do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Administração.

Orientador: Ms. Luiz Antonio R. Zanoti

Aluno: Fábio Aparecido Marcelino

Assis

Novembro / 2009

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS
COORDENADORIA DA ÁREA DE CIÊNCIAS GERENCIAIS

**O PAPEL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
SUPLEMENTAR JUNTO AOS PLANOS DE SAÚDE**

Fábio Aparecido Marcelino

BANCA

Prof. Ms. Eduardo A. V. Gonçalves

Examinador

Prof. Ms. Maria Beatriz A. do Nascimento

Examinador

Ms. Luiz Antonio R. Zanoti

Orientador

2009

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho,

Aos meus familiares; a minha mãe, a quem me deu todo apoio com seu exemplo de mulher lutadora, guerreira, batalhadora, nunca se ajoelhou diante dos obstáculos da vida; a minha irmã Ana Paula (*in memorem*), a mais bela flor que Deus colocou no mundo, doce, suave, a sua simplicidade e humildade encantava a todos; a minha irmã Ligia pela sua paciência e imensa bondade; a minha irmã Bruna e sobrinha Marina pelo afeto.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me dar esse privilégio.

Ao meu orientador Professor Zanotti, pela sabedoria, orientação e estímulo.

Aos Profs. Ms. Eduardo Vella e Maria Beatriz (Bia), pela gentileza de aceitarem o convite de integrar a banca examinadora.

A todos os meus Professores, pelos ensinamentos, dedicação e amizade, sem os quais seria impossível realizar esse sonho, vocês fazem parte da minha história.

À FEMA, pelo apoio ao longo desses quatro anos.

Aos meus amigos, sem citar nomes para não cometer injustiça, pelos momentos de alegria que passamos juntos, pela amizade e afeto.

*Você é os brinquedos que brincou, as gírias
que usava, os segredos que guardou, você é
sua praia preferida, você é o renascido
depois do acidente que escapou, aquele
amor atordoado que viveu, a conversa séria
que teve um dia com seu pai, você é o que
você lembra .*

Juliana Gatts

*Toda manhã na África, um antilope acorda e
levanta. Ele sabe que deve correr mais rápido
que o leão ou será morto. Todo dia na África,
um leão acorda e levanta. Ele sabe que deve
correr mais rápido que o antilope mais lento, ou
ele ficará faminto. Então, não importa se você é
antilope ou leão – amanheceu .. comece a correr.*

Provérbio Africano

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIN – Agência Brasileira de Inteligência

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicinas de Grupo

ANAC – Agência Nacional de Aviação Civil

ANATEL - Agência Nacional de Telecomunicações

ANCINE – Agência Nacional do Cinema

ANEEL – Agência Nacional de Energia Elétrica

ANP – Agência Nacional de Petróleo

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANTAC – Associação Nacional de Tecnologia do Ambiente Construindo

ANTT – Agência Nacional de Transportes Terrestres

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômico

CMN - Conselho Monetário Nacional

CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social

CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar

FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização

IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INMETRO – Instituto Nacional e Metrologia

MP – Ministério Público

NOB – Norma Operacional Básica

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

PAB – Piso de atenção básica

PND – Programa Nacional de Desestatização

PROCON - Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor

RDC - Resolução de Diretoria Colegiada

RN – Resolução Normativa

SM – Segmento Misto

SP - Segmento Próprio

SPP- Segmento Primário Principal

SPS – Segmento Primário Subsidiário

SSP – Segmento Primário Subsidiário

SSS - Segmento Secundário Subsidiário

ST - Segmento Terciário

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabelas

Tabela 1: Operadoras em atividade:	25
--	----

Diagramas

Diagrama 1: Operadoras por modalidades e seguimentos.....	33
---	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
CAPÍTULO I	
1. AGÊNCIAS EXECUTIVAS E REGULADORAS	5
1.1. Considerações Gerais.....	5
1.2. Agências Executivas.....	7
1.3. Agências Reguladoras.....	9
CAPÍTULO II	
2. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	14
2.1. Panorama recente da Saúde Suplementar.....	14
2.2. A reforma do Estado.....	15
2.3. A regulação da Saúde Suplementar no Brasil.....	17
2.4. A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.....	19
CAPÍTULO III	
3. OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE	23
3.1. O que é Saúde Suplementar.....	23
3.2. Administradoras.....	26
3.3. Autogestão.....	26
3.4. Cooperativas Médicas.....	28
3.5. Cooperativa Odontológica.....	30
3.6. Medicina de Grupo.....	30
3.7. Filantropias.....	31

3.8. Odontologia de Grupo.....	31
3.9. Seguradoras.....	32
CAPÍTULO IV	
4. PLANOS DE SAÚDE.....	34
4.1. Planos Antigos ou não Regulamentados.....	34
4.2. Planos Novos ou Regulamentados.....	35
4.3. Planos Adaptados.....	35
CAPÍTULO V	
5. TIPOS DE PLANOS.....	36
5.1. Plano Ambulatorial.....	36
5.2. Plano Hospitalar.....	37
5.3. Plano Hospitalar com Obstétrica.....	37
5.4. Plano Odontológico.....	38
5.5. Plano Referência.....	38
CAPÍTULO VI	
6. INSTRUÇÕES GERAIS SOBRE OS PLANOS DE SAÚDE.....	39
6.1. O Contrato.....	39
6.2. Tipos de Contrato.....	39
6.2.1. Contrato Individual ou Familiar.....	40
6.2.2. Contrato Coletivo.....	40
6.3. Carências.....	40
CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS.....	45

Resumo

O crescimento desencadeado e a total falta de controle, que beneficiavam os médicos e estabelecimentos hospitalares autônomos, provocam a necessidade da intervenção do Estado, para o que chamamos hoje de saúde suplementar, através da regulação desse setor e criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Obrigou, assim, as empresas que atuam nesse setor a se adequarem à regulação, visando as necessidades dos usuários dos planos de saúde.

Palavras – chave: saúde – saúde suplementar – agência reguladora – planos de saúde.

Resumen

El crecimiento desencadenado y la total falta de control, que beneficiaban los médicos y establecimientos hospitalares autónomos, provocan la necesidad de la intervención del Estado, para lo que llamamos hoy de salud suplementar, a través de la regulación de ese sector y creación de la Agencia Nacional de Salud Suplementar. Obligo, así, a las empresas que actúan en ese sector a adecuarse a la regulación, visando las necesidades de los usuarios de los planes de salud.

Palabras – llaves: salud - salud suplementar – agencia reguladora - planes de salud

ABSTRACT

The growth triggered and total lack of control that benefited doctors and autonomous hospitals, being necessary the state intervention, for what we today call additional health through the regulation of this sector and the creation of the National Health Insurance. That a way, the companies that act in that sector are obliged to adapt itself the regulation, having focus on user's needs of health plans.

Keywords: health - health supplement - regulatory agency - health plans

INTRODUÇÃO

Com o enfraquecimento da prática médica liberal e dos estabelecimentos hospitalares autônomos, deu-se lugar a um novo mercado, um novo modelo empresarial de assistência médica apto para o crescimento, desencadeando a total falta de controle que beneficiava essas empresas.

Devido a essa falta de controle houve a necessidade da intervenção do Estado, através da regulação e da criação da ANS, com a função de promover o interesse público, obrigando as empresas de saúde suplementar a se adequarem as novas regras, em prol da defesa do consumidor.

Diante desses acontecimentos que assolavam os usuários de saúde suplementar, esta pesquisa abordará temas sobre o papel da ANS, identificará qual a sua importância como agência reguladora, quais os fatores que levaram ao crescimento da saúde suplementar, como ela é regulada, quais eram os abusos praticados pelas operadoras antes de sua criação, quais são as tendências e como está se comportando o setor nos dias atuais. Por fim, abordará de uma forma geral, qual a sua importância como agente regulador que busca a qualidade e a garantia dos direitos dos usuários

1. AGÊNCIAS EXECUTIVAS E REGULADORAS

1.1. Considerações Gerais

As agências são de criação recente no Brasil, tendo o seu surgimento em decorrência das transformações que assolavam o Estado e da necessidade de se criarem órgãos capazes de regular determinados setores econômicos. As agências são como um órgão intermediário entre a sociedade e o Poder Público, que tem como principal função mediar os interesses e, assim, proporcionar uma maior flexibilidade e comunicabilidade entre eles.

Com o crescimento da economia e com reforma do Estado, aconteceu um grande movimento de privatização nacional possibilitando as influências internacionais que acabaram por refletir na economia e na estrutura do Estado Brasileiro. Assim, houve a necessidade da criação das agências.

Na realidade, o fato de alguns serviços públicos terem sido privatizados, ou não, em nada influencia na essência desse serviço. Ele não perde o seu caráter público. As privatizações de alguns setores não tiram o caráter público desses serviços, ou seja, as companhias são privadas, porém os serviços continuam sendo público.

Segundo Aurélio (1988, p. 22), agência significa:

1. Função ou cargo de agente. 2. Gratificação de agente; comissão.
3. Empresa especializada em prestação de serviços. 4. Sucursal de repartição pública de banco ou casa comercial. 5. Diligência, atividade; trabalho. 6. *Propag.* Agência de propagandas.

O termo agência tem vários significados. No entanto, as agências as quais nos referimos retrata uma nova modalidade, não somente o termo, porém, a sua aplicabilidade são recentes aqui no Brasil. As agências tem a sua origem nos moldes norte-americanos, que por sua vez, vem por algum tempo utilizando as agências muito em seus setores econômicos e a mais tempo. Desta forma, as agências norte-americanas são mais eficientes que as recém criadas agências brasileiras. Di Pietro (2001, p. 391) define que:

O vocábulo agência é um dos modismos provenientes do processo de globalização, que foi importado dos Estados Unidos da América, onde ele abrange “qualquer autoridade do Governo dos Estados Unidos, esteja ou não sujeito ao controle de outra agência, com exclusão Congresso e dos tribunais.

Para as ciências sociais nos Estados Unidos, as agências, quanto a sua forma de atuação são um tipo distinto de fazer política, enquanto que para alguns países da Europa há uma tendência de identificar as agências em um campo mais amplo que envolve o direito, a economia e a ciência política

No caso dos Estados Unidos, excluindo os três poderes, todas as demais autoridades públicas constituem agência. As agências norte-americanas, quando falamos de administração pública, significa falar de agências que baixam normas, que dependendo da sua área de atuação afetam de algum modo a sociedade. Assim explica Di Pietro (2001, p. 391): “As agências norte-americanas exercem funções quase-legislativas, porque editam normas; e funções quase-judiciais, porque resolvem determinados conflitos de interesses, determinando o direito aplicável para solucioná-los”.

Por outro lado, aqui no Brasil as agências são diretamente ligadas ao Poder Executivo. Assim, está preconizado no artigo 84, II, da Constituição Federal, “exercer, com auxílio dos Ministros de Estado, a direção superior da administração federal”.

Portanto, quando nos referimos a sua criação, não há possibilidades de serem criadas agências sem o consentimento superior do presidente da república. Podemos assim dizer que o direito norte-americano serviu de modelo para o que chamamos de agência, que vem se proliferando com sua quase personalidade jurídica. Desta forma Di Pietro (2001, p. 392), conclui:

Não é um fenômeno que ocorre apenas no direito brasileiro; ele vem se difundindo pelo mundo, dentro do já referido movimento da

globalização, ainda que no direito brasileiro não haja grandes justificativas para a adoção dessa terminologia.

O que mais nos atrai de fato nas agências brasileiras é a sua maior independência em relação ao Poder Executivo, fato que não é de se estranhar, pois, no próprio direito brasileiro existem órgãos com sua independência, como por exemplo: as Autarquias, as Universidades Públicas, a OAB, entre outros, cujos dirigentes têm mandatos fixos, não podendo ser exonerados pelo Poder Executivo. Há outras entidades que têm a sua função reguladora, como o CADE, Banco Central, Conselho Monetário Internacional, entre outros.

Algumas agências que foram criadas e até mesmo as que virão a ser criadas, nada mais são do que autarquias que possuem um regime especial. Para o direito brasileiro, essa terminologia, “agência” criada há pouco tempo, é nova. No entanto, já se destacam dois tipos de agência: as executivas e as reguladoras.

1.2. Agências Executivas

As agências executivas são autarquias ou fundações públicas, que detêm alguns privilégios. Para que tenham esses privilégios, é necessário que haja vínculo contratual com algum órgão da Administração Pública ou Ministério onde estão enquadradas as suas atividades.

Essas agências executivas nada mais são do que pessoas jurídicas de direito público que depois de celebrado contrato com a Gestão Pública têm como objetivo reduzir custos, otimizar e aperfeiçoar a prestação de serviços públicos. O fato principal que levou a criação dessas agências foi o processo de privatização de determinados serviços públicos. Gasparini (2007, p. 338-339) define agência executiva como sendo:

A autarquia ou a fundação governamental assim qualificada por ato do Executivo, responsável pela execução de certo serviço público, livre de alguns controles e dotadas de maiores privilégios que as assim não qualificadas, desde de que celebre com a Administração Pública a que se vincula um contrato de gestão. A qualificação não cria uma nova pessoa.

Neste caso quando citado as “fundações públicas” estamos nos referindo a órgãos criados pelo governo, autarquias especiais criadas para regular determinados setores da economia. Temos como exemplo de agência executiva o INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia). Esta agência tem por funções a execução da política governamental de aplicação e fiscalização das normas e regras específicas para os setores da economia, do comércio e da indústria, de uma forma geral. Assim como, a ABIN (Agência Brasileira de Inteligência) que tem como sua principal função investigar ameaças reais e potenciais, bem como identificar oportunidades de interesse da sociedade e do Estado brasileiro, e defender o estado democrático de direito e a soberania nacional.

Não é qualquer entidade ou órgão que é intitulada agência executiva, mas sim, entidades preexistentes como autarquias e fundações governamentais. Conclui Gasparini (2007, p. 339):

Não há criação de qualquer entidade nova. Utiliza-se a autarquia ou fundação pública já existente. Apenas se lhe atribui, atendidas as exigências legais, a qualificação de agência executiva. Nada impede que seja criada uma autarquia e, observadas as exigências legais, a ela seja atribuída a qualificação de agência executiva. Ainda aqui não se criou com a qualificação qualquer nova entidade autárquica.

Para que se receba o título de agência executiva e assim goze dos seus privilégios, é necessário que tenham alguns requisitos como celebrar contrato de gestão junto ao Órgão ou Ministério ao qual está vinculada a sua atividade, é necessário também, que tenham planos estratégicos de reestruturação e de desenvolvimento institucional em andamento.

Quando enquadrado nos requisitos legais, acaba por se qualificar, recebendo o título de agência executiva, tendo o seu objetivo principal a execução de atividades administrativas, podendo perdê-la se deixar de preencher alguns requisitos legais. Nestes termos, define Gasparini (2007, p. 339):

A qualificação de certa autarquia ou fundação governamental é o ato administrativo que a reconhece como portadora de atributos que lhe dão a natureza de agência executiva. Assim, ainda que tenha esses atributos não será agência executiva antes desse reconhecimento. O reconhecimento é ato na esfera federal, do Presidente da República, veiculado mediante decreto. É editado por indicação do Ministério Supervisor.

A qualificação de autarquia ou fundação como agência executiva poderá ser conferida mediante iniciativa do Ministério ao qual se identifica, com permissão do Ministério da Administração Federal, que ficará incumbida de verificar o seu cumprimento, pela entidade candidata à qualificação.

O intuito de criar melhorias nessas entidades são para buscar uma maior eficiência nos serviços prestado por elas. Assim, conclui Grau (1998, p. 327):

Trata-se, portanto, de substituir, nessas agências, a administração públicas burocrática por uma “administração pública gerencial” baseada no controle posterior dos resultados e na competência administrativa, assim como fortalecer a participação social na formulação e avaliação de políticas públicas.

Desta forma concluí-se que as agências executivas fazem parte da administração pública indireta, são pessoas jurídicas de direito público e consideradas como autarquias especiais, que tem como sua principal função o controle de pessoas privadas incumbidas da prestação de serviços públicos, sob o regime de concessão ou permissão. Por outro lado, podemos dizer que as agências reguladoras, que veremos a diante, devem ter maior autonomia do que as agências executivas, já que não existem para realizar políticas de governo, mas para executar funções e regular o fornecimento de serviços públicos do setor público de infraestrutura, citamos alguns exemplos como, a ANNEL – energia elétrica, ANATEL – telecomunicações e ANS – saúde suplementar, entre outras.

1.3. Agências Reguladoras

Agências Reguladoras são órgãos do Governo Federal responsáveis por promover, com eficiência, o controle e fiscalização, bem como a regulamentação, como o seu próprio nome já diz, dos serviços oferecidos à sociedade.

Segundo Justen Filho (2002, p. 353), as agências podem significar “uma opção de organização estatal para minorar problemas e dificuldades gerados pela ampliação da complexidade social e a transformação das funções reservadas ao Estado”, tudo isso dimensionado com maior amplitude a Administração Pública,

como já mencionado, em prol da sociedade, e assim, garantir o direito do usuário ao serviço público de qualidade.

Estas instituições foram criadas a partir do momento em que o Governo Federal transferiu os serviços públicos para o setor privado, pois, antes de criadas não dispunham de condições para enfrentar as atuações dessas parcerias.

Gasparini (2007, p. 341) define agência reguladora como “política que transfere para o setor particular a execução dos serviços públicos e reserva para a Administração Pública a regulamentação, o controle e a fiscalização da prestação desses serviços aos usuários e a ela própria”, ou seja, sua principal função é o controle de pessoas privadas incumbidas da prestação de serviços públicos, sob o regime de concessão ou permissão. Di Pietro (2001, p. 394) define:

Agência reguladora, em sentido amplo, seria, no direito brasileiro, qualquer órgão da Administração Direta ou entidade da Administração Indireta com função de regular as matérias que lhe estão afetas. Nesse sentido, a única coisa que constitui inovação é o próprio vocábulo, anteriormente não utilizado para designar entes da Administração Pública.

Quanto a mudança do vocábulo, se entende que, por se tratar de sua recente implantação no Brasil, que o ato de regular nada mais é do que baixar normas. Di Pietro (2001, p. 87) preconiza que o poder regulamentador são “atos pelos quais a Administração exerce o seu poder normativo, e têm em comum com a lei o fato de emanarem normas, ou seja, atos com efeitos gerais e abstratos”. Embora seja um tema novo, Sundfeld (1997, p. 18) explica:

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

Esse novo papel assumiu alguns poderes, que já vinham sendo desempenhados pelo próprio Governo, que passa a ser exercido pela iniciativa

privada. Ou seja, os serviços públicos são privatizados. Há casos em que o poder público regula setores e atividades sem, contudo, utilizar órgãos públicos ou agências reguladoras, como é o caso da regulação das atividades profissionais (médicos, economistas, enfermeiros, nutricionistas, advogados, administradores, etc.) que é realizada por entidades de classe delegadas pelo poder público, entretanto não recebem o título de Agência Reguladora. Podemos dizer também que são autarquias de regime especial, com uma maior autonomia em relação à Administração Pública. Assim explica Gasparini (2007, p. 342):

São criadas por lei como autarquias de regime especial. Essa sua natureza jurídica. Como autarquias de regime especial recebem os privilégios que a lei criadora lhes outorga e os comuns a todas as autarquias, indispensáveis ao atingimento de seus fins.

Não há muitas diferenças em relação à tradicional autarquia, a não ser uma maior autonomia financeira e administrativa, além de seus diretores serem eleitos para mandatos por tempo determinado. No entanto, para que essas agências recebam esses privilégios, também são necessários que firmem algum vínculo contratual com o Ministério ao qual está relacionada a sua função. Mas para que essas Agências possam firmar esses contratos são necessários que essas Autarquias atendam alguns requisitos. Assim como, podem perder esse vínculo contratual caso deixem de cumpri-los.

Quanto a esses privilégios não quer dizer que seja plena a sua independência. Di Pietro (2001, p. 396) explica que “no direito norte-americano, as agências reguladoras gozam de certa margem de independência em relação aos três Poderes do Estado”, ao contrário do próprio direito brasileiro, em relação ao judiciário a independência praticamente não existe, a agência pode dirimir conflitos em última instância administrativa, bem como no poder legislativo a independência também não existe, tendo em vista que os seus atos normativos não podem conflitar com as normas constitucionais ou legais, por força do princípio da legalidade. Desta forma, podemos dizer que nada impede que o Poder Legislativo tenha o poder para fiscalizar e controlar. Assim, define Bastos (1989, p. 117):

A existência da fiscalização e do controle nos casos expressamente previstos na Constituição, a rigor, não ofende a separação dos poderes, pelo contrário, confirma-a, no sentido de que por esta separação não se objetiva tão-somente a apartação de funções, mas, precisamente, o controle de uma sobre as outras.

Neste contexto podemos dizer que a principal finalidade das Agências é regular e/ou fiscalizar a atividade de determinado setor da economia do país. Nada impede que o Poder Legislativo acompanhe os atos normativos, bem como representantes populares, transmitindo uma maior transparência, que pairam sobre a sua legalidade e legitimidade. Assim, explica Moreira Neto (2000, p. 25):

O princípio da transparência é instrumental para a realização dos princípios da participação e da impessoalidade, na medida em que permite a efetiva aplicação dos dois tipos de controle da administração pública: estatais, efetuados por si própria e pelos demais Poderes, e sociais, pelos cidadãos e pelas entidades da sociedade civil.

A maioria das agências tem como parte dos seus conselhos administrativos representantes de determinados órgãos ou entidades da sociedade, que tem como principal função debater temas relevantes para o bom funcionamento da instituição.

No entanto, no que se diz respeito a sua maior independência em relação ao Poder Legislativo e Judiciário, é no Poder Executivo que a agência obtém sua maior independência. Di Pietro (2001, p. 397), explica que:

A independência maior que existe é em relação ao Poder Executivo, assim mesmo nos limites estabelecidos em lei, podendo variar de um caso para outro. Como autarquias, compõem a Administração Indireta, sendo-lhes aplicáveis todas as normas constitucionais pertinentes; assim sendo, estão sujeitas à tutela ou controle administrativo exercido pelo Ministério a que se acham vinculadas, ao controle exercido pelo Congresso Nacional, previsto no artigo 49, X, da Constituição, não podendo escapar à “direção superior da administração federal”, prevista no artigo 84, II. Porém, como autarquias de regime especial, os seus atos não podem ser revistos ou alterados Pelo Executivo. A estabilidade outorgada aos dirigentes das agências confere maior independência, não muito comum na maior parte das entidades da Administração Indireta, em que os dirigentes, por ocuparem cargos de confiança do Chefe do Poder Executivo, acabam por curvar-se a interferências, mesmo que ilícitas.

Podemos, assim, entender que ao criar as agências reguladoras, o Poder Executivo tirou todas as atribuições que a ele pertencia e as passou às agências reguladoras, definidas por Di Pietro (2001, p. 397) como:

As atribuições das agências reguladoras, no que diz respeito à concessão, permissão e autorização de serviços público resumem-se ou deveriam resumir-se às funções que o poder concedendo exerce nesses tipos de contratos ou atos de delegação.

Para um melhor entendimento citamos aqui alguns exemplos de agências reguladoras, que têm as seguintes finalidades básicas: a) fiscalizar serviços públicos: ANEEL, ANTT, ANAC, ANTAC; b) fomentar e fiscalizar determinadas atividades privadas: ANCINE; c) regulamentar, controlar e fiscalizar atividades econômicas ANP; d) exercer atividades típicas de estado: ANVISA e ANS.

Essas atribuições, só poderiam ser exercidas através dos poderes que a elas foram dados pela Constituição Federal de 1988, artigo 175: “Incumbe ao Poder Público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, prestação de serviços públicos”, e artigo 174, que determina a sua função reguladora: “Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado”.

Enfim, o Brasil vem seguindo uma tendência mundial, se moldando a uma nova forma de modelo, isto é, mediador e regulador, desprendendo-se das amarras do monopólio estatal resquício da Era Vargas e do regime militar.

2. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O setor de saúde suplementar surgiu no Brasil em meados dos anos 60 e, de certa forma, se expandiu significativamente nas décadas de 80 e 90. A regulação do setor se deu, no entanto, em 1998, com a publicação da Lei nº 9.656. Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a Lei 9.961, tendo como principal intuito, promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

2.1. Panorama recente da Saúde Suplementar

No início do Século XX, os sistemas de saúde das sociedades, principalmente as ocidentais, estavam sob o comando dos profissionais da medicina. Somente, após a 2ª Guerra Mundial os governos se encarregaram dos serviços de saúde, criando uma disputa constante pelo controle do sistema, tendo como seus concorrentes principalmente médicos, companhias de seguros e o próprio Estado.

Somente em meados dos anos 80 é que os governos introduziram, através dos sistemas regulatórios, mecanismos de planejamento ou de regulação de mercado. Assim, explica Nitão (2004, p. 33):

Particularmente nos anos 80, com objetivo de maior equidade e economia de recursos, os governos introduziram uma gama de mecanismos regulatórios e financeiros para melhorar o acesso aos serviços de saúde e de contenção de custos. Nesta busca de um *trade-off* entre acesso *versus* eficiência foram introduzidos nos sistemas de saúde, vários mecanismos de planejamento ou de regulação de mercado.

Entretanto, esses supostos mecanismos de planejamento e de regulação daquela época não eram tão eficientes devido a vários fatores, como por exemplo, o crescimento desse mercado de prestação de serviços à saúde.

De certa forma em que a provisão era feita diretamente por instituições governamentais, para o estabelecimento de contratos entre os prestadores de

serviços e o governo, uma grande parcela de recursos foi destinada para estabelecimento dos instrumentos de contratualização, ou seja, deram ênfase para contratos entre o governo e o sistema privado de saúde.

Para um melhor entendimento, o governo comprava serviços privados dos hospitais, a fim de incentivar que os serviços fossem mais eficientes em termos econômicos. Houve aí a necessidade de desenvolver melhorias nos indicadores de qualidade e de resultado da assistência à saúde, no sentido de evitar que se fosse dada uma ênfase excessiva, reduzindo os custos e, assim, causando danos ao bem-estar dos pacientes.

Dadas às características da assistência a saúde, de certa forma, por ser um bem social, as instituições prestadoras de serviços com a suas características voltadas para o empresariado, no sentido e aumentar a eficiência, visava também o acompanhamento dos lucros, e assim, voltaram-se para o mercado. Desta forma, em algumas situações, como por exemplo, na melhoria na qualidade de produtos e serviços para o consumidor, adquiriu-se uma maior importância do papel regulador do Estado.

Essa inovação adotada pelo empresariado, por um lado é bom, pois acabou por expandir as escolhas dos beneficiários por serviços e qualidade. No entanto, esse suposto efeito positivo, por um lado pode ter menos efeitos positivos, se não forem adequadamente demarcados por uma efetiva regulação do Estado.

Por fim, inúmeros são os fatores que possibilitam o crescimento do setor da saúde, e o mais expressivo é a procura por uma melhor assistência à saúde, tendo em vista a precariedade do Sistema Público de Saúde.

2.2. A reforma do Estado

A remodelagem do Estado vem acompanhada de vários benefícios para a sociedade, ou o que podemos chamar benefícios sociais, sem os quais seria impossível alcançar a democracia prevista na Constituição Federal, que tem como intuito evitar a continuidade do individualismo, tido como o bem maior da sociedade. Essa nova forma deu ao Estado um novo perfil, quanto ao seu modo de atuar em

vários setores da economia, restringindo algumas supostas liberdades. Desta forma, explica Carvalhosa (1973, p. 96):

O Estado intervém no campo econômico-social fundado nas propostas de solidarismo, como sejam: a negação do princípio liberal da coincidência entre o interesse individual e o coletivo; a necessidade de reavaliação dos princípios da liberdade e de igualdade, no tocante aos menos afortunados, visando revesti-los de conteúdo e substância; o reconhecimento de que, no bem-estar coletivo, reside a primeira e indispensável etapa para a elevação do ser humano.

Configura assim o aparecimento de um Estado Social, que no entanto, em decorrência de muitos movimentos sociais resultantes do grande desenvolvimento social e grandes desenvolvimentos industriais, começa a ser incorporada ao Estado outra tarefa, como zelar por relações contratuais, para que desta forma fossem minimizados as desigualdades entre as partes contratantes.

Quanto a essa remodelagem do Estado, é bom ressaltar que estamos nos referindo à Constituição Federal de 1988, a qual elenca o art. 170, o Capítulo da Ordem Econômica e Financeira, tendo como princípios, que o governo deve observar, para que sejam alcançados os seus objetivos, ensinados por Bastos (2000, p. 153), que “os princípios constitucionais são aqueles que guardam os valores fundamentais da ordem jurídica”. Desta forma, determinam ao Poder Público os caminhos a serem seguidos. Desta maneira, podemos dizer que o Estado vem atuando nos vários setores da economia, como agente regulador e fiscalizador usando dos meios jurídicos.

Visto de uma outra ótica, há de se dizer que o Estado passou a utilizar alguns mecanismos, dentro do seu sistema legal, segundo explica Bresser-Pereira (1997, p. 37):

Toda sociedade, ao se coordenar, utiliza-se de um conjunto de mecanismos de controle, que podem ser organizados e classificados de muitas maneiras, porém o princípio geral é o de que será preferível o mecanismo de controle que for mais geral, mais difuso, mais automático

Dentro deste contexto, envolvendo o seu sistema legal, podemos visualizar esses instrumentos através de mecanismos de controle fundamentais em que envolvem o Estado, o mercado e a sociedade. O Estado no qual está incluído o

sistema legal, constitui-se pelas normas jurídicas e as instituições fundamentais da sociedade. De uma certa forma, o mecanismo de controle que se identifica mais com o Estado, na medida que estabelece os mais básicos princípios e seus mecanismos, para que possam atuar nas mais variadas dimensões das regulamentações.

2.3. A regulação da Saúde Suplementar no Brasil

O campo da saúde suplementar no Brasil começa a ser regulado com a implantação da P.N.D. Programa Nacional de Desestatização, criado pela Lei nº 8.031, de 12.04.1990, que deu condições para a reforma do aparelho do Estado brasileiro, intermediado pela Lei nº 9.656, de 03.06.1998.

Embora esse campo fosse criado por entidades que operavam o mercado de saúde suplementar há mais de um século no Brasil, o modelo de regulação somente viria a ser criado algum tempo após, tendo algumas atribuições dos Ministérios da Saúde e da Fazenda, que mais tarde viria a evoluir para a criação de uma agência reguladora específica para o setor da saúde suplementar.

A regulamentação dos planos e também dos chamados seguros-saúde no Brasil, sofrem profundas reformas, aos quais já necessitavam de uma certa normatização, a denominada assistência médica suplementar, da época. Podemos assim dizer que o crescimento desse setor e com a entrada de novas empresas atuando nesses mercados, foram representativos para criação de um órgão regulador.

Junto com o crescimento desse mercado, pelo lado da assistência, cresciam também as denúncias dos consumidores sobre os serviços prestados, o não atendimento de clientes, bem como a elevação exorbitante dos preços. Por outro lado, as entidades médicas passam a se posicionar contra o controle da utilização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, as políticas de credenciamento da prestação de serviços e os valores de remuneração praticados pelas operadoras de planos e seguros-saúde, todos esses fatores ajudaram a promover o caos.

Somente no ano de 1996 foi enviado ao Congresso Nacional, com iniciativa do Ministério da Saúde, um projeto de lei referente ao ressarcimento do SUS, dos gastos dos beneficiários dos planos privados. Podemos, assim, dizer que essa iniciativa já seria um passo para a criação de um órgão regulador para o setor da

saúde suplementar. Nesse mesmo ano foi criado uma Comissão Especial na Câmara dos Deputados, com o intuito de estudar a regulamentação dos planos privados, e assim, propor um projeto de lei para o setor.

Há três períodos que marcaram a saúde suplementar no Brasil até a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, destacadas por Nitão (2004, p. 50):

a) Em 1997, é montado um grupo interministerial específico sobre o tema (com representantes do Ministério da Saúde, da Justiça e da Fazenda). Sob as pressões dos diversos interesses das diversas modalidades empresariais que atuam no mercado, consumidores, entidades médicas, técnicos dos Ministérios envolvidos, instalou-se uma disputa inter-ministerial pela institucionalização da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde e em setembro do mesmo ano, por iniciativa do Poder Executivo, é finalmente enviado projeto de lei para apreciação pelo Congresso Nacional, o que viria a se constituir na Lei Nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Por esse modelo, a regulação do setor seria operada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) do Ministério da Fazenda e o Ministério da Saúde teria o papel de assessoramento.

b) Esta etapa é caracterizada pelo debate no Senado Federal e edição da Medida Provisória (MP) Nº 1.665/98, alterando substancialmente a Lei Nº 9.656 no que diz respeito a cobertura assistencial. O Plano Referência, instituído pela Lei Nº 9.656/98, passa a ser o único modelo de plano aprovado para comercialização; é criada a Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo com participação de entidades representantes de operadoras, consumidores e governo e a definição da regulamentação passa a ser dividida nos aspectos econômico-financeiros e assistenciais entre o Ministério da Fazenda (SUSEP) e o Ministério da Saúde (mediante o recém-criado Departamento de Saúde Suplementar no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde), respectivamente. A MP passa então a ser reeditada quase que mensalmente até agosto de 2001 com o número 2.177-44.

c) O terceiro, que contempla o atual estágio do marco regulatório, dá-se com a unificação legal das competências sobre a atuação nos aspectos econômico-financeiros e assistenciais em um único órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia federal criada pela Lei Nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000.

O plano de referência citado pelo autor no item “b” se refere a um plano com cobertura assistencial médico-ambulatorial hospitalar, compreendendo obstetria e tratamentos, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva (UTI) ou similar,

quando necessária a internação hospitalar, sendo este o único plano a ser aprovado e comercializado.

No entanto, é importante lembrar que a regulamentação do setor de saúde suplementar, é exigida pela Constituição de 1988. Porém, surge apenas em 1998, quando o Sistema Único de Saúde, o SUS, já apresentava, além dos três itens que foram citados anteriormente, no mínimo, mais cinco importantes marcos em todo seu processo de construção: a Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8080/90, a extinção do INAMPS, a NOB – Norma Operacional Básica/93, a NOB/96 e a implantação do PAB - Piso da Atenção Básica em 1998.

2.4. A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada pela Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000. É uma autarquia sob regime especial, e que mantém vínculo junto ao Ministério da Saúde. Tendo como principal missão promover a defesa dos interesses públicos na assistência suplementar à saúde, e tem como função regular as operadoras, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo, assim, para o desenvolvimento das ações de saúde no Brasil. Entre suas competências, destacam-se as seguintes:

Propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU para a regulação do setor de saúde suplementar.

Estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras.

Estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde.

Normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes.

Definir, para fins de aplicação da Lei 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades.

Decidir sobre o estabelecimento de subsegmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei 9.656, de 1998.

Autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde.

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

Fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento.

Articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990. (Fonte: www.fenaseg.org.br)

Como podemos observar, essa agência foi criada no âmbito do Ministério da Saúde e a ele é vinculada. Mantém a regulação no mesmo âmbito da saúde, porém como Agência Reguladora, e traz consigo sua condição diferenciada, que são eles: maior poder de atuação, autonomia administrativa e financeira, decisões tomadas em Diretoria Colegiada, seus dirigentes tem mandato definido em lei e, por último, tem o poder legal concedido às agências reguladoras para assim colocar em prática as suas resoluções. Para que possa atuar, a Agência mantém vínculo através de um contrato de gestão, negociado entre as partes, as quais são representadas pelo seu Diretor-Presidente e o Ministro da Saúde. Para o seu funcionamento tem que ser aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar (integrado pelo Ministro–Chefe da Casa Civil, que o preside, e os Ministros das seguintes pastas: Saúde, Fazenda, Justiça e Planejamento, Orçamento e Gestão). Esse Contrato de Gestão estabelece os parâmetros para a administração interna da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e são os indicadores de avaliação do seu desempenho. Caso haja descumprimento, sem justificativa, do Contrato de Gestão, isso implica na dispensa do seu Diretor-Presidente, pelo próprio Presidente da República, somente se for solicitado pelo Ministro da Saúde.

Faz parte da estrutura da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a Câmara de Saúde Suplementar, que tem como principal objetivo promover a discussão entre as partes dos temas relevantes para o setor da Saúde Suplementar. Ela também ajuda a estabelecer parâmetros para as decisões da Agência, conforme manda a Lei 9.961/2000. A Câmara de Saúde Suplementar é integrada pelos seguintes membros:

I. pelo diretor-presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;

- II. por um diretor da ANS, na qualidade de Secretário;
- III. por um representante de cada Ministério indicado a seguir:
 - Fazenda.
 - Previdência e Assistência Social.
 - Trabalho e Emprego.
 - Justiça.
 - Saúde.
- IV. por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicado:
 - Conselho Nacional de Saúde.
 - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde.
 - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.
 - Conselho Federal de Medicina.
 - Conselho Federal de Odontologia.
 - Conselho Federal de Enfermagem.
 - Federação Brasileira de Hospitais.
 - Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços.
 - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas.
 - Confederação Nacional da Indústria.
 - Confederação Nacional do Comércio.
 - Central Única dos Trabalhadores.
 - Força Sindical.
 - Social Democracia Sindical.
- V. por um representante de cada entidade a seguir indicada:
 - Defesa do consumidor.
 - Associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde.
 - Segmento de autogestão de assistência à saúde.
 - Empresas de medicina de grupo.
 - Cooperativas de serviços médicos que atuam na saúde suplementar.
 - Empresas de odontologia de grupo.
 - Cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar.
 - Entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.
 - Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – Fenaseg.
 - Seguradoras Especializadas em Saúde (Fonte: www.fenaseg.org.br)

Desta forma, podemos dizer que há algumas diferenças entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em relação às outras agências reguladoras, como a Agência Nacional de Petróleo (ANP), a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) e a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), que foram criadas quando houve o processo de privatização e a quebra do monopólio estatal das atividades nesses setores da economia e de diversificação e estímulo à competição nesses mercados. A ANS foi criada para regular as atividades de um setor já exercido pela iniciativa privada, para correção de desequilíbrios econômico-

financeiros das empresas, e na relação entre as operadoras de planos e seguros de saúde e os consumidores.

3. OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Operadoras de Planos de Saúde são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar, oferecendo, aos consumidores os planos de assistência à saúde. São pessoas jurídicas constituídas sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, autorizadas, a partir do registro na ANS, a comercializar planos privados de assistência à saúde.

3.1. O que é Saúde Suplementar

A Lei 9.656/1998 define Operadora de Plano de Assistência à Saúde como sendo a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente as expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Em 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da Resolução de Diretoria Colegiada nº. 39, classificou as operadoras nas seguintes modalidades:

- a) Administradora, que se subdividem em administradoras de planos e serviços;
- b) Cooperativa médica;
- c) Cooperativa odontológica;
- d) Autogestão que se subdividem em não patrocinadas e patrocinadas;
- e) Medicina de grupo;
- f) Odontologia de grupo;
- g) Filantropia;
- h) Seguradoras.

Fonte: (www.fenaseg.org.br)

Para as modalidades de medicina em grupo, cooperativa médica e filantropia, a mesma Resolução de Diretoria Colegiada nº 39, que trata sobre sua

segmentação, que foram definidas devido à necessidade de dimensionar às despesas assistenciais em rede própria. A norma assim previu, em seu art. 4º:

I - segmento primário principal - SPP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; II - segmento primário principal / SUS SPP/SUS: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos 30% (trinta por cento) de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS; III - segmento primário subsidiário - SPS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; IV - segmento secundário principal - SSP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; V - segmento secundário subsidiário - SSS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; ou VI - segmento terciário ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos ou hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde.”

Esses que foram citados acima se referem às modalidades de assistência à saúde, as chamadas operadoras médico-hospitalares. Entretanto, para as operadoras odontológicas a segmentação é classificada da seguinte maneira, conforme a mesma Resolução, porém no artigo 5º:

I segmento próprio - SP: as que despendem, em sua rede própria, mais 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos; II segmento misto - SM: as que despendem, em sua rede própria, entre 10% (dez por cento) e 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos; ou III segmento terciário - ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 10% (dez por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos.”

Podemos dizer que essas nomenclaturas foram adotadas pela Agência Nacional e Saúde Suplementar que visa atender aos vários requisitos legais e regulamentares exigidos para a atuação das mais diversas modalidades e segmentos de operadoras de planos de saúde. Desta forma são exigidos todos os tipos de informações que devem ser fornecidas sempre para acompanhamento do seu desempenho assistencial e constituição das garantias financeiras. Para que se tenham essas garantias financeiras, essa segurança, as operadoras sem fins lucrativos (as filantrópicas, cooperativas e autogestões) informam provisão, que seria um tipo de contrato firmado entre as partes para operação, e devem manter um patrimônio, a qualquer tempo, maior ou igual a zero, referente às operadoras com fins lucrativos. Estas constituem capital mínimo e deverão manter o patrimônio líquido igual ou superior ao capital mínimo. As operadoras do segmento terciário devem constituir a chamada margem de solvência como reserva.

A tabela a seguir demonstra a quantidade de operadoras em atividade desde dezembro de 2003 até março de 2009, no Brasil.

Tabela 1: Operadoras em atividade:

Ano	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas	Operadoras com beneficiários
Dez/2003	1.137	383	1.520
Dez/2004	1.123	376	1.499
Dez/2005	1.122	377	1.499
Dez/2006	1.124	385	1.509
Dez/2007	1.126	393	1.519
Dez/2008	1.125	404	1.529
Mar/2009	1.122	403	1.525

Fonte: Cadastro de Operadoras/ANS/MS - 03/2009 e Sistema de Informações de Beneficiários - ANS/MS - 03/2009

Conforme, analisado podemos observar que não houve um aumento expressivo de operadoras, desde dez/2003 a mar/2009. Entretanto, cremos que esse é um mercado promissor, com grande tendência de crescimento.

Desta forma, citamos abaixo as principais características das operadoras de planos de saúde.

3.2. Administradoras

São empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde. São financiadas por outras operadoras, prestando um serviço de terceirização. Portanto, não assume qualquer que seja os riscos da operação dos planos e também não possuem rede própria, credenciada ou referenciada.

As administradoras de serviços foram proibidas de atuar no setor de saúde suplementar, uma vez que comercializavam produtos (como por exemplo, cartão-desconto), sem as garantias assistenciais das coberturas previstas na Lei 9.656/98 (RN N° 44/03). Certamente, a caracterização desta modalidade terá de ser mais bem definida quando da elaboração das normas de registro definitivo das operadoras.

3.3. Autogestão

São modalidades de operadoras sem fins comerciais, que visam o atendimento de trabalhadores de empresas ou filiados de sindicatos, associações e fundações. Desta forma, esta denominação não distingue se a gestão é feita pelos trabalhadores de uma empresa ou pela empresa empregadora. A sua caracterização envolve certa complexidade uma vez que há de se levar em conta os princípios relativos às formas de financiamento, gestão, organização jurídico-institucional e o risco pela variação dos custos da assistência médico-hospitalar.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, RDC n° 39 define autogestão como sendo:

Entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde de seus empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados e respectivos grupos familiares, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas,

fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados. (Fonte: www.fenaseg.org.br)

As autogestões fazem parte da categoria de entidades de caráter mutualista. Ou seja, a gestão do risco é assumida pela empresa empregadora ou por entidade de trabalhadores ou profissionais, enquanto nas empresas do ramo securitário há contratação de uma outra empresa para a gestão desse risco, como no caso das medicinas de grupo, cooperativas e seguradoras. Podemos ainda dizer que autogestões se diferenciam de acordo com sua forma jurídico-institucional em:

a) gestão da assistência por entidades paralelas a empresas ou a grupos de trabalhadores ou profissionais, organizadas em caixas de assistência, entidades de previdência fechada, sindicatos e associações. Neste caso, a operadora possui estatuto próprio e sua gestão é feita pelos próprios associados. A gênese deste tipo de autogestão data do início do século, e está intimamente relacionada com os primórdios da constituição da proteção social no Brasil, mediante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, na década de 20, que posteriormente serviram de núcleo para a formação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP).

b) gestão da assistência por intermédio do Departamento de Recursos Humanos das empresas ou departamento de benefícios, sem que a empresa se constitua numa entidade jurídica própria para ofertar os planos de assistência à saúde. Neste caso, qualquer desequilíbrio financeiro é da responsabilidade da empresa empregadora. Em termos de conformação da rede assistencial, as autogestões operam por meio de rede de serviços e profissionais diretamente credenciadas só podendo contratar outra operadora em regiões com dificuldade de contratação direta ou em convênio de reciprocidade com entidades congêneres. Algumas delas constituem serviços próprios, geralmente para consultas médicas em clínicas básicas e procedimentos de menor complexidade tecnológica.

O artigo 6º, da RDC 39/00, da ANS, também subdivide as autogestões em duas submodalidades: patrocinada ou não-patrocinada conforme o risco em relação à cobertura dos custos pela assistência:

a) autogestão patrocinada: entidade de autogestão ou empresa que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabiliza-se pelos planos privados de saúde destinados exclusivamente a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus familiares no limite do terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas e que possuam gestão própria.

b) autogestão não-patrocinada: são as entidades que não se classificam conforme patrocinada definida no item acima citado. Apesar de serem consideradas como modalidades não-comerciais, as autogestões não patrocinadas, pois, benefício não é integralmente coberto pelo empregador, são obrigadas a cumprir as exigências de constituição de garantias financeiras.

3.4. Cooperativas Médicas

De acordo com artigo 12, da RDC 39, de 2000, as cooperativas médicas são as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas de acordo com o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que define a política nacional de cooperativismo e institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, que operam planos privados de assistência à saúde.

São sociedades de pessoas, de natureza civil, sem finalidade lucrativa. Caracteriza-se pela adesão voluntária, variabilidade do capital social representado pelas quotas-parte (que vai conferir o montante do superávit ou do prejuízo a ser assumido por cada cooperado), singularidade do voto com quorum de funcionamento e deliberação na Assembléia Geral, baseado no número de associados e não no capital.

No campo tributário, esta Lei determina-lhes algumas vantagens, isentando-as do pagamento de impostos sobre os atos cooperativos, conforme o Art. 79, onde define os “atos cooperativos são aqueles praticados entre as cooperativas e seus associados, para a consecução dos objetivos sociais”, especificando, assim, que o ato cooperativo não implica operação de mercado, nem compra e venda de produto ou mercadoria.

Neste contexto, podemos citar como exemplo as Unimeds que seguem todos os critérios que aqui foram citados. As Unimeds utilizam-se da estratégia conhecida como “unimilitância”, para impedir que seus profissionais associados façam parte da lista de credenciados de outras modalidades de empresas, e o fazem com base no Art. 29, da Lei nº 5.764, que veda o “ingresso de agentes de comércio e empresários que operem no mesmo campo econômico da sociedade”. Ressaltamos que esta restrição não impede que o médico atenda a usuário de outra operadora, desde que o pagamento seja feito de forma direta, com reembolso posterior.

Podemos dizer que essa prática se caracteriza como monopólio, configurando-se, assim, como uma grande barreira considerada por muitos profissionais como uma limitação ao exercício de sua prática. Entretanto, são todas as cooperativas que aderiram a essa regra.

Na sua evolução, as Unimeds diversificaram suas atividades de cooperativa de trabalho médico para se constituírem em um sistema de instituições que também atuam no ramo empresarial, criando em empresas de diversas naturezas jurídicas.

A organização da Unimed hoje se divide em um Complexo Multicooperativo e em um Sistema Empresarial. O Complexo Multicooperativo congrega as cooperativas de trabalho médico (as Unimed que comercializam os planos de saúde), as cooperativas de economia e crédito mútuo (Unicred) e cooperativas de consumo para usuários da Unimed (Usimed que atua na promoção de aquisição de medicamentos equipamentos a preços mais vantajosos para os usuários da Unimed e assistência a pacientes prestada por profissionais não médicos – enfermeiros, psicólogos, etc).

O ramo empresarial congrega empresas não cooperativistas – empresas com fins lucrativos e uma Fundação sem fins lucrativos. Entre elas, destacam-se a Unimed Seguros, que atua nos ramos de seguros de vida, previdência e saúde, sendo os seguros saúde disponibilizados para os médicos cooperados e para as empresas contratantes da Unimed. Possibilita o acesso a serviços por livre escolha do usuário, fora da rede credenciada pela cooperativa. A Unimed Produtos e Serviços Hospitalares apóia os hospitais próprios das Unimeds, proporcionando economia de escala na compra de produtos e sustentação tecnológica à sua rede. A Fundação Unimed realiza pesquisas e fornece treinamento para dirigentes e empregados do complexo.

3.5. Cooperativa Odontológica

As cooperativas odontológicas são definidas como entidades sem fins lucrativos, que operam exclusivamente planos odontológicos. Têm sua organização regida assim como as cooperativas médicas, pela Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que dispõe sobre a política nacional de cooperativismo.

Citamos aqui como exemplo, a primeira cooperativa odontológica, a Uniodonto, que foi criada em 18 de setembro de 1972, em Santos – SP, com o nome de Uniodonto – Sociedade Cooperativa de Serviços Odontológicos. Em 1973, a Uniodonto passou a se chamar Uniodonto do Brasil - Confederação Nacional das Cooperativas Odontológicas, se constituindo em um sistema de cooperativas que disponibiliza uma cobertura nacional, podendo o usuário ser atendido em qualquer cidade do país que possua um profissional cooperado.

Atualmente, a Uniodonto do Brasil conta com aproximadamente com 170 Uniodonto singulares, que se organizam em 9 Federações, sendo estas as do Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo, da Região Norte, da Região Nordeste, do Rio de Janeiro e Espírito Santo, de Santa Catarina, de Minas Gerais e de Goiás e Tocantins, com cerca de 20 mil cirurgiões-dentistas credenciados em todo o Brasil.

Seguindo o mesmo modo das cooperativas médicas, cada Uniodonto singular é uma cooperativa independente, com um sistema de repasse entre as cooperativas singulares que possibilitam que um beneficiário possa ser atendido fora da cidade na qual adquiriu o plano odontológico. Cada singular possui uma tabela própria para a remuneração dos serviços prestados aos seus cooperados, e o sistema Uniodonto como um todo conta com uma tabela única de repasse para remunerar esses casos.

3.6. Medicina de Grupo

De acordo com o art. 15 da, RDC n.º 39, de 2000, classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades administradora, cooperativa médica, cooperativa odontológica e autogestão.

Conforme a ANS a medicina de grupo foi classificada por exclusão, por conta da dificuldade de se obter uma definição mais pontual sobre esse segmento de

mercado durante a Câmara Técnica de Segmentação, por não haver uma forma de sua organização que lhe seja caracterizada. É a forma dominante no mercado, tanto em número de operadoras como de consumidores, mas sua maioria é de operadoras de pequeno porte.

Essa modalidade tem como órgão representativo o ABRAMGE, Associação Brasileira de Medicinas de Grupo. As participantes da ABRAMGE podem oferecer cobertura de âmbito nacional em seus planos, mesmo não possuindo unidades em determinadas regiões.

3.7. Filantropias

Conforme art. 17, da RDC n.º 39, de 2000, classifica-se na modalidade de filantropia entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e que tenham obtido certificado de entidade filantrópica expedida pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

Originalmente, estes hospitais prestavam serviços às comunidades carentes e sobreviviam de doações. Em busca de novas fontes de financiamento, em função dos baixos valores das tabelas de remuneração do SUS, alguns hospitais filantrópicos passaram a operar planos de saúde, como por exemplo, a Santa Casa de Misericórdia de Assis entre outras entidades.

3.8. Odontologia de Grupo

Algumas empresas de odontologia de grupo fazem parte do grupo que opera plano médico-hospitalar ou fazem aliança com grupos médico hospitalares, buscando com isso maior visibilidade do produto ofertado e beneficiando-se dos canais de distribuição e do suporte operacional da operadora do segmento de atenção médico-hospitalar.

3.9. Seguradoras

As seguradoras de saúde no Brasil utilizam-se não só da modalidade de planos de livre escolha/reembolso pela utilização de serviços médicos-hospitalares, forma típica do pagamento pela ocorrência do evento de risco coberto pelo prêmio pago, como comercializam planos de rede credenciada de serviços hospitalares e de profissionais, à semelhança de outras operadoras com fins lucrativos de caráter não mutualista. Isto é, as medicinas de grupo. Assim, a distinção entre ambas as modalidades dá-se pela sua associação ao sistema financeiro, do que propriamente à forma de cobertura do risco.

O mercado de seguros no Brasil teve sua expansão com as reformas conduzidas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), do Ministério da Fazenda, a partir de 1985.

A SUSEP promove a desregulação gradativamente das atividades das seguradoras, dá autonomia à criação de novos produtos e estimula a formação de empresas regionais, ampliando a concorrência, extinguindo a exigência de carta-patente para o funcionamento das seguradoras e promovendo a indexação dos contratos, que passam a ser atualizados com base na correção monetária.

Em 1996, duas medidas de natureza legal e também administrativa tiveram importante impacto na economia do setor de seguros: a permissão da entrada de empresas estrangeiras no mercado, cujo resultado imediato destas medidas foi que mais de 20 delas estrangeiras iniciaram suas atividades a partir de 1996; e a segunda medida consta da Emenda nº 13, que eliminou o monopólio do resseguro pelo Instituto de Resseguro do Brasil.

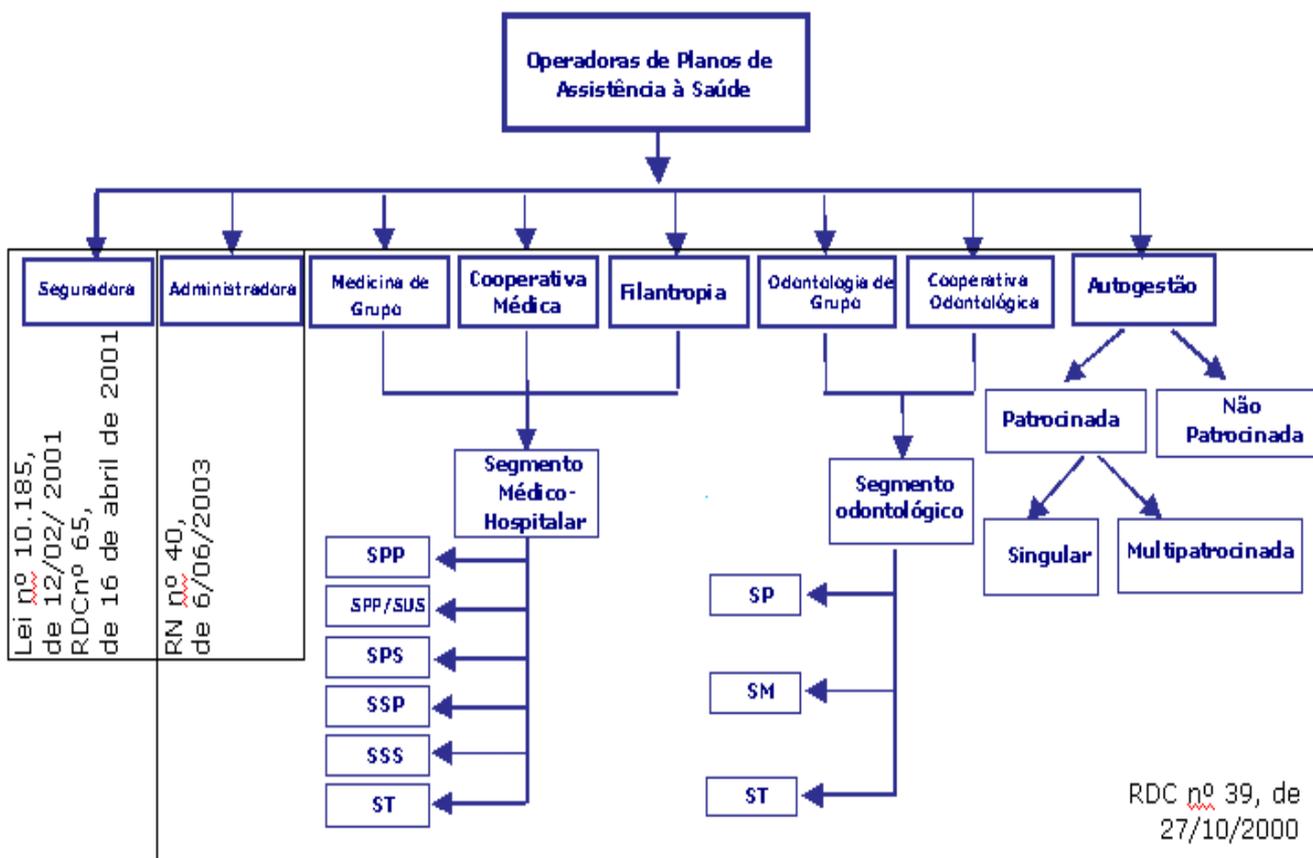
Com a regulação da saúde suplementar pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Medida Provisória nº 2.122-2, transformada em Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, que dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde, pois, esta lei, as sociedades seguradoras que operam planos de saúde devem se constituir em seguradoras especializadas em saúde, sendo-lhes vedada a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades, submetem-se às determinações e fiscalização da ANS e permanecem subordinadas às normas sobre

as aplicações dos ativos garantidores das provisões técnicas expedidas pelo Conselho Monetário Nacional - CMN.

O diagrama a seguir, apresenta um resumo as modalidades e suas respectivas segmentações das operadoras de planos e saúde.

Diagrama 01

Operadoras por modalidades e seguimentos



Fonte: Adaptado ANS (2009)

4. PLANOS DE SAÚDE

Os planos privados de assistência à saúde oferecidos pelas Operadoras seguem as indicações estabelecidas na Lei 9.656/98. Determinadas características, como a modalidade da contratação, a data da assinatura, a cobertura assistencial e a abrangência geográfica, submetem os contratos de forma diferenciada à legislação. Nesses casos dependendo da época em que seu plano de saúde foi contratado, ele poderá ser considerado "antigo", "novo" ou "adaptado".

4.1. Planos Antigos ou não-Regulamentados

Os contratos firmados antes de 1999 são chamados de Planos não-Regulamentados, pois surgiram antes da Lei 9656/98, instituída pelo governo federal, que regulamenta as operadoras de plano de saúde no País. Estes planos, em geral, continham restrições de cobertura e quantidade de procedimentos oferecidos pelas operadoras de saúde. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009, p. 09), planos não-regulamentado são:

Aqueles cujos contratos foram celebrados antes da vigência da Lei nº 9.656/98, valendo, portanto, o que está estabelecido em contrato. A Lei define que esses planos devem ser cadastrados na ANS para informar as condições gerais de operação estabelecidas em contrato.

Apesar de só poderem ser comercializados os planos regulamentados a partir da lei 9.656/98, não saíram de vigor os contratos firmados anteriormente dos chamados “planos antigos” não-regulamentados. O problema é que eles têm limitações em consultas, dias de internações e algumas coberturas, ao contrário dos planos regulamentados.

4.2. Planos Novos ou Regulamentados

Em 3 de janeiro de 1998, o Governo Federal, através da Lei 9.656, que regulamenta o mercado de planos privados de assistência à saúde, acabou com limitações na prestação de serviços. Desta forma, ficou estabelecido que a partir de 2 de janeiro de 1999 só poderiam ser comercializados planos regulamentados, também chamados de Novos. Para Agência Nacional de Saúde Suplementar (2009, p. 9), Planos Regulamentados são:

Aqueles cujos contratos foram celebrados na vigência da Lei nº 9.656/98, ou seja, a partir de 1º de janeiro de 1999. Estão totalmente sujeitos à nova legislação e devem ter registro na ANS para que possam ser comercializados.

A Lei 9.656/98 corrigiu várias divergências que trouxeram vantagens inestimáveis para os clientes. Por exemplo, alguns planos ofereciam cobertura de apenas três dias nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e, agora, cobrem todos os dias que forem necessários para o paciente.

4.3. Planos Adaptados

São contratos assinados antes da Lei 9.656/98, ou seja, antes de 02/01/1999. Os prazos de carência, as coberturas em situações de urgência e emergência e as regras para doenças ou lesões preexistentes devem observar as disposições contratuais, inclusive suas limitações. Os planos contratados antes de 02/01/1999, mas que foram adaptados às regras da legislação, são considerados Planos Adaptados.

5. TIPOS DE PLANOS

A ANS autoriza as operadoras a efetuar a comercialização de planos de saúde ambulatorial (somente consultas e exames), hospitalar (somente internações), com opção de parto ou não (obstetria), plano odontológico e plano referência. Os planos de saúde, na sua maioria, comercializam o plano de saúde completo ambulatorial/hospitalar/com obstetrícia, e alguns planos de saúde têm opção de plano hospitalar. Seguem abaixo os planos e as coberturas previstas.

5.1. Plano Ambulatorial

São aqueles planos que englobam apenas os atendimentos realizados em consultório (consultas eletivas) ou ambulatório (procedimentos ambulatoriais), definidos e listados no rol de procedimentos da ANS, inclusive exames. Este tipo de plano, com cobertura ambulatorial não cobre internação hospitalar. Para quem possui este tipo de plano, a cobertura para urgência e emergência é garantida exclusivamente para os procedimentos realizados em ambiente ambulatorial.

Nestes casos ainda que o beneficiário esteja cumprindo as carências exigidas, mas após 24 horas do início da vigência do contrato, o beneficiário terá assistência ambulatorial limitada às primeiras 12 horas, desde que o quadro do beneficiário não evolua para um quadro onde seja necessária internação ou que seja necessária a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar.

Após esse período, caberá a operadora, toda responsabilidade para remoção do beneficiário para uma unidade do SUS, desde que disponha dos recursos necessários para continuidade do tratamento, cessando toda responsabilidade da operadora a partir do momento em que é feito o registro do beneficiário naquela unidade. É bom ressaltar que, se caso o beneficiário opte pela permanência no hospital ou pela transferência para outro estabelecimento particular, as despesas passarão a ser de responsabilidade do beneficiário. Nos casos onde há risco de morte e não houver possibilidades de remoção, o beneficiário e o hospital deverão negociar entre si, desobrigando a operadora de qualquer ônus.

5.2. Plano Hospitalar

Compreende apenas os atendimentos que foram realizados durante a internação hospitalar. Este plano não tem cobertura para atendimentos ambulatoriais. Nos casos de urgências decorrentes de complicações na gravidez (procedimento não coberto por esta segmentação de plano), o beneficiário terá assegurado o atendimento ambulatorial por até 12 horas ou em prazo menor se o quadro evoluir para internação ou se for necessária à realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar com obstetrícia.

Para estes tipos de planos, os casos de urgência decorrentes de acidente pessoal, após 24 horas do início do contrato, o beneficiário com este tipo de plano terá assistência, sem qualquer tipo de restrição. Para os casos de emergência, quando o beneficiário ainda estiver cumprindo carência, mas já decorridas 24 horas do início da vigência do contrato, haverá garantia de atendimento ambulatorial por 12 horas, ou em prazo menor, se o quadro evoluir para internação hospitalar ou se houver necessidade de realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar. É bom ressaltar que os consumidores com plano hospitalar sem obstetrícia têm assegurado a assistência integral nos casos de urgência e emergência, depois de cumpridos os prazos de carência de 180 dias.

5.3. Plano Hospitalar com Obstétrica

Está incluído apenas atendimento realizado durante internação hospitalar e os procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto. Para os casos de urgência decorrente de acidente pessoal, após 24 horas do início da vigência do contrato, o consumidor com plano hospitalar com obstetrícia terá assistência integral, sem restrições.

Nos casos de urgências resultantes de complicações na gravidez e para as emergências quando o beneficiário ainda estiver cumprindo prazos de carência, porém, já decorridos 24 horas do início da vigência do contrato, está garantido

qualquer procedimento ambulatorial por 12 horas, ou prazo menor, se o quadro evoluir para internação hospitalar ou se for necessário à realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar. Os consumidores com plano hospitalar com obstetrícia têm assegurado a assistência integral nos casos de urgência e emergência, depois de cumpridos os prazos de carência de 180 dias.

5.4. Plano Odontológico

Inclui apenas procedimentos odontológicos realizados em consultório, incluindo exame clínico, radiologia, prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia. Os casos que se tratarem de urgência e emergências odontológicas aos beneficiários atendimentos, após 24 horas do início da vigência do contrato.

5.5. Plano Referência

Constitui o padrão de assistência médico-hospitalar porque estabelece a conjugação das coberturas ambulatoriais, hospitalares e obstétricas. A lei estabelece que a operadora de plano de saúde deve oferecer, obrigatoriamente, aos consumidores, o Plano Referência, que garante assistência nesses três segmentos.

Este tipo de plano não tem qualquer limitação para os atendimentos de urgência e emergência, após 24h da contratação, mesmo que o beneficiário esteja cumprindo prazo de carência, a não ser nos casos de doenças preexistentes (aquelas cujo beneficiário tem ciência de ser portador no momento da assinatura do contrato). Neste caso os beneficiários cumprirão carência de 24 meses.

6. INSTRUÇÕES GERAIS SOBRE OS PLANOS DE SAÚDE

6.1. O Contrato

Para conhecer exatamente a cobertura que cada plano de saúde proporciona, é necessário ficar atento em alguns pontos, conforme alerta o PROCON:

Leia o contrato com atenção, verifique se ele contém tudo o que foi prometido pelo vendedor ou corretor e risque os espaços em branco.

Nele deverão constar obrigatoriamente:

as condições de admissão;
o início da vigência;
os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;
as faixas etárias e percentuais de reajuste;
as condições para a suspensão ou a rescisão do contrato;
os procedimentos médicos e hospitalares cobertos e excluídos;
as franquias ou agravos na mensalidade;
a área geográfica de abrangência do plano;
os critérios de reajuste e revisão das mensalidades;
o número do certificado de registro da operadora, emitido pela SUSEP ou pela ANS;
Importante: os reajustes, tanto anuais quanto referentes à mudança de faixa etária, somente poderão ser feitos com autorização prévia da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Guarde todo o material publicitário, como folhetos, publicidade em jornais, revistas, etc. Ele faz parte do contrato e seu conteúdo deve ser cumprido. (fonte: www.procon.sp.gov.br)

Ressalta-se também, a importância da verificação de cláusulas de carência, inclusive para urgência e emergência, e cobertura parcial temporária, que diferencia os atendimentos para as doenças e lesões preexistentes.

6.2. Tipos de contratos

Os contratos de planos de saúde podem ser individual/familiar ou coletivo, conforme RN nº 195, art. 2º, da ANS, “para fins de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em: I – individual ou familiar; II – coletivo empresarial; ou, III – coletivo por adesão”. É bom ressaltar que o início da vigência do contrato será a partir da data de assinatura da proposta de adesão, ou da

assinatura do contrato, ou da data de pagamento da mensalidade inicial, o que ocorrer em primeiro lugar. Segue algumas das características de cada tipo de contrato.

6.2.1. Contrato individual ou familiar

São aqueles oferecidos para a livre adesão das pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar. Caracteriza-se o plano como familiar quando abrangem dependentes ou grupo familiar. A ANS, em seu art. 3º, da RN 195, define que, “plano privado de assistência à saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar”.

6.2.2. Contrato Coletivo

Os contratos coletivos são firmados por pessoas jurídicas com as operadoras e destinados a grupos determinados de pessoas. Segunda ANS, RN 195, art. 5º “Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária”. Além disso, têm algumas regras diferenciadas dos contratos individuais/familiares, como por exemplo, a forma de aumento de mensalidade e de rescisão contratual.

6.3. Carências

Trata-se do período em que o beneficiário não tem direito a algumas coberturas após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este deve estar obrigatoriamente descrito, de forma clara, no contrato.

Os períodos de carência, são contados a partir do início da vigência do contrato. Depois de cumprida a carência, o consumidor terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação.

Os prazos máximos de carência, estabelecidos na Lei nº 9.656/98, são:

- urgência e emergência - 24 horas – atendimento limitado as primeiras 12 horas;
- consulta e exames simples – 30 dias;
- transporte aéreo – 40 dias;
- fisioterapias – 90 dias;
- demais casos (exames e procedimentos especiais, internação clínica, cirurgias e UTI) - 180 dias;
- partos a partir da 38ª semana de gravidez - 300 dias. Quando o parto ocorre antes é tratado como um procedimento de urgência.
- Doenças e lesões pré-existentes – 24 meses

CONCLUSÃO

Este trabalho teve por objetivo contribuir para discussão importante quanto ao trabalho desenvolvido, no decorrer desses anos de existência da ANS, no campo da saúde suplementar. O principal objetivo abordado são as obrigações das operadoras em cumprir, com rigor, a regulamentação exigida em relação às ações e serviços de saúde, bem como sua importância para aqueles que utilizam desses serviços.

A regulamentação do setor da saúde suplementar, criada pela Lei nº 9656/98, que é representada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, quando criada em 2000, pela Lei 9.961, ocasionou intensas mudanças no setor, trazendo à tona um novo cenário para o mercado de planos privados de assistência à saúde, provocando grandes desafios às operadoras, aos consumidores e ao governo, obrigando este a desenvolver novas habilidades para se adequarem e lidarem com a nova situação.

Ao regular o setor e criar a ANS, o governo quebra as amarras do monopólio estatal da saúde pública, verdadeiro resquício da má-administração do setor. Obrigou aqueles com melhor poder aquisitivo a migrarem para os planos de saúde suplementar. Claro que essas ações não melhoram nenhum pouco a saúde pública no País, no entanto, ajudaram indiretamente, diminuindo, de alguma forma os atendimentos prestados pelo SUS, o qual passou a responsabilidade para as operadoras, que são fiscalizadas pela ANS.

As várias polêmicas que giram em torno dos planos de saúde estão longe de acabar, porém cabe àqueles que se utilizam desses serviços, tomarem os cuidados necessários para não serem trapaceados e também para saberem quais são os direitos em relação aos que são oferecidos quando contratam um plano de saúde. Por esta razão foi criada a Agência Nacional e Saúde Suplementar, que tem por finalidade promover a defesa do interesse público na assistência à saúde suplementar, regulamentando as relações entre as operadoras, os prestadores de serviços e os consumidores.

Podemos assim dizer que os consumidores, por sua vez, que tinham o Código de Defesa do Consumidor como seu grande órgão defensor contra práticas abusivas adquire, de alguma forma, mais poderes com a regulação no sentido de obter um produto com cobertura mínima, que é reajustado anualmente às suas mensalidades, determinados pelo governo, e outras garantias assistências, previstas em lei e em resoluções. O mercado tem as suas peculiaridades por ser competidor, onde os consumidores não têm opção de escolhas e devido à falta de informações. Os produtos não são iguais uns aos outros, tornando-se, ainda mais relevante o papel por parte de um instrumento governamental no intuito de equilibrar a lógica empresarial e a segurança da assistência à saúde.

É de extrema importância o papel que vem sendo feito pela ANS, junto as operadoras de planos de saúde, consumidores e o próprio governo, que trabalha na conscientização dos direitos e deveres de todos para que a saúde suplementar seja vista de uma outra maneira. Desta forma, ao invés de as operadoras, clientes e o próprio governo contra-atacar as diretrizes impostas pela ANS, organizam-se para atuarem juntos.

Por fim, assim como as empresas, é de fundamental importância que o órgão regulador, no caso a ANS, procure acompanhar constantemente as alterações que a dinâmica do mercado oferece, de modo que promova as sanções às operadoras, para que desta forma se alcance todos objetivos de atenção à saúde suplementar, ao qual se destina o setor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, Celso Ribeiro. **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1989.

_____. **Direito econômico brasileiro**. São Paulo: Celso Bastos Editor: Instituto Brasileiro de Direito Constitucional, 2000.

BRESSER-PEREIRA, L.C. **A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília: cadernos MARE da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

CARVALHOSA, Modesto Souza Barros. **Direito econômico**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1973.

Caderno de Informações de Saúde Suplementar. Beneficiários, Operadoras e Planos/ Agência Nacional de Saúde Suplementar – (set. 2009). Rio de Janeiro, ANS, 2009.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GASPARINI, Diogenes. **Direito administrativo**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

GRAU, Nuria Cunill. **Repensando o público através da sociedade: novas formas de gestão e representação social**. Tradução de Carolina Andrade. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP, dez. 1998.

JUSTEN FILHO, Marçal. **O Direito das agências reguladoras independentes**. São Paulo: Dialética, 2002.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Mutações do direito administrativo**. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

NITÃO, Samara Rachel Vieira. **Saúde suplementar no Brasil: um estudo a dinâmica industrial pós-regulamentação**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2004.

SUNDFELD, Carlos Ari. **Direito administrativo ordenador**. São Paulo: Malheiros, 1997.

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. <http://www.ans.gov.br>

Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – Fenaseg. <http://www.fenaseg.org.br/main.asp?View=%7BA51B3D30-1346-4CD1-ADBFB605%7D#>, acesso em 27/07/2009

Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor - PROCON: <http://www.procon.sp.gov.br>

