

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE POLÍTICA, ECONOMIA E NEGÓCIOS.**

JULIANA SOUZA SANTOS

**ANS: ASPECTOS REGULATÓRIOS DO SEGURO SAÚDE
UM COMPARATIVO SOCIAL**

Osasco – SP
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE POLÍTICA, ECONOMIA E NEGÓCIOS.

JULIANA SOUZA SANTOS

ANS: ASPECTOS REGULATÓRIOS DO SEGURO SAÚDE
UM COMPARATIVO SOCIAL

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Atuariais, da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, como pré-requisito necessário para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Atuariais.

Orientador: Professor Dr. Márcio Ferro Catapani.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Unifesp Osasco
e Departamento de Tecnologia da Informação Unifesp Osasco,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S237a SANTOS, Juliana Souza
ANS: aspectos regulatórios do seguro saúde - um
comparativo social / Juliana Souza Santos. - 2021.
49 f.

Trabalho de conclusão de curso (Ciências Atuariais) -
Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Política,
Economia e Negócios, Osasco, 2021.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Ferro Catapani.

1. Saúde suplementar. 2. Planos privados de assistência à saúde. 3.
Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 4. Resolução
Normativa. 5. Seguro saúde - Legislação. I. Catapani, Prof. Dr. Márcio
Ferro, II. TCC - Unifesp/EPPEN. III. Título.

CDD: 368.38

RESUMO

SANTOS, Juliana Souza. **ANS: ASPECTOS REGULATÓRIOS DO SEGURO SAÚDE – UM COMPARATIVO SOCIAL**. 48. Monografia (Graduação em Ciências Atuariais) – Universidade Federal de São Paulo, Osasco, 2021.

O presente estudo apresenta resultados de uma pesquisa que analisou as principais normas que regulamentam os planos privados de assistência à saúde, com o objetivo de analisar as mudanças trazidas com a regulamentação do setor de saúde suplementar em um aspecto social. A metodologia utilizada foi a pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. Com relação ao método de pesquisa, do ponto de vista dos procedimentos técnicos, utilizou-se a pesquisa bibliográfica e documental. Realizou-se a análise de todo conteúdo através das Leis, artigos acadêmicos, monografias e livros que tinham como assunto a saúde suplementar. A análise se dividiu em: separar as principais normas e circulares referentes à modalidade de seguro saúde, para depois analisar as três resoluções principais que pudessem refletir as mudanças em um âmbito social. Como resultado, foi constatado que: relacionado a RN nº 252/2011 (e 438/2011), que descrevem a portabilidade de carências, foram analisados dois pontos, esses pontos são referentes a não incidência da resolução sobre os contratos anteriores à Lei nº 9.656/98 ou a ela não adaptados, e a exigência de tempo mínimo de permanência no plano de saúde de origem, esses pontos podem significar um prejuízo ao usuário, uma vez que, esse pode ser lesado pela falta de informação, ou até mesmo, ficando sujeito a utilização de um plano de saúde insatisfatório ou oneroso. Já a RN nº 265/2011, que faz referência a Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, constatou-se uma grande implementação de programas e maior ainda a abrangência de beneficiários que os usufruem. Sobre a análise feita na RN nº 279/2011, que trata do direito à assistência à saúde privada na condição de aposentado ou demitido sem justa causa, observou-se que, através dessa resolução, ao beneficiário não será garantida a manutenção do plano nas mesmas condições de quando possuía o vínculo empregatício, deixando-o sujeito a preços e reajustes onerosos. Com relação a análise obtida, implica-se a necessidade de análises futuras sobre essas mesmas resoluções, bem como, sobre outras resoluções normativas.

Palavras-Chave: Saúde Suplementar, Plano Privados de Assistência à Saúde, ANS, Resolução Normativa.

ABSTRACT

SANTOS, Juliana Souza. **ANS: REGULATORY ASPECTS OF HEALTH INSURANCE - A SOCIAL COMPARATIVE. 48.** Monograph (Graduation in Actuarial Sciences) - Federal University of São Paulo, Osasco, 2021..

The present study presents results of a research that analyzed the main norms that regulate the private health care plans, with the objective of analyzing the changes brought about by the regulation of the supplementary health sector in a social aspect. The methodology used was the exploratory research with a qualitative approach. Regarding the research method, from the point of view of technical procedures, bibliographic and documentary research was used. The analysis of all content was carried out through the Laws, academic articles, monographs and books on supplementary health. The analysis was divided into: separating the main rules and circulars referring to the health insurance modality, and then analyzing the three main resolutions that could reflect the changes in a social sphere. As a result, it was found that: related to RN 252/2011 (and 438/2011), which describe the portability of shortages, two points were analyzed, these points refer to the non-impact of the resolution on contracts prior to Law No. 9,656 / 98 or not adapted to it, and the requirement of minimum time of stay in the original health plan, these points can mean a loss to the user, since he can be injured by the lack of information, or even, remaining subject to the use of an unsatisfactory or costly health plan. RN No. 265/2011, which refers to Health Promotion and Prevention of Risks and Diseases in Supplementary Health, found a great implementation of programs and even greater the range of beneficiaries who enjoy them. Regarding the analysis made in RN No. 279/2011, which deals with the right to private health care in the condition of retired or unfairly dismissed, it was observed that, through this resolution, the beneficiary will not be guaranteed the maintenance of the plan in the same conditions as when you had an employment contract, leaving you subject to onerous prices and adjustments. Regarding the analysis obtained, there is a need for future analysis on these same resolutions, as well as on other normative resolutions.

Keywords: Supplementary Health, Private Health Care Plans, ANS, Normative Resolution.

SUMÁRIO

RESUMO	3
INTRODUÇÃO	7
I. REFERENCIAL TEÓRICO	12
3. PANORAMA DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR	12
3.1 Contexto Histórico	12
3.2 Aspectos Regulatórios: Início da Intervenção Estatal.....	14
3.3 O Marco Regulatório.....	18
3.3.1 Fase II - Lei nº 9.656 de 1998.....	19
3.3.2 Fase II - Modelo de Regulação Bipartite	22
3.3.3 Fase III - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).....	23
3.4 Modalidade de Operadoras de Mercado de Saúde Suplementar.....	29
3.5 Normas e Circulares Importantes para o Seguro Saúde	34
II. ESTUDO E SEUS RESULTADOS	36
4.1 As Mudanças Trazidas com a Regulamentação	36
4.2 Comparativo Social das Mudanças	41
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição Federal (CF) de 1988 o setor de saúde vem passando por profundas modificações, principalmente o que diz respeito à institucionalização do acesso universal à saúde dado pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Apesar de descrever em seu texto, através do art. 199, o segmento de serviços “complementares” (serviços contratados pelos gestores do SUS), nem a CF/88, nem a norma infraconstitucional posterior, que compôs o SUS (Lei nº 8080/90), criaram dispositivos legais para a regulamentação do setor de planos privados de assistência à saúde.

Tal marco no setor de saúde, no entanto, deixou de lado uma realidade presente no país desde a década de 1930: a oferta de planos de saúde por parte de um conjunto de empresas para funcionários de empresas públicas ou privadas, e que se expandiu a partir do final da década de 1980, com ofertas deste tipo de serviço para clientela individuais também. Por isso, se fez necessário criar políticas públicas que estabelecessem um ambiente regulatório para o setor de saúde suplementar.

Só ao final da década de 1990, 10 (dez) anos após a implementação da CF/88, que a Lei nº 9.656 de 1998 foi aprovada com o intuito de regulamentar os planos privados de assistência à saúde e, em 2000, aprovada a Lei nº 9.961, que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no âmbito do Ministério da Saúde (MS) com objetivo de regularizar e fiscalizar o setor. Desde sua implementação (marco legal), até os dias de hoje, foram emitidas várias resoluções, que se fazem necessárias para o cumprimento da legislação, e com isso, fica subentendido que as transformações advindas da regulamentação trouxeram vantagens e direitos aos beneficiários.

No contexto apresentado, surge o interesse de analisar tais regulamentações e responder o seguinte questionamento: após a intervenção Estatal no setor de saúde suplementar, através de leis de regulamentação e da criação da ANS, em um comparativo social, houve efetivamente vantagens e proteção dos direitos dos consumidores desse tipo de serviço?

Para responder o questionamento levantado acima, o presente estudo tem como objetivo principal analisar as mudanças trazidas com a regulamentação do setor de saúde suplementar em um aspecto social. Para atingir o objetivo geral, este trabalho abrange os seguintes pontos como objetivos específicos:

- Descrever as principais fases para a constituição do marco regulatório;
- Explanar sobre a Lei nº 9.656/98 e a Agência Nacional de Saúde Suplementar;

- Distinguir as modalidades de operadoras presentes no setor;
- Identificar as normas mais importantes do setor, considerando, principalmente, o seguro saúde;
- Analisar três importantes normas e as mudanças que essas trouxeram; e,
- Comparar as mudanças em seu aspecto social descrevendo o impacto para os beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

Através dos objetivos supracitados, bem como, o questionamento aqui presente, esse estudo se justifica devido à ausência de produção acadêmica em relação a perspectiva social que envolve o tema, assim como, a própria questão do mercado de planos privados de saúde, além disso, considera-se relevante, principalmente a relação pública, uma vez que, embora a prestação de serviços privados de saúde seja realizado como atividade econômica com fins lucrativos, não se deve esquecer que o direito à saúde é de caráter fundamental para a sociedade.

METODOLOGIA

Delineamento da Pesquisa

Para a execução dos objetivos do presente estudo, será desenvolvida uma pesquisa exploratória, pois proporciona maior familiaridade com o problema (GIL, 2007), com abordagem qualitativa, pois há levantamento de dados referentes ao tema apresentado, buscando evidenciar quais foram as mudanças presentes na regulamentação do setor de saúde suplementar brasileiro e o possível comparativo social que as principais mudanças trouxeram.

Como dito, com o intuito de atender aos objetivos deste estudo, será utilizada pesquisa exploratória que, conforme Minayo (2001, p.26) define, é a primeira fase do que ela chama de “Ciclo de Pesquisa”, e define essa fase como sendo um “tempo dedicado a interrogarmos preliminarmente sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, a metodologia apropriada e as questões operacionais para levar a cabo o trabalho de campo”. “Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que ‘estimulem a compreensão’” (SELLTIZ et al. 1967, p. 63, apud, GIL 2007).

Paralelamente, Gil (2007, p. 41) define assim:

As pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado. Pode-se afirmar que a maioria das pesquisas realizadas com propósitos acadêmicos, pelo menos num primeiro momento, assume o caráter de pesquisa exploratória, pois neste momento é pouco provável que o pesquisador tenha uma definição clara do que irá investigar.

Quanto a abordagem do problema, foi abordada uma pesquisa qualitativa, que de acordo com Godoy (1995) é definida da seguinte maneira:

Não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995, p. 58).

Segundo a autora, essa pesquisa tem as seguintes características básicas: o ambiente natural da pesquisa é sua fonte direta de dados e o pesquisador um instrumento fundamental, “nessa abordagem valoriza-se o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente

e a situação que está sendo estudada”; possui caráter descritivo, “a palavra escrita ocupa lugar de destaque nessa abordagem, desempenhando um papel fundamental tanto no processo de obtenção dos dados quanto na disseminação dos resultados”, essa característica da pesquisa qualitativa foca principalmente o processo de abordagem e não simplesmente o resultado ou o produto; e a análise dos dados é realizada dando enfoque indutivo, ou seja, parte-se de “questões ou focos de interesse amplos, que vão se tornando mais diretos e específicos no transcorrer da investigação” (GODOY, 1995, p. 58).

Complementando Minayo (2001, p.21) descreve que a pesquisa qualitativa

[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Método de Pesquisa

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, foram utilizados os seguintes procedimentos de pesquisa: pesquisa bibliográfica e documental. O levantamento bibliográfico foi utilizado como embasamento teórico acerca do tema: aspectos regulatórios do seguro saúde, bem como, temas relacionados - ANS, aspectos regulatórios do setor de saúde suplementar, marco regulatório, normas importantes do setor etc.-, utilizando publicações em dissertações de mestrado e teses de doutorado bem como periódicos, preferencialmente em português, nas bases de dados do Google Acadêmico e *Scielo* (*Scientific Electronic Library Online*) sem limite de tempo. Já a pesquisa documental foi realizada utilizando informações e dados secundários obtidos em livros, textos, artigos acadêmicos, trabalhos de conclusão de curso, monografias, teses, dados de entidades governamentais e do setor privado e através de *sites* que abordam o assunto.

Segundo Gil (1995, p. 158), “as fontes escritas na maioria das vezes são muito ricas e ajudam o pesquisador a não perder tanto tempo na hora da busca de material em campo, sabendo que em algumas circunstâncias só é possível à investigação social através de documentos”. Com relação à pesquisa bibliográfica, Galvão (2010) descreve que,

realizar um levantamento bibliográfico é se potencializar intelectualmente com o conhecimento coletivo, para se ir além. É munir-se com condições cognitivas melhores, a fim de: evitar a duplicação de pesquisas, ou quando for de interesse, reaproveitar e replicar pesquisas em diferentes escalas e contextos; observar possíveis falhas nos estudos realizados; conhecer os recursos necessários para a construção de um estudo com características específicas; desenvolver estudos que cubram lacunas na literatura trazendo real contribuição para a área de conhecimento; propor temas, problemas, hipóteses e metodologias inovadoras de

pesquisa; otimizar recursos disponíveis em prol da sociedade, do campo científico, das instituições e dos governos que subsidiam a ciência (GALVÃO, 2010, p. 01).

De acordo com Vergara (1998, p. 46) “é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, [...]”. Para Proetti (2003, p. 94) “nesta pesquisa, faz-se uso dos materiais já publicados, escritos ou gravados mecânica ou eletronicamente, que contenham informações de diversas áreas”. Para Bauren e Raupp (2004), a pesquisa bibliográfica se torna obrigatória, na maioria dos trabalhos científicos. De acordo com os autores,

[...] o estudante, na elaboração do trabalho monográfico, sempre se valerá desse tipo de pesquisa, notadamente por ter que reservar um capítulo do trabalho para reunir a teoria condizente com seu estudo, normalmente chamado de revisão da literatura ou fundamentação teórica. (BAUREN; RAUPP, 2004, p. 87)

Destaca-se também a pesquisa documental que de acordo com Bauren e Raupp (2004, p. 89), “baseia-se em materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”. E, muito embora, a pesquisa documental seja semelhante a pesquisa bibliográfica, é importante citar que as duas não possuem a mesma fonte. Nesse sentido, Vergara (1998, p. 46) descreve que:

Investigação documental é a realizada em documentos conservados no interior de órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas: registros, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorandos, balancetes, comunicações informais, filmes, microfilmes, fotografias, *video-tape*, informações em disquete, diários, cartas pessoais e outros.

I. REFERENCIAL TEÓRICO

PANORAMA DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

1.1 Contexto Histórico

O Marco regulatório do setor de saúde suplementar no Brasil é veiculado pela Lei nº 9.656/98, que foi modificada pela Medida Provisória 2177-44/2011, e pela Lei nº 9.961/2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Antes de iniciar o debate que deu origem a atual regulação, é necessário apresentar os acontecimentos históricos que se relacionam com o tema e a criação do sistema de saúde suplementar no país.

Algumas mudanças políticas foram cruciais para alterações no modelo de saúde pública no Brasil, para a estruturação e, posteriormente, regulação do modelo de saúde suplementar no país. De forma a exemplificar essas mudanças, o Quadro 1 apresenta em destaque alguns marcos políticos, o modelo de saúde pública implementado e as características desse modelo de saúde:

Quadro 1 - Mudanças Políticas e do Modelo de Saúde Pública no Brasil

<i>Marco Político</i>	<i>Modelo de Saúde Pública</i>	<i>Características do Modelo de Saúde Pública</i>
1930: Revolução (poder ligado à indústria)	1933: Criação dos IAPs	Seguro Social: a) organizado separadamente por categorias profissionais (IAPs específicos); b) financiado por contribuições os trabalhadores e empregadores com base na folha de pagamento; c) administrado por representantes dos trabalhadores e empregadores.
1964: Golpe Militar	1966: Criação do INPS	Seguro social unificado: a) todas as categorias são seguradas pelo INPS; b) financiado por contribuições dos trabalhadores e empregadores, com base na folha de pagamentos; c) administrado pelo Estado e representantes dos trabalhadores e empregadores.
1985: Fim do Regime Militar	1988: Criação do SUS	Público de acesso universal: a) voltado para todos os cidadãos; b) financiado por toda a sociedade por meio de tributos; c) administrado pelo Estado.

Fonte: Adaptado de Rodrigues e Santos (2011).

Como visto no Quadro 1, a estruturação do sistema de saúde suplementar iniciou-se após a revolução industrial com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) na década de 1930, que foi uma das principais mudanças das políticas de saúde pública no país (RODRIGUES e SANTOS, 2011). Os IAPs foram responsáveis pela representação dos trabalhadores urbanos pertencentes a diversas categorias, “para a organização da oferta de saúde, em sua grande maioria, compravam a prestação de serviços de consultórios médicos ou de estabelecimentos hospitalares” (CONASS, 2011, p. 13). É importante salientar que os IAPs substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas na década de

1920, que diferente das IAPs tinham sua organização realizada por cada empresa e não por categoria profissional. Ainda sobre esse modelo, de acordo com Santos (2009) o desenho dos IAPs era semelhante ao modelo de seguro social europeu que se configurava à Época.

Já na década seguinte, de 1940, fator importante a se destacar é a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensão do Banco do Brasil – Cassi, que de acordo com a ANS¹ é o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação. Posteriormente, em 1950, de acordo com Santos (2009, p. 124,125), com o avanço do desenvolvimento econômico-industrial e a urbanização do país, “empresas brasileiras de maior porte e empresas estrangeiras começaram a contratar diretamente médicos, hospitais e laboratórios privados para proverem a assistência à saúde de seus funcionários e familiares nas regiões em que se instalavam”. Na década de 1960, um fato histórico muito importante ocorrido no Brasil foi a Ditadura Militar a partir de 1964, que também trouxe ao setor de saúde suplementar mudanças significativas. Ainda no primeiro governo, do Presidente Castello Branco, após o Golpe Militar de 64, ocorreram reformas que envolveram a criação simultânea, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP). O INPS foi responsável pela unificação dos IAPs, uniformizando as contribuições e benefícios das categorias profissionais; já o SNSP “modificava pontos relativos à prestação e custeio da Lei Orgânica da Previdência Social” (SANTOS, 2009, p. 124).

Ainda sobre a unificação dos IAPs e criação do INPS, Caetano *et al.* (2008, p. 771) descreve o seguinte:

Essa unificação forçou a expansão dos credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde, privilegiando hospitais e multinacionais de medicamentos. Portanto, a década de 60 foi um marco na história da saúde suplementar, pelo fato de boa parte dos trabalhadores já possuir planos de saúde e, ainda, por serem observadas diversas possibilidades de assistência médica: a rede INPS, com unidades próprias e credenciadas; serviços credenciados para atendimento a trabalhadores rurais; serviços credenciados das empresas médicas; e autogestões de empresas com planos próprios. Todas essas possibilidades ofereciam a mesma cobertura para todos os empregados independentemente do nível hierárquico na empresa.

Nos anos 70, mais especificamente em 1974, houve a constituição de um novo marco no contexto político da história do Brasil. Nesse ano, mudanças foram anunciadas pelo então Presidente Ernesto Geisel, e nesse período se interrompe a trajetória do “milagre econômico” (1969-1973) e questões sociais ressurgem. Nesse sentido, cria-se no mesmo ano o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) e uma das primeiras medidas

¹ Agência Nacional de Saúde Suplementar - disponível em o *site*: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em: 05 de dez. 2020.

tomadas foi a implementação do Programa de Pronta Ação (PPA) que modificou o desenvolvimento do setor de saúde. Esse programa estabelecia regras para a prestação de serviços médicos previdenciários e promovia a universalização do atendimento de urgência e emergência na rede própria e conveniada.

Em 1977, outro passo foi dado na reestruturação interna da Previdência Social no Brasil. Com a reformulação da organização do MPAS, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), da qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e, por meio desse último, duas medidas foram fatores determinantes que influenciaram demasiadamente o desenvolvimento do mercado privado de saúde no país. A primeira estava relacionada à ampliação dos convênios de saúde feitos pelo INAMPS com prestadores privados de serviços de saúde, e a segunda consistia em a Previdência deixar “de recolher das empresas empregadoras a parcela de contribuição referente aos benefícios e à assistência à saúde” (SANTOS, 2009, p. 125), nos casos em que as empresas apresentassem contratos de esquemas próprios de asseguamento.

Após o período de militarismo no Brasil, a partir de 1985, com a Nova República, cresceram os movimentos reformistas para a implementação de um sistema de saúde universal e de reforma sanitária. Por isso, com o desenvolvimento da Constituição Federal de 1988 (CF/88), a saúde fica instituída como direito de todos e dever do Estado (art. 196). Nesse contexto, a saúde se insere no conceito de Seguridade Social, adotado na CF/88, juntamente com a previdência social e a assistência social. Assim, posteriormente, com a norma infraconstitucional que estruturou o Sistema Único de Saúde (SUS) - a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8080/90) -, tais fatos são destacados como os mais relevantes da década de 1980 para a estruturação da saúde suplementar no Brasil e sua regulação que ocorreria na década seguinte.

1.2 Aspectos Regulatórios: Início da Intervenção Estatal

Evidencia-se que, mesmo com o estabelecimento da Constituição Federal de 1988 e em seu texto estabelecer a saúde como um direito garantido para cada cidadão brasileiro, o setor de saúde suplementar não estava presente na pauta de políticas de regulação do governo. Em seu Artigo 199, a CF/88 dispõe sobre a possibilidade de atuação na assistência à saúde por parte da livre iniciativa², isso, por meio da relação contratual e

² O Artigo 199 da Constituição Federal estabelece que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e, em seu Parágrafo Primeiro, que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio ...”. (BRASIL, 1988)

conveniada na prestação de serviços ao SUS - relação tal constitucionalmente denominada de “complementar”.

Ainda assim, o contexto da década de 1980 era de carência de regras claras para o funcionamento do mercado e também de mecanismos para sua fiscalização. Com isso, as consequências foram tensões entre os diversos atores do setor, distinguindo “o Brasil de outros países em que o setor privado é dominante, como, por exemplo, os EUA (caso paradigmático), mas as regulações são explícitas, principalmente no que concerne à seletividade do sistema e aos direitos dos consumidores” (ALMEIDA, 1998, p. 13).

Além da ausência de regulação, é importante destacar que, após a criação do SUS, o setor de saúde suplementar expandiu de forma exponencial, isso porque, com a universalização da assistência institucionalizada,

[...] numa conjuntura de restrições financeiras impostas pela política macroeconômica e de difusão de paradigmas de reforma setorial francamente antiestatizantes, amplificaram-se as condições para a segmentação de clientela e a extensão da cobertura pelos planos privados, seja pelas flutuações orçamentárias que condicionam a parcela que cabe ao setor saúde no Orçamento da Seguridade Social, seja pelo conseqüente subfinanciamento da assistência médica e precarização do atendimento público, ou ainda pela dinâmica extra setorial do mercado de trabalho. (ALMEIDA, 1998, p. 14)

Ademais, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) descreve que o setor de saúde antes da regulação era caracterizado “pela livre atuação das operadoras, que seguiam somente a legislação societária – exceto as seguradoras, que obedeciam às regras definidas no Decreto-Lei 73/66” (FENASAÚDE, 2011, p. 10). Nas suas palavras,

Prevalcia a livre definição das regras contratuais e havia uma grande heterogeneidade de produtos, dificultando a comparação entre planos de saúde de diferentes operadoras. O setor de saúde suplementar se caracteriza por falhas no funcionamento do mercado, situação em que a livre atuação dos agentes econômicos produz um resultado social inferior àquele obtido caso o mercado operasse em um ambiente de concorrência perfeita, com amplo conhecimento das informações. Na saúde suplementar há a preponderância da incerteza e da assimetria de informações entre os agentes envolvidos, justificando a interferência do Poder Público de forma a minimizar os efeitos dos problemas de informação (FENASAÚDE, 2011, p. 10).

Ao frisar essas questões, fica claro pois que, os anos de 1990 seriam decisivos para o setor e para tal, de acordo com o Conass (2011), apontam-se três fases distintas de modelagem referentes ao processo de regulação do setor nos anos 90, sendo elas:

- Fase I – até a aprovação do substitutivo do deputado Pinheiro Landim, em outubro de 1997.
- Fase II – da promulgação da Lei n. 9.656, em junho de 1998, alterada pela Medida Provisória 1.665, até a Lei n. 9.961/2000.
- Fase III – após a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar pela Lei 9961/2000. (Conass, 2011, p 20)

Essas fases serão abordadas de maneira objetiva nos parágrafos seguintes, não deixando de citar e explicar as questões econômicas que também envolvem o tema. E, de maneira a exemplificar, ainda de acordo com o Conass (2011). De forma esquemática, descreve-se o processo de regulação do setor de saúde suplementar a partir da Constituição de 1988 da seguinte forma: até 1997 - Debates no Congresso; 1997 - Aprovação na Câmara e foco na atividade econômica; 1998 - Medida Provisória negociada, Aprovação no Senado e assistência à saúde, e foco na atividade econômica; 1999 - DESAS; Ministério da Saúde/SAS/Ministério da Fazenda/SUSEP, e início da vigência; e, 2000 – Criação da ANS.

A primeira fase, abrange desde a Constituição Federal, que definiu o setor de saúde suplementar como setor regulado, e a sanção da Lei nº 8.078, em 1990, denominada “Código de Defesa do Consumidor” (CDC), até os debates políticos de 1997 que tiveram como resultado, em outubro desse mesmo ano, a aprovação, na Câmara dos Deputados, do Projeto 4.425/94 de Pinheiro Landim, que substituiria o Projeto nº 93/93 do senador Iram Saraiva, que regulamentava os planos e seguros saúde.

Referente ao CDC, ainda que sua criação não esteja diretamente relacionada ao setor de saúde suplementar, seu objetivo é regular as relações entre consumidores e fornecedores de produtos e serviços, e embora não seja específico para as relações de consumo no campo da saúde, é uma importante ferramenta legal para respaldar a defesa dos beneficiários dos planos e seguros de saúde em suas demandas contra esses órgãos. Foi a partir do CDC que a Justiça pode agir de forma favorável ao atendimento dos clientes de planos e seguros de saúde; isso porquê, principalmente após a implantação do Plano Real, observou-se um aumento no poder aquisitivo da população, fato tal que pode estar correlacionado ao efetivo incremento da cobertura de seguros privados para contratos individuais da população; dito isso, esclarece-se que, a expansão da clientela foi acompanhada por uma maior visibilidade de queixas nos órgãos de defesa do consumidor relacionadas à interrupção de atendimentos, serviços e procedimentos não cobertos e aumentos abusivos de preços das mensalidades (BAHIA, 2001, p.358). Houve a necessidade de intervenção estatal exatamente porque o CDC e órgãos como o Procon não foram suficientes para regular a relação entre beneficiários e operadoras.

Visando corrigir e atenuar as falhas do mercado, após intensas e diversas discussões políticas, em outubro de 1997, foi aprovado o projeto 4.425/94 que “centra a regulação no Conselho Nacional de Seguros Privados, cria a Câmara de Saúde Suplementar e dá amplos poderes de regulamentação e fiscalização à Superintendência de Seguros Privados, do Ministério da Fazenda” (CONASS, 2011, p. 21). Destaca-se, no entanto, que antes mesmo

da aprovação desse projeto, desde 1989, a SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) postulava a necessidade de regulamentação para os planos de seguros de saúde, requerendo para si as suas funções regulatórias das atividades de oferta e comercialização do setor de assistência médica suplementar (ALMEIDA, 1998).

O início dos anos de 1990 foram marcados com o intenso propósito de estabelecer a regulamentação para o setor por parte do Estado. “Foram seis anos, 24 projetos e 130 emendas” (REVISTA VEJA, ano 30, nº 42, 22/10/97, p. 102 apud ALMEIDA, 1998, p. 39). Em seguida, pode-se observar, no Quadro 2, as tentativas de intervenção do Estado ao longo desses anos (1991-1997):

Quadro 2 - Intervenção Estatal: Desenvolvimento da Regulamentação do Setor

PERÍODO	TRAJETÓRIA DA REGULAMENTAÇÃO DO SETOR
1991	Primeira proposta de projeto de lei referente a regulamentação, mas sem êxito.
1993	Senador Iram Saraiva dá entrada no projeto de regulamentação (Projeto n. 93/93).
1996	1) O Ministério da Saúde (MS) constitui uma comissão para propor regulamentação ao setor. 2) Envia ao Legislativo um projeto lei referente ao ressarcimento ao SUS dos gastos dos beneficiários de planos privados. 3) Ministério da Saúde monta grupo de trabalho interministerial específico sobre o tema (Saúde, Justiça e Fazenda). CNS (Conselho Nacional de Saúde) aprova proposta de regulamentação. Câmara dos Deputados cria comissão especial para estudar a regulamentação dos planos de saúde e propor projeto de lei.
1997	Após ameaça de Medida Provisória para o assunto, o governo envia projeto de lei ao Legislativo, votado pela Câmara.

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Almeida (1998, p. 39)

Como visto no Quadro 2, a primeira proposta referente a regulamentação do setor, foi em 1991, através de projeto de lei que não obteve maiores repercussões. Após isso, em 1993, o senador Iram Saraiva (PMDB-GO) deu entrada no projeto de regulamentação nº 93/93, conhecido como Lei dos planos de Saúde que dispunha sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. A partir disso, desencadeou-se uma série de discussões que foram se ampliando à medida que os interesses sociais específicos passaram a se pronunciar mais efetivamente em seus campos decisórios (técnico e legislativo), com as correspondentes traduções (ou não) em projetos de leis, vetos ou movimentações de repúdio, ou resistência (ALMEIDA, 1998).

No Quadro 2, também é possível observar que, em 1996, no Executivo, o Ministério da Saúde inicialmente constituiu uma comissão especial para propor a regulação do setor e enviou ao Legislativo um projeto de lei atinente ao ressarcimento ao SUS dos gastos de beneficiários dos planos privados; depois montou um grupo de trabalho interministerial específico sobre o tema, que garantia a disputa da área econômica de assumir as atividades de regulação dos planos, além de propor a criação de um sistema especial de custeio dos procedimentos de alto custo³. Ainda no ano de 1996, o CNS aprovou a proposta de regulamentação que foi baseada no trabalho ministerial e que também foi encaminhada ao parlamento; nesse mesmo ano, na Câmara dos Deputados foi criada uma comissão especial, coordenada pelo deputado Pinheiro Landim, para estudar a regulamentação dos planos e propor o projeto de lei, que após ameaças de medida provisória para o assunto, em setembro, foi enviado ao Legislativo e aprovado em outubro. 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.

Essa proposta, que representa a Fase I do processo de regulamentação do setor, no entanto, encontrou resistências “tanto da sociedade organizada quando (sic) de outros integrantes da base governista” (CONASS, 2011, p. 21). De todas as discussões e debates referentes ao tema, resultou-se um acordo para o texto final, “consagrado pela aprovação, no Senado Federal, do substitutivo com emendas (supressivas) feitas pelo senador Sebastião Rocha e, no dia seguinte à promulgação da Lei n. 9.656, com a edição da Medida Provisória 1.665/98 [...]” (CONASS, 2011, p. 21-22); assim, se deu o desfecho para a primeira fase supracitada, e se iniciou a Fase II e posteriormente a Fase III, que serão abordadas nos tópicos a seguir.

1.3 O Marco Regulatório

O marco regulatório do setor será apresentado através das Fases II e III, sendo representado pelo arcabouço legal e infra legal da regulamentação do setor. Cabe dizer que, o marco legal aqui refere-se àquele estabelecido na forma da lei; e, o marco infralegal se refere às normas que estão em posição inferior à legislação, que são estabelecidas pelo poder executivo nas formas determinadas em lei.

³ “[...] a regulamentação dos planos de saúde entra para a agenda política após a derrota da proposta integrada de reforma da previdência social, a qual previa articulação entre a reprivatização de acidentes de trabalho, o incentivo à previdência complementar privada e a ampliação do contingente de trabalhadores vinculados ao setor de assistência médica suplementar” (VIANA, REIS e BAHIA, 1997, p. 3, apud ALMEIDA, 1998, p. 39).

Para o presente tópico serão separados os seguintes subtópicos: Fase II que será apresentada através do marco legal com a promulgação da Lei nº 9.656/98 e pelo marco infralegal, referente ao período de 1998 a 1999, no qual vigorou um modelo bipartite da regulação; e, a Fase III, representada pela criação de uma agência reguladora federal (Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS).

1.3.1 Fase II - Lei nº 9.656 de 1998

A Fase II está diretamente relacionada à promulgação da Lei nº 9.656 de 1998 (Lei dos Planos de Saúde) que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. A lei supracitada ocorreu após inúmeras disputas e tensionamentos políticos e foi em 12 de maio de 1998 que o Senado aprovou o texto final, e em 3 de junho do mesmo ano que, o então presidente, Fernando Henrique Cardoso sancionou a lei. No dia 4 de junho, a lei entrou em vigor e, no dia seguinte, o conteúdo original da lei foi consideravelmente modificado por meio da Medida Provisória 1.665/98, que dava forma aos entendimentos possíveis feitos até então.

Vale ressaltar que, na época, as Medidas Provisórias tinham validade de apenas 30 dias e caso não fossem ponderadas pelo Congresso Nacional nesse prazo, simplesmente perdiam a validade. Por isso, mas não somente por essa razão, a lei 9.656/98 foi editada mais 44 (quarenta e quatro) vezes em um período de cerca de três anos, totalizando 45 (quarenta e cinco) edições. Em 24 de agosto de 2001, mais uma Medida Provisória alterava o texto da Lei dos Planos de Saúde, porém, essa seria a última, sendo congelada, permanecendo com força da lei e estando vigente até os dias atuais, levando o número MP. 2177-44.

Durante esse período (1998 - 2001), os primeiros anos de promulgação foram marcados pela admissão pelo poder executivo de funções legislativas, fato esse que gerou insegurança quanto ao futuro, considerando principalmente o caráter temporário das Medidas Provisórias e das sucedidas mudanças em seu texto nas reedições mensais. Além disso, alguns autores consideram a Lei 9.656 de difícil compreensão, dada as variadas alterações e da ausência de organização das disposições legais em capítulos e seções conforme os temas.

Após esse processo de transição, após a MP. 2177-44, a lei se consolidou e com ela buscava-se adotar meios de organização e normatização para a atuação das operadoras e seguradoras de planos de saúde. Além disso, a Lei 9.656 trouxe duas significativas mudanças: uma que está diretamente ligada à funcionalidade do mercado e outra relacionada à regulação em si (CONASS, 2011). A primeira, referente as mudanças na funcionalidade do

mercado, tem um ponto significativo com o marco regulatório, pois esse criou barreiras e critérios para autorização do funcionamento das empresas, como a entrada e a saída do mercado, bem como, limitou a classificação dos produtos, por meio da proibição da subsegmentação da cobertura assistencial⁴ (CASTRO e COSTA, 2003).

Além do mais, a legislação que estabeleceu o marco regulatório do setor de saúde complementar contém regras de fiscalização, de regulação econômico-financeira sobre operadoras e produtos, normas que ampliam as coberturas, que criam o ressarcimento ao SUS, que criam instâncias de controle social sobre a regulação, entre tantas outras normas. Ademais, o marco regulatório trouxe ao setor uma regulação de forma abrangente;

[...] a lei disciplinou o conteúdo dos contratos, os prazos máximos de carência, os mecanismos de reajustes dos contratos individuais e familiares, além de estabelecer diversos critérios econômico-financeiros para a garantia da solvência do mercado. Ficou proibida a imposição de limites de prazos para internações e para o número de exames complementares, assim como a discriminação para entrada no plano de saúde em razão de idade e ou doença preexistente, dentre outras questões. (FENASAÚDE, 2011, p.7)

Outra consequência importante advinda da Lei 9.656/98 em sua funcionalidade, foi a divisão dos beneficiários dos planos e seguros de saúde em duas categorias distintas: contratos antigos - comercializados e firmados antes da lei nova até o prazo final de 1998 e regidos por cláusulas contratuais específicas -, e contratos novos - comercializados e firmados após as novas regras, a partir de 1999 (FENASAÚDE, 2011).

A segunda mudança significativa, resultante da lei, de acordo com o Conass (2011), pode ser caracterizada através de três principais alterações no processo de regulação, sendo elas: na instância deliberativa máxima (conselho interministerial), na Câmara de saúde suplementar (CSS), na normatização e monitoramento do setor.

O Conass (2011) descreve que a instância de deliberação maior, antes da promulgação da lei, era do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), após o início da Fase II, coexistiram dois conselhos interministeriais para deliberar sobre a regulação do setor:

[...] o CNSP, com as mudanças previstas no projeto inicial, mas com alterações em suas atribuições; e o recém-criado Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu), que tem em sua composição metade de seus integrantes do Ministério da Saúde, e com atribuições definidas no texto legal. O modelo regulatório, criado pela aprovação da Lei n. 9.656/98, combinada com a MP n. 1.665/98, trouxe para o corpo da regulação setorial a presença muito mais incisiva do Ministério da Saúde – por meio do Consu. Procurava-se, na época, garantir certa tensão

⁴ “No contexto anterior à regulação, os estudos sobre o setor identificavam problemas de exclusões e variações no escopo e na natureza da cobertura, em quase todos os planos privados, permitindo que opções desfavoráveis fossem oferecidas ao consumidor” (WORLD BANK, 1995, *apud* CASTRO e COSTA, 2003, p. 49).

produtiva e articulada, pois os dois conselhos (CNSP e Consu) tinham, em sua composição, representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Fazenda, o que poderia indicar, ao menos em tese, um efetivo grau de ação articulada entre os dois conselhos. (CONASS, 2011, p. 22)

Com relação as alterações na Câmara de Saúde Suplementar (CSS), antes da lei, esse era o órgão deliberativo permanente do CNSP, com as alterações da lei, o CSS passa a ser órgão do Consu, tem sua função ampliada, e deixa de ser órgão deliberativo e passa a ser órgão consultivo, contudo, se mantém permanente. Com essa mudança, é importante destacar que os prestadores de serviço também passaram a ter representação. Já as mudanças relativas a normatização e monitoramento do setor, vale destacar que as funções executivas, antes da lei, eram todas exercidas pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda. Antes, ao Ministério da Saúde cabia apenas dar pareceres em relação a coberturas e outros aspectos assistenciais. Após a promulgação da lei, as funções executivas passaram a ser exercidas em conjunto entre a Susep e o Ministério da Saúde. E, embora a lei não tenha previsto em seu texto qual secretaria deveria desempenhar tal função, essa competência passa ao Departamento de Saúde Suplementar (Desas)⁵ da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS):

Independentemente de outras atribuições feitas no texto da Lei, o Ministério da Saúde passa a ter função também de normatização, monitoramento e fiscalização do setor. O recém-criado Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde havia sido concebido para um papel secundário – de fornecer pareceres. As novas atribuições vão requerer um redimensionamento de sua estrutura, como registrado no Relatório de Gestão da SAS, no período de 1998 a 2001.

[...]. Essa reestruturação, no entanto, não chegou a ocorrer. Durante o ano de 1999, o modelo e a estrutura de regulação demonstraram-se pouco eficientes. O Conselho Nacional de Seguros Privados, no período de junho de 1998 até dezembro de 1999, nunca se reuniu, em parte, devido aos conflitos de entendimento sobre o melhor caminho para a regulação do setor de planos e seguros de saúde. Dessa forma, a evolução aconteceu com a decisão governamental de criar a Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia do Ministério da Saúde, unificando todo o processo de normatização, monitoramento e fiscalização do setor (CONASS, 2011, p. 24).

Feita essa retrospectiva da promulgação da Lei dos Planos de Saúde, no próximo tópico será abordada a continuação da segunda fase de todo esse processo, sendo a parte inicial após a promulgação, tratada como um sistema “bipartite”.

⁵ “[...]o Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (Desas) é criado para ser o *locus* do Ministério da Saúde a ser ouvido, para questões referentes às coberturas dos planos e seguros” (CONASS, 2011, p. 24).

1.3.2 Fase II - Modelo de Regulação Bipartite

A primeira parte da regulação do setor, logo após a Lei 9.656/98, entre junho de 1998 e setembro de 1999, ficou conhecida através do sistema bipartite. As responsabilidades institucionais, segundo o Conass (2011), ficaram divididas da seguinte forma:

- a) Ao Ministério da Fazenda estava atribuída a regulação da atividade econômica, através do CNSP e da Susep, as atividades com foco nas operadoras seriam realizadas, incluindo a autorização de funcionamento, o controle econômico-financeiro e o reajuste dos preços.
- b) Ao Ministério da Saúde ficou a responsabilidade de regulação de produção de serviços de assistência à saúde, por meio do Consu e por unidade específica, DESAS (Secretaria de Assistência à Saúde), cabia assumir esse tipo de regulação em seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico, incluindo a autorização para comercialização de produtos e a fiscalização pertinente a esse campo de ação.

Todavia, destaca-se que, em seu campo de atuação, o CNSP, na regulação econômica da saúde suplementar, distribuiu apenas uma minuta de resolução, em março de 1999, que por sua vez não foi oficializada, e a Susep, por sua vez, pouco normatizou nesse campo. Já, no que se refere à regulação assistencial da saúde suplementar, o Ministério da Fazenda, através do Consu emitiu 32 resoluções, sendo que, em um primeiro momento aprovou um bloco de 14 resoluções que contemplavam aspectos importantes da Lei 9.656, no que tange ao produto oferecido, à prestação de serviços e o ressarcimento ao SUS.

Nesse período pré-Agência, a Conass (2011, p. 27) aponta alguns avanços da regulação. Destacam-se alguns a seguir por tema, definidos no marco infralegal:

▪ **Produtos**

- Definição e regulamentação da conceituação de doenças e lesões preexistentes, para fins de planos e seguros de saúde;
- Veto ao impedimento de acesso de quaisquer pessoas nos planos de assistência à saúde em virtude da faixa etária, ou por ser portador de qualquer patologia;
- Definição de rol de procedimentos de cobertura mínima obrigatória;
- Definição de regras que permitem às operadoras utilizar mecanismos de regulação, desde que não impeçam o acesso do beneficiário às coberturas assistenciais contratadas;
- Definição de regras diferenciadas para planos coletivos e individuais;

- Definição de faixas etárias para fins de reajuste, regulamentando preços em função da idade. Configurou-se de forma inequívoca a política de solidariedade na distribuição de receitas, não só entre doentes e sadios, mas também entre as diversas faixas etárias – conhecido como “pacto intergeracional”;
- Definição do atendimento às urgências e emergência: regulamentação do atendimento em urgências e emergências para os planos e seguros das diversas segmentações.
- **Organização do Mercado**
 - Definição de regras para o ressarcimento ao SUS.
- **Operadoras**
 - Criação de regras de saída, ou retirada de entidades que operam planos de saúde.

Ao final de 1999, considerando a dificuldade de coordenação e o impedimento à unidade estratégica necessária para o processo de regulação, causados pela amplitude da tarefa, o ineditismo do processo e o modelo bipartite de regulação, foi necessário concentrar todas as atribuições de regulação do setor no âmbito do Ministério da Saúde, conseqüentemente, esse modelo foi alterado e, à vista disso, criou-se uma agência reguladora federal especializada (ANS), bem como a reformulação do Consu.

Todo esse processo, e posteriormente a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi considerado uma “vitória” do pensamento do Ministério da Saúde, frente ao entendimento do Ministério da Fazenda. Segundo o Ministério da Saúde, planos e seguros de saúde lidam, primordialmente, com questões de saúde, deixando como secundária a questão de “produtos financeiros”, ligados ao sistema financeiro nacional, como era o pensamento do Ministério da Fazenda (CONASS, 2011).

1.3.3 Fase III - Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A terceira, e última, fase do processo de regulamentação do setor de saúde suplementar, teve início através da unificação das atribuições de regulação do setor, concentradas no Ministério da Saúde, como mostra a Figura 2. Essa unificação foi responsável pela criação da ANS em novembro de 1999, mediante a MP nº 1.928, reeditada pela MP nº 2.012/99, sendo essa última convertida na Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000.

Com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar foi possível fiscalizar e controlar as operadoras de planos de saúde, observando o cumprimento das normas estabelecidas legalmente. A ANS goza de autonomia administrativa, financeira e

patrimonial, e por isso, tem a independência de suas decisões. Ela é definida no art. 1º da referida lei:

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

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. (BRASIL, 2000).

Esse modelo institucional de agência autônoma surge no contexto de reforma da administração pública brasileira, articulado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado⁶, elaborado pelo, então, Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), em 1995. Esse modelo era voltado aos serviços prestados exclusivamente pelo Estado, não delegáveis, envolvendo regulação, segurança e arrecadação de impostos. Segundo a ANS afirmaria depois,

O modelo de regulação adotado pela ANS é oriundo da experiência brasileira utilizada nos setores - das telecomunicações, do petróleo e da energia elétrica - que passaram (no final da década de 90) pelas reformas patrimoniais do Estado (privatizações e desestatizações), seguindo as ideias e instituições já experimentadas por outros países. Tomando, em geral, o neo-institucionalismo como teoria condutora, seu objetivo seria o desenho de mecanismos (incentivos) para que o agente (Estado) aja em nome do principal (consumidor) na regulação dos mercados e onde a informação do consumidor e a prestação pública de contas jogam um papel importante (Pereira, 1997). O desenho organizacional da ANS, estabelece como foco da regulação os mercados das “operadoras de planos e seguros de saúde”, controlando os contratos firmados, entre seguradoras e segurados, quanto à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos médicos (ANS, 2004, p. 128).

A ANS surge em um setor já exercido pela iniciativa privada, diferentemente das outras agências reguladoras citadas anteriormente (Agência Nacional de Petróleo - ANP; Agência Nacional de Telecomunicações - ANATEL; e, Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL), que foram criadas em um processo de privatização e desestatizações das atividades nesses setores da economia, bem como, tiveram o propósito de diversificar e estimular à competição nesses mercados. Além do mais, o setor de saúde suplementar não era um setor monopolista, e a ANS surge com o propósito de corrigir os desequilíbrios econômico-financeiros das empresas e regular a relação entre as operadoras de planos e

⁶ Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado - Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: jan. 2021.

seguros de saúde e seus consumidores, principalmente no que diz respeito à seleção adversa e a assimetria de informações. Segundo o Conass (2011), ela

“Tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse 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” (CONASS, 2011, p. 28).

De acordo com o IESS (2020), os motivadores desta criação poderiam ser resumidos nos seguintes pontos:

- Assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso;
- Definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor;
- Definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde contratados pelos consumidores;
- Dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados de assistência à saúde no sistema público;
- Estabelecer mecanismos de controle da abusividade de preços;
- Definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar. (IESS, 2020, p. 43,44)

Com a criação da Agência Reguladora, ao Consu foi estabelecida uma nova composição, tendo suas competências totalmente reformuladas, passando a ser instância de definição de políticas e diretrizes para o setor e de supervisão das ações da ANS. Ainda assim, foram mantidas as funções de supervisão da execução das políticas e diretrizes para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos e seguros de saúde. À ANS ainda cabe expedir normas referentes aos assuntos supracitados, porém, só poderá expedir essas normas “quando não houver diretriz estabelecida, dentro de suas atribuições legais, ou de atribuições delegadas pelo Consu” (CONASS, 2011, p. 28).

Referente a sua estrutura organizacional, a ANS é dirigida por uma Diretoria Colegiada, composta por até cinco diretores, sendo um deles seu diretor-presidente. Os diretores, até mesmo seu diretor-presidente, são indicados pelo Presidente da República ao Senado Federal.

Outrossim, como de essência das agências reguladoras, os diretores da ANS possuem mandato fixo com prazo de 05 anos, sendo vedada a recondução, bem como a destituição arbitrária dos mesmos. No entanto, antes da alteração realizada pela promulgação da Lei 13.848/2019, os mandatos dos diretores da ANS se estendiam pelo prazo de 03 (três) anos, com direito à recondução (IESS, 2020, p. 45).

À Diretoria Colegiada competem as seguintes atribuições:

- Exercer a administração da ANS; editar normas sobre matérias de competência da ANS;

- Aprovar o regimento interno da ANS e definir a área de atuação de cada diretor;
- Cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar;
- Elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades;
- Julgar, em grau de recurso, as decisões dos diretores, mediante provocação dos interessados;
- Encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes. (CONASS, 2011, p. 30)

A Diretoria Colegiada é composta pelos seguintes diretores: Diretor de Desenvolvimento Setorial; Diretor de Normas de Habitação de Operadoras; Diretor de Normas e Habitação de Produtos; Diretor de Gestão; e, Diretor de Fiscalização - não esquecendo que um desses também exerce o cargo de Diretor-Presidente da ANS. Duas de suas diretorias são responsáveis pela regulação *strictu sensu*, a primeira voltada às operadoras e a segunda aos produtos, as demais são responsáveis uma pela fiscalização, outra pela gestão e outra pelos sistemas de informação e pelo ressarcimento ao SUS. Além da Diretoria Colegiada como instância máxima, a ANS também conta com a Procuradoria, Corregedoria e Ouvidoria, com a CSS, e ademais, com unidades especializadas, com gerências, coordenadorias, assessorias, sendo cada uma incumbida de diferentes funções, de acordo com cada regimento interno.

Relativo à competência da ANS para a regulação dos planos e seguros de saúde, ressalta-se que a Agência já havia sido mencionada através das Medidas Provisórias citadas anteriormente, antes mesmo da sua criação efetiva em 1999. A Lei nº 9.656/98 já mencionava em seu primeiro artigo, em seu parágrafo primeiro, a Agência Reguladora e estabelecia o que estaria subordinado às normas da Agência, como visto a seguir:

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

§ 1o. Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. (BRASIL, 1998).

Sendo assim, ao analisar a Lei, é possível observar que a ANS tem como uma de suas competências a fiscalização do mercado. Além disso, cabe também, como competência

a essa agência reguladora, regulamentar as atividades das operadoras tanto no que diz respeito à cobertura assistencial, quanto aos aspectos econômico-financeiros. A Lei 9.961/00, em seu art. 4º, consagrou 42 (quarenta e dois) incisos referentes as competências da ANS, de forma a resumir, Grou e Salazar (2007, p.21), citam as seguintes atribuições:

- a) propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu) para regulação do setor de saúde complementar;
- b) fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços às operadoras;
- c) estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- d) estabelecer critérios de aferição e controle de qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- e) estabelecer normas, rotinas e procedimentos para a concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- f) autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde;
- g) autorizar o registro dos planos de assistência à saúde;
- h) fiscalizar atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
- i) fiscalizar a atuação das operadoras e prestadoras de serviço de saúde com relação a abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
- j) articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção da defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observando o disposto na Lei nº 8078/90;
- l) zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.

Ainda sobre as competências da ANS, resume-se no Quadro 3, três categorias distintas, citando as principais competências por parte da Agência, a seguir:

Quadro 3 - Principais Competências da ANS de acordo com a Lei

<i>TEMA</i>	<i>PRINCIPAIS TEMAS SOB COMPETÊNCIA DA ANS</i>
ORGANIZAÇÃO DO MERCADO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ressarcimento ao SUS; ▪ Credenciamento e descredenciamento dos prestadores de serviços, bem como, controle da qualidade; ▪ Requisições de informações às operadoras e à rede prestadora de serviços; ▪ Medidas para estimular a competição do setor.
PRODUTOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concessão, manutenção, cancelamento de registro dos produtos; ▪ Parâmetros para a cobertura assistencial, tais como: rol de procedimentos de cobertura obrigatória, mecanismos de regulação de uso dos serviços, entre outros; ▪ Autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos, ouvindo o Ministério da Fazenda, e monitorar a evolução dos preços dos planos, seus prestadores de serviços e respectivos componentes e insumos.
OPERADORAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autorizações de funcionamento das operadoras, bem como para o seu funcionamento, fiscalização e mudanças do controle societário; ▪ Condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais das operadoras; ▪ Aplicar as penalidades previstas em lei e instituir os regimes de direção fiscal ou técnica, liquidação extrajudicial ou determinar a alienação de carteira.

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de BRASIL (2000).

Dentro dessas competências, o Conass (2011) identifica que dois temas: produtos e operadoras, apresentaram significativas mudanças após a implementação do Marco Regulatório, em relação ao período anterior. O Quadro 4, a seguir, mostra essas mudanças:

Quadro 4 - Mudanças Estruturais do Setor

	<i>Antes da Regulamentação</i>	<i>Depois da Regulamentação</i>
Operadoras (empresas)	Livre atuação <ul style="list-style-type: none"> ▪ Legislação do tipo societário ▪ Controle deficiente 	Atuação controlada <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autorização de funcionamento ▪ Regras de operação sujeitas à intervenção e liquidação ▪ Exigência de reservas (garantias financeiras) ▪ Profissionalização da gestão
Assistência à saúde e acesso (produto)	Livre atuação <ul style="list-style-type: none"> ▪ Livre definição da cobertura assistencial ▪ Seleção de risco ▪ Livre exclusão de usuários (rompimento de contratos) ▪ Livre definição de carências ▪ Livre definição de reajustes ▪ Modelos centrado na doença ▪ Ausência de sistema de informações ▪ Contratos nebulosos 	Atuação controlada <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualificação da atenção integral à saúde ▪ Proibição da seleção de risco ▪ Proibição da rescisão unilateral dos contratos ▪ Definição e limitação das carências ▪ Reajustes controlados ▪ Internação sem limites ▪ Modelo de atenção com ênfase nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças ▪ Sistema de informações como insumo estratégico ▪ Contratos mais transparentes

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Conass (2011).

O Quadro 4 mostra as mudanças referentes as dimensões de atuação das empresas (operadoras) e de produtos (planos e seguros de saúde). Na primeira dimensão todas as operadoras passaram a ter sua atuação controlada, por isso a alteração foi de suma importância.

Em resumo: um tipo de negócio em que era possível se iniciar com um pequeno escritório, uma equipe de vendas e alguns prestadores conveniados, passa a ter exigências de capital mínimo, constituição de reservas, contabilidade estruturada e outros requisitos. E, se antes era possível que uma dessas empresas simplesmente fechasse suas portas, hoje não ocorre mais, já que a saída do mercado também é regulada por regras que objetivam a defesa do consumidor e da própria rede prestadora, que sempre ficou à mercê de todo o tipo de empresários. Desta forma, a entrada, a operação e a saída de uma empresa do mercado de planos e seguros de saúde passam a ser reguladas. (CONASS, 2011, p. 36)

Já a dimensão de produtos, traz mudanças ainda mais profundas, que, de acordo com o Conass (2011, p. 36-37) as principais mudanças podem ser destacadas a seguir:

- Garantir a possibilidade de qualquer indivíduo poder comprar um plano ou seguro de saúde. Tal garantia elimina uma das características do mercado operador em outros ramos: a seleção de risco. O termo quer dizer exatamente o que o nome indica: a possibilidade de a operadora selecionar quais proponentes ela iria aceitar como consumidor.

- A rescisão unilateral do contrato acaba, isto é, a operadora não pode mais, no vencimento anual de um contrato, não prorrogá-lo. O contrato passa a ter “prorrogação automática”, sendo proibida a cobrança de qualquer taxa nesse momento.
- As carências máximas passam a ser regidas por lei. Antes deste dispositivo, ficavam a critério da operadora quais seriam as carências, seu prazo e para quais procedimentos em saúde.
- Os reajustes anuais, também conhecidos como reajustes financeiros ou “de custos” dos planos individuais passam a ser controlados pela ANS.
- Após regulamentação do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu), a variação máxima entre as faixas etárias passa a ser de até seis vezes, Antes da lei, os estudos mostravam variações de até 33 vezes e, em alguns contratos, variações por mudança de faixa etária anual, após determinada idade.
- Os contratos com exclusão de doenças e limitações de quantidade de procedimentos ou leitos de alta tecnologia, por ano, ou por contrato, passam a ser proibidos.
- A cobertura para psiquiatria passa a ser permitida e são impedidas as exclusões por lesões provocadas pelo alcoolismo, uso de drogas ou até mesmo pela tentativa de suicídio.
- As próteses cirúrgicas, os transplantes de córnea e rim, a radioterapia e a quimioterapia, além de toda a terapia renal substitutiva, passam a ser cobertas.
- E a principal mudança é que a segmentação da atenção só pode ser feita pela divisão do território de atenção: ambulatorial ou hospitalar. Permite-se a cobertura obstétrica, como opcional. Neste quesito é importante ressaltar que um plano somente hospitalar, mas com cobertura obstétrica, tem garantido o atendimento pré-natal. Passa a ser definido, em princípio, pelo Ministério da Saúde, diretamente, e depois pela ANS, a lista de procedimentos mínima para cada segmentação da assistência. Como a lei determina, a cobertura ambulatorial, hospitalar e o “módulo obstetrícia”, se contratados todos juntos, perfazem o plano integral. O mercado operador deixa, na prática, de poder vender grupos de procedimentos isolados.

Com essas mudanças a ANS já editou vários atos normativos, ao total, desde 2000 até 2020, foram 950 (novecentos e cinquenta) normas - vigentes e revogadas. Das normas vigentes, foram editadas cerca de 404 (quatrocentas e quatro) normas, sendo normas do Consu, Instruções Normativas (IN), Instruções Normativas Conjuntas (INC), Instruções de Serviço (IS), Instruções de Serviço Conjunta (ISC), Resoluções Administrativas (RA), Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), Resoluções de Diretoria (RE), Resoluções Normativas (RN), Resoluções Regimentais (RR) e Súmulas Normativas. Dentre elas, as RDCs e as RNs são as normas mais importantes aos consumidores, tendo maior impacto sobre o mercado, trazendo maior detalhamento e imprimindo a política institucional.

1.4 Modalidade de Operadoras de Mercado de Saúde Suplementar

“A saúde suplementar é responsável pelo acesso ao sistema privado de saúde de pouco menos de um quarto da população, pouco mais de 47 milhões de beneficiários neste final de 2020” (IESS, 2020, p. 9). Sabendo disso, para o presente estudo, é importante

destacar as modalidades de operadoras dentro do mercado de saúde suplementar que abrange o atendimento a esse número de beneficiários.

Aqui, destacam-se, as seguintes modalidades⁷, definidas a seguir:

- Administradora;
- Cooperativa médica;
- Cooperativa odontológica;
- Autogestão;
- Medicina de grupo;
- Odontologia de grupo;
- Filantropia; e,
- Seguradoras Especializadas em Saúde⁸.

a) Administradoras

Inicialmente as administradoras foram definidas pela ANS da seguinte forma:

“[...] as empresas que administram planos ou serviços de saúde, sendo que, no caso da administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.” (ANS, RDC n. 39/2000).

Em 2009, as definições anteriores foram revogadas a partir da RN nº 196/2009, que passou a adotar a definição de administradora de benefícios, ao invés de, apenas, administradoras. Essa nova definição adota como administradora de benefícios as pessoas jurídicas que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou prestam serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde coletivos, desenvolvendo, pelo menos, uma das atividades a seguir:

- Promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes de planos de saúde;
- Contratar plano de saúde coletivo, na condição de estipulante;
- Oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes; ou,

⁷ Dentre essas modalidades, duas são exclusivamente relativas a operadoras odontológicas, sendo elas: Cooperativa odontológica e Odontologia de grupo, que para efeito do presente trabalho não serão definidas.

⁸ Essas modalidades são previstas no art. 10 da RDC 39/2000. Contudo, essa Resolução não explicitou em seu texto as Seguradoras Especializadas em Saúde. Essa categoria, agora, considerada como uma das modalidades, foi estabelecida através da Lei nº 10.185/2001.

- Apoio técnico em aspectos operacionais, tais como: negociação de reajuste, aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde, e alteração de rede assistencial.

Resumindo, a administradora de benefícios adota parte das atividades que deveriam ser de pessoas jurídicas contratantes dos planos de assistência à saúde, como é o caso de empresas empregadoras, conselhos, sindicatos ou associações profissionais. Em seu art. 3º (RN 196/2009) fica explícito que as administradoras de benefícios não podem atuar como representantes, mandatárias ou prestadoras de serviços de operadoras de planos de saúde, assim como, também não podem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de saúde.

b) Cooperativas

As Cooperativas são sociedades de pessoas, de natureza civil, sem fins lucrativos. Essas são constituídas conforme o disposto da Lei nº 5.764 de dezembro de 1971, que definiu a política de cooperativismo e instituiu o regime jurídico das sociedades cooperativas. Elas foram expressamente incluídas na definição de operadoras de planos de saúde estabelecida pela Lei 9.656/98 e por isso, a elas se aplicam todo o regramento do marco legal. De acordo com a RDC nº 39/2000 da ANS, as Cooperativas Médicas operam planos de saúde e as Cooperativas Odontológicas operam especificamente planos odontológicos.

c) Autogestão

Assim como as Administradoras, as operadoras na modalidade de Autogestão tiveram uma definição inicial pela ANS, sendo segmentadas entre Autogestão Patrocinadas - singular ou multipatrocinada -, e Não Patrocinadas. Por meio da seguinte norma teve sua definição como:

[...] entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se 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 classes profissionais ou assemelhados. (RDC n. 39/2000, art. 14)

Por meio da RN nº 137, de novembro de 2006, a Autogestão teve essa definição revogada, passando a valer uma nova definição no qual limita a operar planos de saúde privados limitados a beneficiários específicos previstos, ou seja, constitui-se em modalidades de operadoras sem fins comerciais direcionadas ao atendimento de trabalhadores de empresas, filiados de sindicatos, associações e fundação. Nesse sentido, a gestão pode ser realizada tanto pelos trabalhadores de uma empresa, quanto pela empresa empregadora.

d) Medicina de Grupo

Esse tipo de modalidade de operadoras são empresas ou entidades que administram planos de saúde - excluindo aquelas classificadas como Administradora, Cooperativas Médicas, Autogestão e Filantropia (ANS, RDC nº 39/2000) -, para empresas, famílias e indivíduos mediante sistema de pré-pagamento ou pós-pagamento. “Os serviços podem ser prestados por unidades próprias, em que os profissionais de saúde são empregados da empresa de medicina de grupo, ou através de unidades credenciadas por esta.” (CONASS, 2011, p. 15).

e) Filantropia

As operadoras na modalidade de Filantropia foram inicialmente definidas através do art. 17 da RDC nº 39/2000 da seguinte maneira:

[...] entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao 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. (ANS, RDC nº 39/2000, art. 17)

Contudo, para refletir as mudanças na legislação, no que diz respeito ao certificado, a definição foi alterada em novembro de 2012, através da RN nº 315 da ANS. Assim, o certificado, que passou a ser apresentado com prazo de validade vigente, passou a ser denominado Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), além disso, esse passou a ser emitido pelo Ministério competente do setor de atuação, ou seja, o Ministério da Saúde, deixando de ser emitido pelo CNAS. Ademais, a definição desse tipo de operadora, continua a mesma: entidades sem fins lucrativos que possuem as características das medicinas de grupo em termos de oferta de planos de saúde; em sua

maioria prestam assistência em seus serviços próprios e devem atender obrigatoriamente os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

f) Seguradoras

É importante dizer que as Seguradoras, antes do Marco Regulatório da ANS, eram reguladas através da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) do Ministério da Fazenda, contudo, em fevereiro de 2001, a MP nº 2.122-2 foi transformada na Lei nº 10.185 de 12 de fevereiro de 2001, que estabeleceu como único produto o plano de assistência à saúde, enquadrando o seguro saúde nesse conceito. Sendo assim, as operadoras dessa modalidade, sociedades seguradoras, devem se constituir em Sociedades Seguradoras Especializadas em Saúde, sendo que a atuação em quaisquer outros ramos e modalidades lhe são vedadas. Outrossim, é que a partir dessa lei, as Seguradoras Especializadas em Saúde passaram a ser disciplinadas pela ANS e pelo Consu.

No mesmo ano da promulgação da Lei nº 10.185, a ANS, por meio da RDC nº 65/2001, regulamentou o seguinte: em caso de matérias não disciplinadas pela ANS e pelo Consu, devem se aplicar às Seguradoras Especializadas em Saúde as normas da SUSEP e do CNSP que foram publicadas até 21 de dezembro de 2000. Contudo, essa resolução foi revogada em dezembro de 2009, através da RN nº 209/2009, e se estabeleceu critérios mínimos de equilíbrio econômico financeiro para as operadoras de planos de assistência à saúde.

A representação institucional das empresas do mercado de seguros gerais passou por reformulação, resultando na criação de quatro federações, sendo que a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), criada em fevereiro de 2007, com sede no Rio de Janeiro, é a representante institucional das seguradoras especializadas em saúde e de operadoras de outras modalidades, como das medicinas de grupo (Amil, Care Plus, Excelsior, Golden Cross, Medial Saúde, Intermédica, Mediservice e Omint) e odontologia de grupo (Interodonto, Metlife e Odontoprev). (CONASS, 2011, p. 15)

Para o presente estudo, faz-se necessário destacar as diferenças entre as modalidades de operadoras de planos de assistência à saúde, porque serão analisados apenas as regulamentações referentes a Seguradoras Especializadas em Saúde e seu impacto social.

1.5 Normas e Circulares Importantes para o Seguro Saúde

Como visto anteriormente, a Lei 10.185/01 determinou que as sociedades seguradoras que já operavam com o desenvolvimento e a venda de produtos de seguro em conjunto com produtos de saúde deveriam criar empresas dentro da especialização, ficando sujeitas a Agência Nacional de Saúde e aplicações e penalidades previstas em decorrência de infração da legislação vigente. Ficando também estabelecidas as regras para regulamentação de garantias financeiras, transferência do controle societário e liquidação extrajudicial. Nesse sentido, e para fins do presente estudo, tratar-se-ão aqui as principais Normas e Circulares importantes ao Seguro Saúde - atentando-se aos aspectos sociais.

- I. Destacam-se Resoluções Normativas com estímulo à qualidade da atenção à saúde prestada por operadoras e prestadores de serviços de saúde:
 - RN nº 267 - institui o programa de qualificação da rede de prestadores, no qual deverão ser divulgados certificados de qualidade dos prestadores de serviços em saúde;
 - RN nº 275 - institui o QUALISS, programa capaz de avaliar o desempenho assistencial dos prestadores de serviço na saúde; e
 - RN nº 277 - institui o programa de acreditação de operadoras de planos de saúde.
- II. Na regulação econômico-financeira do setor, os destaques são:
 - RN nº 256 - institui o plano de recuperação assistencial e regulamentou a direção técnica, visando corrigir práticas que constituam risco à qualidade ou à continuidade do atendimento;
 - RN nº 278 - institui o Programa de Conformidade Regulatória, na busca por maior adesão das operadoras ao cumprimento de aspectos essenciais da regulação e conferindo tratamento diferenciado às operadoras que permaneçam regulares; e
 - RN nº 274 - estabelece medidas administrativas e econômico-financeiras com foco principal nas pequenas e médias operadoras de planos de saúde, com a proposta de reduzir o peso da regulação para estas operadoras, sem perdas no monitoramento.
- III. Em normativos com foco no consumidor, os destaques são:
 - RN nº 259 - define prazos máximos para o atendimento de beneficiários de planos de saúde;

- RN nº 279 - assegura aos demitidos e aposentados a possibilidade de manutenção do plano de saúde empresarial;
- RN nº 252⁹ - amplia a portabilidade de carências, garantindo o direito à mudança de plano de saúde sem cumprimento de novos prazos de carência para mais beneficiários;
- RN nº 265 - incentiva implantação de programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades do plano e prêmios.

IV. Também com foco no consumidor, súmulas normativas foram publicadas:

- Súmula Normativa nº 15 - estabelece que para fins de cobertura obrigatória pelos planos privados de saúde entende-se como cobertura relacionada à saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho.
- Súmula Normativa nº 16 - institui que é vedado às operadoras utilizar mecanismos que inibam a solicitação de exames diagnósticos complementares pelos prestadores de serviços médicos.
- Súmula Normativa nº 19 - estabelece que a comercialização de planos por parte das operadoras ou de terceiros não pode impedir ou dificultar o acesso ou ingresso do beneficiário em razão de idade, condição de saúde ou por portar deficiência.

⁹ Alguns artigos da RN nº 252/2011 foram revogados através da RN nº 438/2018.

II. ESTUDO E SEUS RESULTADOS

2.1 As Mudanças Trazidas com a Regulamentação

Nesse tópico serão tratadas as seguintes Resoluções Normativas: RN nº 252 de 2011 (além das modificações pela RN nº 438 de 2018), RN nº 265 de 2011 e RN nº 279 de 2011. Essas resoluções foram escolhidas para o estudo por terem como foco o consumidor, e por isso, serão estudadas considerando os aspectos sociais. Sendo assim, o presente estudo verificará as mudanças que cada uma dessas resoluções trouxe para o sistema de saúde suplementar e consequentemente para a sociedade.

Portabilidade de Carências¹⁰

A regulamentação da portabilidade de carências entre planos de saúde se dá através da RN nº 252 de 28 de abril de 2011. A presente Resolução Normativa altera os termos da RN nº 186 de 14 de janeiro de 2009, que era referente a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656 e sem a imposição de cobertura parcial temporária. Em 03 de dezembro de 2018, foi aprovada a RN nº 438, que revoga a RN nº 186 e os artigos 1º, 3º, 4º e 7º e o §2º do artigo 9º, todos da RN nº 252.

Tanto a RN nº 252, quanto a RN nº 438, tratam da portabilidade de carências, sendo que a primeira dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências, e a segunda, dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, trazendo algumas alterações.

Para compreender as resoluções, é importante descrever do que se tratam as portabilidades de carências. De acordo com a ANAB (2018)¹¹,

Portabilidade de Carências é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carências ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem. Já a Portabilidade Especial de Carências é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carência ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, na hipótese de cancelamento do registro da Operadora do plano de origem ou de sua Liquidação Extrajudicial.

¹⁰ Para entender as mudanças advindas dessas resoluções, é preciso abordar algumas definições, além de perguntas e respostas, que poderão ser vistas no site disponível em: oficinas-ggrep-ciclo3-faq.pdf (ans.gov.br). Acesso em: 26 dez. 2021.

¹¹ Associação Nacional das Administradoras de Benefícios - disponível em: <https://anab.com.br/ans-publica-rn-no-438-com-novas-regras-para-portabilidade-de-carencias-de-beneficiarios-de-planos-de-saude/>. Acesso em: 26 de jan. 2021.

Nesse sentido, a regulação tratada aqui, confere ao consumidor que tenha plano de saúde individual, familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial contratado após a entrada em vigor da Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde) ou adaptado à essa lei, e que já tenha cumprido o prazo estipulado para a carência vigente em cada plano, o direito de migrar para outro plano, sendo esse, da mesma ou de outra operadora, não tendo mais a necessidade de cumprir novos prazos de carência e de cobertura parcial temporária.

Após as mudanças com a resolução n° 438/18, ficam estipuladas as seguintes regras:

- **Tipo de contrato:** a regra permite migrar para qualquer tipo de contrato;
- **Crítérios:** para migrar para um plano coletivo por adesão é necessário a comprovação de vínculo setorial ou classista (sindicatos, associações profissionais); já para os planos coletivos empresariais é preciso ter vínculo empregatício, estatutário ou em que o beneficiário seja empresário individual;
- **Requisitos¹²:** o plano deve estar ativo e o beneficiário deve estar adimplente junto à operadora de saúde do plano de origem;
- **Prazos:** para realizar a primeira portabilidade o beneficiário deve ter dois anos no plano de origem, ou três anos, caso o beneficiário estiver cumprido cobertura parcial temporária (CPT) para doenças ou lesões preexistentes. Nos casos em que o beneficiário já tenha realizado a portabilidade uma vez, esse deve permanecer com o contrato por um ano. Se a troca foi feita por um plano em que as coberturas não estejam previstas no contrato anterior, o prazo dobra para dois anos;
- **Quando fazer:** o beneficiário pode solicitar a portabilidade em qualquer momento após o cumprimento do prazo, desde que esse não esteja internado, nesse caso, só pode realizar a solicitação após a alta;
- **Preço:** o valor deve ser compatível ou mais barato do que o contrato atual. Não há exigência da compatibilidade de preço para Portabilidade Especial por liquidação de operadora. Outrossim, não é preciso respeitar a faixa de preço nos casos de portabilidade de um plano empresarial para outro;
- **Cobertura:** não há exigência de compatibilidade de cobertura entre o plano de origem e o plano de destino;

¹² Nos seguintes casos não é exigido o cumprimento de pré-requisitos: plano coletivo foi cancelado pela operadora ou pelo contratante (empresa ou associação); o titular do contrato morreu; em caso de demissão, pedido de demissão, exoneração ou aposentadoria; e quando o consumidor perde a condição de dependente do plano do titular. A portabilidade deve ser solicitada até 60 (sessenta) dias após o cancelamento.

- **Operadora:** a operadora tem 10 (dez) dias para responder a solicitação de portabilidade. Caso não haja resposta dentro desse prazo, considera-se a portabilidade feita, sendo que a empresa não pode negar a troca - salvo os casos em que os requisitos não sejam cumpridos;
- **Cobranças extras:** não pode haver cobranças de taxas para a solicitação de portabilidade de carências, assim como, os planos também não podem ter seu preço alterado para o beneficiário que ingressar via portabilidade;
- **Limite de idade:** não há qualquer tipo de limitador de idade para a portabilidade de carências;
- **Direito individual:** a portabilidade é um direito individual, por isso, não é necessário que todos os membros do contrato ou grupo familiar migrem para outro contrato;
- **Cancelamento:** com a portabilidade feita, o contratante deve solicitar o cancelamento do plano anterior em 5 (cinco) dias. Nos casos em que o contratante não realize o cancelamento, o beneficiário estará sujeito a cumprir novo prazo de carência no plano de destino;
- **Declaração de saúde:** em casos de portabilidade, é proibida a exigência, por parte do plano de destino, o preenchimento de novo formulário de Declaração de Saúde - salvo para contratos em que hajam coberturas não previstas no plano de origem.

Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

Na relação de políticas de regulação por incentivos, a ANS publicou, em 19 de agosto de 2011, a RN nº 265 que define os conceitos e estabelece a modelagem de programas de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Essa resolução dispõe sobre os incentivos para a participação dos beneficiários nos programas, mediante a oferta de descontos e prêmios; de maneira específica, essa resolução dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida e de premiação pela participação em programas para população alvo específica e programas para gerenciamento de crônicos (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, um programa para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças pode ser definido como um conjunto orientado de estratégias e ações programáticas integradas e transversais que objetivam a promoção da saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações. Por esta Resolução, foram definidas as seguintes

modelagens de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças:

Programa para gerenciamento de crônicos - Conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônicas e com risco assistencial, incorporando ações para prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade.

Programa para população-alvo específica - Conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos com características específicas, incorporando ações para a promoção da saúde e a prevenção de riscos e doenças em determinada faixa etária, ciclo de vida ou condição de risco determinada.

Programa para a promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida - conjunto de estratégias orientadas para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos indivíduos, incorporando ações para a promoção da saúde em todas as faixas etárias, desde o pré-natal até as idades mais avançadas. (ANS, OPAS, OMS, 2013, p. 29)

A resolução menciona a forma que se dará a oferta, a adesão, o valor, o registro e as regras¹³. Estes mecanismos têm grande importância, para através do acompanhamento dos indivíduos poderem reduzir custos.

A formatação dos programas poderá ser individualizada para cada plano, de forma a deixá-lo mais adequado ao seu público. O beneficiário que aderir às regras para a participação no programa, estabelecida entre as partes, poderá obter prêmios ou desconto na mensalidade, sem discriminação por idade, doença preexistente, ao alcance de metas ou resultados em saúde. O desconto na mensalidade ou a premiação estará vinculado apenas à participação no programa. (ANS, OPAS, OMS, 2013, p. 40)

Além da RN nº 265/11, a ANS também estabeleceu a Instrução Normativa (IN) nº 36, de 19 de agosto de 2011, para dispor sobre os procedimentos para o cumprimento da resolução 265. E, em novembro de 2012, através da Instrução Normativa Conjunta (INC) DIOPE e DIPRO¹⁴ nº 07 - que revogou a norma anterior (INC nº 02) e dispôs sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças -, alterou-se o estímulo econômico-financeiro oferecido às operadoras para o desenvolvimento desses programas. Pela norma anterior, as operadoras poderiam contabilizar os valores aplicados nos programas aprovados pela ANS, como Ativo Não Circulante Intangível, após essa mudança, de acordo com a ANS, OPAS e OMS (2013, p. 40),

¹³ Para entender melhor a resolução, alguns conceitos, definidos por essa, além de perguntas e respostas, poderão ser vistos no site disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/promocao_saude_prevencao_riscos_suplementar.pdf. <https://anab.com.br/wp-content/uploads/2019/09/Guia-do-Consumidor-de-Planos-de-Saude-2019-vers%C3%A3o-site.pdf>. Acesso em: 26 de jan. 2021.

¹⁴ Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

[...] as operadoras que tiverem programas aprovados pela ANS deverão registrar contabilmente as despesas com programas para promoção a saúde e prevenção de riscos e doenças em conta específica, conforme Plano de Contas Padrão da ANS. O total de despesas com esses programas reduzirá a exigência mensal de margem de solvência do exercício corrente, desde que observados os requisitos da referida norma.

Direito à Assistência à Saúde Privada na Condição de Aposentado ou Demitido sem Justa Causa¹⁵

A Lei nº 9.656/98 traz em seu texto garantias protetivas, de acordo com seu art. 30 e 31¹⁶, para o beneficiário/consumidor que contribui para os planos privados de assistência à saúde e que possui vínculo empregatício com a entidade contratante do plano de saúde. Esse, tem seu direito protegido em casos de rescisão ou exoneração do contrato. E em vista do que dispõem esses artigos, a ANS adotou a RN nº 279, de 24 de novembro de 2011, para regulamentar “o direito de manutenção da condição de beneficiário para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados que contribuíram para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998” (ANS, 2011).

Essa Resolução Normativa garante aos empregados demitidos (sem justa causa) a permanência no plano de saúde por um período equivalente a um terço do tempo em que foram beneficiários no período do contrato de trabalho, respeitando o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos. Já os empregados aposentados, que tiveram contribuição referente a mais de 10 (dez) anos, poderão manter o plano de saúde pelo tempo que desejarem. Nos casos em que o período de contribuição for menor, o aposentado terá direito ao plano de coletivo à razão de um ano referente a cada ano de contribuição.

É previsto pela RN 279/201, que o empregador pode manter o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado “no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria” (BRASIL, 1998, art. 13, I), ou ainda “contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados” (BRASIL, 1998, art. 13, II).

¹⁵ Para entender melhor a resolução, alguns conceitos, definidos por essa, além de perguntas e respostas, poderão ser vistos no site disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/1194-ans-define-regras-para-a-manutencao-de-plano-de-saude-por-demitidos-e-aposentados>. Acesso em 27 de jan. 2021.

¹⁶ LEI nº 9656/98 - disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm. Acesso em: 17 de fev. 2021.

Além do beneficiário (ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado), a RN 279/2011 estende o direito a todo grupo familiar inscrito no plano de saúde no momento do desligamento. Em caso de morte do titular do benefício, os dependentes já inscritos poderão usufruir do benefício do plano de saúde pelo mesmo período que o titular permaneceria.

Relacionada à comunicação do benefício, o empregador deverá comunicar ao beneficiário sobre o mesmo, no ato da comunicação do aviso prévio ou da aposentadoria. Deverá o empregador informar o valor correspondente ao custo do titular e de seus dependentes por faixa etária, frisando que o valor da mensalidade será integral e o prazo para optar pela permanência ou não no plano de saúde será de 30 (trinta) dias a partir da comunicação.

2.2 Comparativo Social das Mudanças

Dadas as Resoluções Normativas apresentadas anteriormente, nesse tópico serão apresentados os comparativos sociais relacionados a cada uma dessas resoluções e as mudanças que essas trouxeram ao consumidor/beneficiário.

Portabilidade de Carências¹⁷

Tem-se o entendimento comum que o consumidor de plano de saúde possui conhecimentos insuficientes relacionados às empresas fornecedoras desse tipo de serviço e, por isso, quase sempre detém informações mínimas, quando não, nenhuma informação, acerca da qualidade, eficiência e abrangência do seu plano de saúde, tendo em consideração, principalmente, que esse possui apenas as informações básicas repassadas pelo vendedor desse tipo de serviço/produto. Em contrapartida, as empresas fornecedoras de planos de saúde possuem o perfil completo e um estudo minucioso de seus consumidores em potencial. Devido a essa diferença entre as duas partes, muitos são os beneficiários que se queixam por insatisfação com o plano de saúde escolhido e, conseqüentemente, optam pela troca desse.

Antes da regulamentação, o beneficiário que assentia por tal mudança teria como efeito a perda dos prazos de carência já cumpridos, além da perda dos direitos ao tratamento

¹⁷ Para efeito do presente estudo, leva-se em consideração o usuário/beneficiário/consumidor leigo, vulnerável e hipossuficiente, dado que o ordenamento jurídico pátrio presume a vulnerabilidade e hipossuficiência dos consumidores.

de doenças preexistentes. Tais resultados feriam diretamente a proteção ao consumidor descrita no Código de Defesa do Consumidor (CDC). Considerando isso, entende-se que a portabilidade de carências não era apenas cabível, como também era necessária.

Com a intervenção Estatal, a partir da Lei nº 9.656/98 e a criação da ANS, e principalmente através das Resoluções Normativas nº 252/2011 e 438/2018, essa questão tratada anteriormente foi resolvida. Porém, ainda sobre o aspecto social e o que tange os interesses e a proteção do consumidor, dois pontos nessas resoluções devem ser destacados, e serão vistos a seguir:

I) A não incidência sobre os contratos anteriores à Lei nº 9.656/98 ou a ela não adaptados

No que diz respeito aos contratos de planos de saúde, as normas da ANS regulamentam apenas aqueles celebrados após a vigência da Lei nº 9.656/98, ou que foram adaptados a referida lei. Contudo, considerando que, mesmo sendo concedido ao beneficiário a adaptação dos contratos antigos aos novos padrões contratuais, as informações relativas as leis que regulamentam tais contratos, muitas vezes - podendo-se até dizer, em sua totalidade -, não são evidenciadas. A apresentação dessa oferta, por parte das operadoras, não significa um esclarecimento ao usuário das vantagens e desvantagens relativas à manutenção ou não do contrato.

Levando isso em consideração; o fato de que a preocupação do usuário não está relacionada as leis que regulamentam os planos de saúde, mas sim na pronta utilização dos serviços ofertados pelo contrato quando se fizerem necessários; além dos contratos antigos não estarem cobertos pelas normas de portabilidade, tem-se o beneficiário - que não realizou a adaptação do contrato -, que caso opte por migrar de plano ou operadora, que terá de cumprir novos prazos de carência. Sendo esse lesado por tal detalhe na regulamentação.

II) A exigência de tempo mínimo de permanência no plano anterior

O segundo ponto a ser destacado é a exigência de um tempo mínimo de permanência no plano anterior. Esse prazo está descrito no art. 3º da RN 438/2018, que estabelece 2 (dois) anos de permanência para o beneficiário que fará a portabilidade pela primeira vez, ou 3 (três) anos para aqueles que tiverem cumprido CPT. O art. 3º também descreve que, para eventuais portabilidades subsequentes, o beneficiário deverá permanecer por 1 (um) ano.

Tendo em vista a ótica consumerista, entende-se que tais prazos tão extensos são desvantajosos e prejudiciais ao beneficiário, isso porque, deve-se levar em consideração que

se o beneficiário tomou a iniciativa de realizar a portabilidade, é porque esse estava insatisfeito com os serviços que lhe eram prestados, ou com os valores que lhe eram cobrados. Esses prazos estipulados pela regulamentação o tornam sujeito a um plano de saúde, muitas vezes, ineficiente ou oneroso por anos. Por esse ponto de vista, pode-se dizer que os prazos definidos ao consumidor são algo paradoxal, uma vez que esse tempo estipulado nada mais é do que um prazo de carência para o beneficiário poder exercer seu direito de não ter a necessidade de cumprir outro tipo de carência.

Entende-se, portanto, que com o que foi exposto - além da reflexão de que a maior vantagem da regulamentação da portabilidade de carências é exatamente a suspensão dos prazos de carência, de forma a dar ao usuário maior liberdade de escolha e, por fim, que esse não seja prejudicado com a migração de planos -, que o direito à portabilidade deveria ser exercido em prazos menores, para que assim seu cumprimento não cause comprometimento das finanças ou da saúde do beneficiário.

Mesmo com esses dois pontos destacados, a mudança que a regulamentação trouxe para a saúde suplementar, mostra que o papel que a ANS vem desempenhando é demasiado significativo no processo contínuo de aprimoramento da legislação. Nesse sentido, a criação de normas relativas à portabilidade de carências trouxe ao beneficiário o direito de exigir melhorias nos contratos de planos de saúde, além de maior liberdade na hora de mudar de plano e/ou operadora.

Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

A lógica do sistema de saúde, seja ele público ou privado, é ordenado pelo ciclo de tratamento de doenças. Com a Resolução Normativa nº 265/11, a ANS inverte esse modelo e garante ao beneficiário mais qualidade de vida e bem-estar. Isso porque, a partir dessa resolução, ela passa a abordar uma perspectiva de preservar a saúde e proporcionar mais anos de vida saudável, evitando doenças futuras.

A iniciativa da Agência se torna oportuna para os dois lados da balança. Tanto os consumidores, quanto as operadoras ganham com essa ação, pois, além de garantir o bem-estar da população, os beneficiários que aderem ao programa podem receber benefícios e premiações, podendo ser: desconto na mensalidade do plano de saúde (apenas aos beneficiários que participarem de iniciativas relacionadas à promoção do envelhecimento ativo); descontos em serviços, brindes; e, não pagamento da coparticipação em procedimentos ligados ao programa. Além disso, as operadoras de planos de saúde, que possuem programas aprovados pela ANS, recebem incentivos regulatórios.

Desde a publicação da resolução, os números de programas e beneficiários, que os usufruem, cresceu exponencialmente. De acordo com a ANS, OPAS e OMS (2013), até agosto de 2011, antes da RN nº 265/11, a ANS possuía um total de 127 (cento e vinte e sete) programas aprovados, com uma estimativa de participação de 198 mil (cento e noventa e oito mil) beneficiários. No último ano, 2020, o programa de prevenção de saúde e prevenção de riscos de doenças (Promoprev) atingiu 1,9 mil (um mil e novecentas) iniciativas cadastradas junto a ANS, e essas iniciativas contemplaram aproximadamente 2,5 milhões (dois milhões e quinhentos mil) de beneficiários. Os programas foram desenvolvidos por 418 (quatrocentos e dezoito) operadoras, que correspondem a 57% (cinquenta e sete por cento) do total de operadoras de planos privados de saúde (ANS, 2020).

Desde 2009, ano em que a ANS lançou uma nova estratégia de estímulo ao desenvolvimento de programas desse tipo, e os projetos começaram a ser registrados na reguladora, esses foram os maiores números já registrados (ANS, 2020). De acordo com a tabela abaixo, divulgada pela ANS (2019)¹⁸, é possível ver a evolução dos programas cadastrados:

Tabela 1 - Evolução do Número de Programas Cadastrados na ANS

<i>Ano</i>	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
Total de Programas	38	65	338	759	985	1.128	1.278	1.414	1.559	1.734	1.868

* Dados coletados até 13/08/2019.

Fonte: Elaborada pela autora, adaptado de ANS (2019)

“As ações de promoção e prevenção são fundamentais para a reorientação da forma de atenção à saúde, sendo uma estratégia que objetiva a melhoria da qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde da população” (ANS, 2019).

Direito à Assistência à Saúde Privada na Condição de Aposentado ou Demitido sem

Justa Causa

Uma das, senão a, mais importantes intervenções feitas pela ANS na regulamentação da saúde suplementar foi a medida que abrange a Resolução Normativa nº 279/2011, isso visto que, essa resolução gera grande impacto sobre os direitos dos atuais e futuros

¹⁸ Dados referente ao número de programas cadastrados na ANS - Disponível em: [Promoprev alcança marca de 1.868 programas cadastrados na ANS - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar](#). Acesso em: 30 de jan. 2021.

beneficiários “ex-empregados” e aposentados que compõem as carteiras dos planos de saúde coletivos empresariais.

A ANS editou essa RN com o objetivo de regulamentar os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98. Apesar de solucionar algumas omissões da Lei, ela possibilitou a criação de carteiras exclusivas para ex-empregados e aposentados, com valores e reajustes diferenciados, como pode ser visto através de seu art. 19, a seguir:

Art. 19. A manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos. (ANS, 2011)

Em linhas gerais, ao beneficiário, relacionado ao ponto acima, a RN 279/2011 impõem um risco ao outorgar ao empregador a segregação de carteiras de seus ex-empregados, demitidos ou exonerados, sem justa causa e aposentados em um “pool de risco”¹⁹. Além disso, a resolução anula o direito²⁰ do beneficiário continuar com o mesmo plano ativo, isso porque, transmite ao empregador a escolha de deixa-lo ou não no mesmo plano com os demais empregados ativos.

Nesse sentido, constata-se que ao beneficiário não será garantida a manutenção do plano nas mesmas condições de quando possuía o vínculo empregatício, deixando-o sujeito a preços e reajustes onerosos, principalmente no que diz respeito aos aposentados. Para isso, leva-se em consideração o seguinte trecho:

Existem diversos argumentos sobre o fato de que a permanência do empregado aposentado no plano de saúde coletivo, em conformidade com a legislação competente, traz um significativo aumento da sinistralidade do contrato em prejuízo à empresa contratante da operadora de saúde. Essas afirmações se pautam no perfil do ex-empregado aposentado que em regra tem idade avançada e que por uma questão de natural fragilidade na sua saúde, tem um maior consumo dos produtos ofertados pelo plano de saúde e o consequente aumento do custo operacional na manutenção desse beneficiário, mesmo com a sua assunção da integralidade na contribuição mensal que é vertida para operadora de assistência à saúde.

Cabe dizer aqui, que mesmo antes da ANS editar a resolução em questão, já haviam regulamentações referentes aos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, e estavam presentes nas Resoluções do Consu nº 20 e 21. E essas resoluções concediam o direito previsto nos respectivos artigos, para os empregados ativos e inativos, bem como para os aposentados permanecerem no mesmo plano e na mesma carteira.

¹⁹ Reajuste para agrupamento de contratos coletivos. Para contratos coletivos com menos de 30 vidas (RN 309/2012).

²⁰ Direito esse descrito e assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde.

CONCLUSÃO

O objetivo principal do presente estudo, voltou-se para a análise das mudanças que a regulamentação do setor de saúde suplementar trouxe ao setor e as consequências aos seus beneficiários, através de um comparativo social. Procurou-se com esse objetivo, verificar o contexto histórico do setor, bem como, as regulamentações presentes através da promulgação da Lei nº 9.656/98 e da Lei nº 9.961/00, essa última responsável pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e suas normas e circulares. E, com isso, chegou-se a uma análise de três Resoluções Normativas²¹ da ANS, tendo essas como foco principal o consumidor.

Para se chegar ao objetivo proposto, foram separados pela autora as principais normas e circulares referentes ao seguro saúde, mas antes, foi descrito todo o contexto histórico de regulamentação do setor até a criação da Agência Reguladora (ANS) que editou cada norma analisada. Após essa etapa, dentre essas normas foram identificadas as três principais Resoluções Normativas que tivessem relação com o beneficiário, para que assim, se pudesse realizar uma análise social das mudanças que cada uma trouxe ao setor.

Mediante a análise supracitada, averiguou-se o seguinte: relacionado a RN nº 252/2011 (e 438/2011), que descrevem a portabilidade de carências, foram analisados dois pontos, que para o presente estudo foram vistos como “falhas” da regulamentação, haja visto o lado do beneficiário nessa relação comercial. Esses pontos são referentes a não incidência da resolução sobre os contratos anteriores à Lei nº 9.656/98 ou a ela não adaptados, e a exigência de tempo mínimo de permanência no plano de saúde de origem. Segundo a análise, esses pontos podem significar um prejuízo ao usuário, uma vez que, esse pode ser lesado pela falta de informação, como ocorrem nos casos do primeiro ponto citado, ou até mesmo, ficando sujeito a utilização de um plano de saúde insatisfatório ou oneroso, caso presente no segundo ponto citado. Apesar de destacar essas “falhas”, fica claro que as mudanças advindas da resolução trouxeram maiores vantagens ao beneficiário, tendo esse o direito de exigir melhorias nos contratos de planos de saúde, além de maior liberdade na hora de mudar de plano e/ou operadora.

Já a RN nº 265/2011, que faz referência a Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar, em sua análise constatou-se uma grande implementação de programas e maior ainda a abrangência de beneficiários que os usufruem. Essa resolução traz ao setor uma inversão da lógica do sistema de saúde, no qual, a tendência é melhorar o

²¹ Consideradas pela autora como principais.

estilo de vida da população para se evitar doenças futuras. Como dito no trabalho, a iniciativa da Agência se torna oportuna para os dois lados da balança. Tanto os consumidores, quanto as operadoras ganham com essa ação, pois, além de garantir o bem-estar da população, os beneficiários que aderem ao programa podem receber benefícios e premiações, e as operadoras de planos de saúde, que possuem programas aprovados pela ANS, recebem incentivos regulatórios.

É importante descrever também a análise feita através da RN nº 279/2011, que trata do direito à assistência à saúde privada na condição de aposentado ou demitido sem justa causa. Assim como a análise feita junto a RN 252/2011, aqui, encontrou-se uma “falha”, pois essa resolução regulamenta os artigos 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde, mas esses artigos já tinham regulamentação (através do Consu). E, com essa mudança, os ex-empregados e aposentados tiveram seu direito de continuar com o mesmo plano ativo anulado, isso porque, a resolução transmite ao empregador a escolha de deixá-lo ou não no mesmo plano com os demais empregados ativos. Nesse sentido, constata-se que ao beneficiário não será garantida a manutenção do plano nas mesmas condições de quando possuía o vínculo empregatício, deixando-o sujeito a preços e reajustes onerosos, principalmente no que diz respeito aos aposentados.

Considerando as análises feitas e o comparativo no âmbito social que essas mudanças trouxeram ao setor, fica evidente que, apesar dos apontamentos feitos, principalmente referente as RN 252/2011 e 279/2011, a regulamentação, no ponto de vista do beneficiário, trouxe maiores benefícios e respaldos ao consumidor. Em relação aos pontos citados como possíveis “falhas” da regulamentação, fica a sugestão de melhorias junto ao órgão competente, ou seja, junto a ANS, de maneira que essa possa aprimorar ainda mais os benefícios dos usuários. Como melhorias, descreve-se: maior acesso a informação para os usuários, bem como, essa responsabilidade ser imposta as operadoras; no caso da portabilidade de carências, fica a sugestão de diminuir os prazos de permanência após o cumprimento da carência, caso haja interesse na troca de plano/operadora; e, no caso dos planos para ex-empregados e aposentados, reconsiderar a questão de fazer uma nova carteira com esses beneficiários, e deixá-los inclusos no mesmo plano que os empregadores ativos.

Apesar do resultado satisfatório do presente estudo, dado os objetivos alcançados, haja visto que aqui foram expostas apenas algumas Resoluções Normativas e seus impactos sociais, fica necessário a realização futura de mais pesquisas envolvendo o tema, a fim de averiguar outras normas presentes na lei, bem como, se houve melhorias nas “falhas” aqui apresentadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. (1998). **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar**. IPEA. Texto para discussão n. 599.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da reulação. In: **Regulação & Saúde**. Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2004.

_____. **Lei nº 10.185**. Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10185.htm.

_____. RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – **RDC Nº 39**, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20DE%20DIRETORIA%20COLEGIADA%20%E2%80%93%20RDC,Planos%20de%20Assist%C3%A4ncia%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde>.

_____. RESOLUÇÃO NORMATIVA - **RN Nº 252**, DE 28 DE ABRIL DE 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTcyOA==#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20NORMATIVA%20%D0%20RN%20N%C2%BA%20252%2C%20DE%2028%20DE%20ABRIL%20DE%202011&text=2000.&text=%22Art.,privados%20de%20assist%C3%A4ncia%20%C3%A0%20sa%C3%BAde.%22>.

_____. RESOLUÇÃO NORMATIVA - **RN Nº 438**, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY1NA==#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20da,no%20inciso%20V%20do%20art>.

_____. RESOLUÇÃO NORMATIVA - **RN Nº 265**, DE 19 DE AGOSTO DE 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc5Ng==>.

_____. RESOLUÇÃO NORMATIVA - **RN Nº 279**, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTg5OA==#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20regulamenta%20o,3%20de%20junho%20de%201998>.

ANS/OPAS/OMS (2013). **As doenças crônicas não-transmissíveis e as ações em promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. In: Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: Resultados do laboratório de inovação. Brasília, DF: OPAS. 23-31. 2014.

BAHIA, L. (2001). **Planos Privados de Saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 329-339. 2001.

BEUREN, Ilse Maria; RAUPP, Fabiano Maury. **Metodologia da pesquisa Aplicável às Ciências Sociais**. In. Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade. Teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

_____. **Metodologia da pesquisa Aplicável às Ciências Sociais**. In. Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade. Teoria e prática. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. (1990). **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

_____. **Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656compilado.htm.

_____. **Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm.

CAETANO, João Carlos; PIETROBON, Louise; PRADO, Marta do. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18 (4): 767-783. 2008

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. 2011. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, v. 12).

COSTA, N.R.; CASTRO, A.J.W. (2003). **Regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil**. In: ANS (2003). Documentos Técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Livro_regulacao_e_saude3_t1.pdf . Acesso em: dez 2021.

FENASAÚDE; Coriolano, M.; Cechin, J. **Saúde Suplementar: Aspectos regulatórios. Fena Saúde**. 2–42. 2011.

GALVAO, M.C.B. **O levantamento bibliográfico e a pesquisa científica**. In: Laércio Joel Franco, Afonso Dinis Costa Passos. (Org.). *Fundamentos de epidemiologia*. 2. ed. A. 398 ed. São Paulo: Manole, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo, Atlas. 2007.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4.ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1995.

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar/abr. 1995.

_____. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais.** Revista de Administração de Empresas. Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de S.Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, mai/jun. 1995.

GROU, Karina; SALAZAR, Andréa Lazzarini. **Novo guia de planos de saúde.** 2. ed. São Paulo: Globo, 2007.

IESS - INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Saúde suplementar: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua.** 2020. Disponível em: https://www.iess.org.br/cms/rep/SS_20ANOS.pdf . Acesso em: jan. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

PROETTI, Sidney. **Metodologia do trabalho científico: abordagens para a construção de trabalhos acadêmicos.** 4. ed. São Paulo: Edicon, 2005.

RODRIGUES, Paulo Henrique; SANTOS, Isabela Soares (2011). **Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS.** São Paulo, Editora Atheneu. 2. ed. 2011.

SANTOS, Isabela Soares (2009). **O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada.** Tese de doutorado em Saúde Pública, ENSP, Fiocruz. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho_isabelas_santosantos_mh_d.pdf. Acesso em: dez. 2020.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1998.