



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Regulação da Saúde Suplementar: teoria e experiências nos países

Autora: Natália Lara

Superintendente Executivo: Luiz Augusto Carneiro

Regulação da Saúde Suplementar: teoria e experiências nos países

SUMÁRIO EXECUTIVO

- O objetivo do estudo é apresentar as experiências de regulação do setor de saúde no Brasil e no exterior e os impactos sobre o setor de saúde suplementar.
- A existência de falhas de mercado é tida como justificativa para a intervenção do governo no mercado por meio da regulação. O conceito econômico de regulação pode ser definido como uma ação do Estado para delimitar os graus de liberdade que os agentes econômicos possuem no processo de tomada de decisão.
- Em países como Brasil e Austrália, os governos criaram uma agência reguladora para regular o mercado de planos e seguros de saúde de forma centralizada.
- Nos Estados Unidos e Canadá os governos regionais são livres para regular o setor de planos e seguros de saúde, pois a agência reguladora, criada pelo governo central, tem por objetivo regular o setor no âmbito macroeconômico e não a relação direta entre operadoras (ou seguradoras) de saúde, prestadores de serviços e usuários.
- Em todos os países apresentados é possível verificar algum tipo de regulação na venda dos produtos de saúde pelas operadoras.

1. INTRODUÇÃO

O setor de saúde suplementar no Brasil é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com o objetivo de fazer cumprir a Lei nº 9.656 de junho de 1998, que regulamentava os planos privados de assistência à saúde do Brasil.

A regulação no setor de saúde suplementar foi elaborada com o objetivo de corrigir falhas de mercado, ou, pelo menos aliviar os seus efeitos. As falhas de mercado, presentes não apenas na saúde suplementar, mas também em diversos setores da economia, ocorrem quando os interesses de mercado não conduzem, necessariamente, ao bem-estar social. A análise do bem-estar, em termos gerais, busca definir sob quais condições as atividades econômicas levam ao bem comum e sob quais condições ela não o faz (FIANI, 1998).

A ANS deve fiscalizar o mercado para evitar as falhas características desse setor. A principal falha de mercado do setor de saúde suplementar é a assimetria de informação. Essa falha ocorre quando uma parte detém mais informação que a outra, podendo gerar vantagem apenas para um dos lados (MORRIS, DEVLIM e PARKIN, 2007). Por exemplo: antes da regulação dos planos de saúde não havia padrão de contrato entre as partes (operadoras e beneficiários). Com o advento da agência reguladora foi possível criar normas e leis para estabelecer padrões de contratos para as coberturas contratadas (módulo hospitalar e módulo ambulatorial).

Um exemplo de assimetria de informação é a falta de critérios transparentes para a incorporação de tecnologias de saúde, feita pela ANS, no rol de procedimentos do setor de saúde suplementar. Em outras palavras, a causa da falha de assimetria de informação são as incorporações de novas tecnologias sem a demonstração de estudos de custo-efetividade. A partir da utilização de critérios de incorporação é possível inibir a entradas de novas tecnologias que não possuem reais benefícios à população e que só iriam elevar o custo do sistema de saúde (CARNEIRO, 2014).

A segunda falha de mercado, mais comum, que podemos destacar no setor, são as falhas relacionadas a externalidades. As externalidades ocorrem quando uma transação de mercado afeta outras partes além das envolvidas na transação (SANTERRE & NEUN, 2010). Em suma, elas são um subproduto não precificado da produção ou do consumo, que afeta adversamente (externalidades negativas) ou beneficemente (externalidades positivas) outra parte que não está diretamente envolvida na transação de mercado. SANTERRA & NEUN (2010) citam dois exemplos no setor de saúde, um de uma externalidade positiva e outro de uma negativa: (i) a aplicação de vacinas na população gera externalidades positivas, pois além de prevenir a doença na pessoa que a tomou também evita que a doença se espalhe na população, sendo positivo para as pessoas que não tomaram a vacina; (ii) o descarte de lixo hospitalar, que se não for feito de maneira adequada, pode causar diversas doenças. Quando isso ocorre, o alto custo do descarte de material contaminado é passado para a população, na forma de aumento do risco de infecção, gerando externalidades negativas.

A existência de tais falhas é tida como justificativa para a intervenção do governo no mercado por meio da regulação (FIANI, 1998 e PECCI e CAVALCANTI, 2000). O conceito econômico de regulação pode ser definido como uma ação do Estado para delimitar os graus de liberdade que os agentes econômicos possuem no processo de tomada de decisão (FIANI, 1998 e PECCI e CAVALCANTI, 2000).

Um dos principais mecanismos que o governo utiliza para regular os mercados são as Agências Reguladoras. No Brasil, com as privatizações que ocorreram na década de 1990, a necessidade de regulação de setores, antes monopolizados pelo governo, levou à introdução dessas agências (PÓ E ABRUCIO, 2006). Em geral, as agências reguladoras são criadas com o propósito de ser um braço da administração do governo para promover eficiência nos setores estratégicos da economia em que instituições privadas estão inseridas, como: energia, transporte e saúde.

A principal característica das agências é possuir autonomia da administração direta do governo, porque na sua criação foi delimitada a interferência das três esferas do governo (federal, estadual e municipal), concedendo autonomia para elas exercerem funções nos setores legislativos, judiciais e regulamentares (GROTTI, 2006).

No entanto, de acordo com Peci e Cavalcanti (2000), é difícil evitar a influência do governo nas agências reguladoras, já que elas têm seu quadro de diretores nomeados pelo governo. Para evitar influências políticas, as agências reguladoras baseiam as suas decisões em conhecimentos técnicos para criar um ambiente seguro e estável para os investidores do setor (PECI e CAVALCANTI, 2000).

As ações do Estado também podem gerar falhas, chamadas de “falhas de governo”. Essas falhas estão associadas ao mau desempenho no setor governamental tanto no âmbito burocrático quanto no econômico. As falhas de mercado podem se agravar caso a implementação de políticas não sejam bem-sucedidas, dificultando a sinergia entre o público e o privado (LUQUE e SILVA, 2004; CAMPOS, 2008; MORRIS, DEVLIM e PARKIN, 2007).

A existência dessas diversas falhas indica a importância da avaliação do impacto da regulação do setor de saúde suplementar. Tal impacto pode ser tanto positivo como negativo, por isso ainda há o desafio de se entender, de forma ampla, a natureza dessa regulação, como ela avança e quais devem ser seus limites. Visando a compreensão do processo regulatório atualmente existente na saúde suplementar no Brasil, este estudo apresenta as experiências de regulação do setor de saúde no Brasil e no exterior e o que elas geraram de benefícios ou entraves ao setor de saúde suplementar. O presente texto está dividido em duas partes. A primeira parte trata da regulação no setor de saúde suplementar e das agências reguladoras no Brasil e no exterior e a segunda parte aborda os prós e os contras de uma gestão reguladora e por último a conclusão.

Os países escolhidos para a análise são: Austrália, Brasil, Canadá e Estados Unidos. A escolha foi devido à semelhança da estrutura da saúde suplementar entre eles, e, porque nos quatro países a porcentagem de beneficiários de planos de saúde privados é de 20% ou mais da população. O Quadro 1 abaixo é um resumo das principais informações dos serviços público e privado de cada país.

QUADRO 1: PERFIS DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO E PRIVADO DOS PAÍSES.

	GOVERNO	FINANCIAMENTO DO SISTEMA PÚBLICO	ÓRGÃO REGULADOR DO SETOR PRIVADO	SETOR PRIVADO
AUSTRÁLIA	A saúde pública é administrada em âmbito federal e estadual (hospitais públicos), e existe um programa de seguro saúde público (Medicare)	Receita por meio de imposto federal	Private Health Insurance Administration Council (PHIAC)	47,3% da população aderem aos serviços suplementares e complementares na saúde privada (hospital privado, dentista, oculista, psicologia, etc)
CANADA	A administração da saúde pública é realizada em âmbito federal e estadual, com predominância na administração é estadual.	Receita por meio de imposto federal e estadual	Ministério da Saúde	67% da população aderem aos serviços complementares como quartos privados em hospitais, cobertura de medicamento, e dentista)

CONTINUAÇÃO: QUADRO 1

	GOVERNO	FINANCIAMENTO DO SISTEMA PÚBLICO	ÓRGÃO REGULADOR DO SETOR PRIVADO	SETOR PRIVADO
ESTADOS UNIDOS	O país tem dois tipos de serviço público. Medicare: para a população acima de 65 anos de idade ou mais, e para alguns deficientes; o Medicaid: para a população com baixa renda; aspara a população baseado na renda que recebe subsídio do Estado;	Receita por meio de imposto federal e estadual	Food and Drug Administration (FDA)	67% da população aderem aos planos de saúde como opção de cobertura complementar para benefícios não cobertos (por exemplo, quartos privados em hospitais, cobertura de medicamentos, assistência odontológica, e atendimento ao oftalmologista)
BRASIL	O serviço de saúde pública é universal e é administrada pelas três esferas do governo (federal, estadual e municipal)	Receita por meio de imposto federal e estadual	Agência Nacional de Saúde Suplementar	26% da população aderem aos planos de saúde com coberturas similares aos serviços de saúde pública com o objetivo de obter atendimento mais rápido

Fonte: Elaboração do IESS/ MOSSIALOS et al (2016)

2. EXPERIÊNCIAS REGULATÓRIAS DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE NO EXTERIOR

O princípio da teoria da regulação originou-se nos Estados Unidos, a partir de 1870, com a aprovação da Suprema Corte Americana para a criação das agências reguladoras. O objetivo dessas agências era regular as atividades econômicas dos monopólios que existiam na época (VISCUSI, HARRINGTON e VERNON, 2005). Ainda no século XIX, iniciou-se um modelo de regulação na França, o primeiro da Europa, e foi sustentado por um rígido sistema constitucional. As agências reguladoras - denominadas Autoridades Administrativas Independentes (Autorités Administratives Indépendantes) ainda permanecem na França e lidam com a questão do regime jurídico dos serviços públicos (GODOI JUNIOR, 2008).

Os Estados Unidos também foram pioneiros na regulação da saúde. Nesse país, o órgão regulador da saúde pública e privada foi criado em 15 de maio de 1862, após a divisão do Departamento da Agricultura (Department of

Agriculture). Na Europa, apesar do processo de regulação econômica ser antigo, a regulação do setor de saúde, em especial da saúde privada, tem ocorrido em períodos e de formas diferentes nos seus diversos países. Por exemplo, na Alemanha, a agência reguladora do sistema privado de saúde, chamada Federal Joint Committee (G-BA) foi criada apenas em janeiro de 2004.

Como os países possuem sistemas de saúde diferentes e tipos de regulação econômica diferentes, há uma diversidade de experiências internacionais sobre a regulação em saúde. Por isso, nesse item foram selecionados quatro países para os quais são descritas as experiências com regulação do setor de saúde. Os países são: Estados Unidos, Austrália, Canadá e também o Brasil. Os países estudados apresentam tanto um sistema universal de atendimento quanto um sistema de atendimento privado, com exceção dos Estados Unidos, que possui uma cobertura de atendimento pública limitada aos idosos com mais de 65 anos e a população com renda baixa.

2.1. ESTADOS UNIDOS

Nos Estados Unidos, dentro do Ministério de Saúde e Serviços Humanos (Department of Health and Human Services – HHS), existe o órgão Food and Drug Administration (FDA) cuja atuação tem impacto sobre o setor de seguros de saúde, tanto público quanto privado. As funções do FDA são parecidas com as da agência brasileira ANVISA, como por exemplo, garantir a segurança, eficácia e avaliar os medicamentos humanos e veterinários, produtos biológicos, dispositivos médicos, alimentos, entre outros. No entanto, esse órgão tem funções de regulação específicas para o setor de seguros de saúde a nível federal. Em relação aos planos de saúde, no nível federal, os objetivos do FDA são (HHS.gov)¹:

- Estabelecer garantias financeiras que assegurem o equilíbrio econômico-financeiro e a solvência dos planos de saúde;
- Impedir a propaganda abusiva e as práticas de negócios ilícitas e/ou antiéticas;
- Estabelecer padrões de acessibilidade, disponibilidade, estrutura e cobertura dos produtos licenciados.

Os planos de saúde também são regulados pelos estados, que têm autonomia para disciplinar o mercado de forma concorrente à União. As leis estaduais, no entanto, variam em escopo e abrangência: alguns estados, como Nova Iorque, regulam os planos de saúde de forma mais rígida, outros, como o Texas, tem atuação mais limitada (CATO INSTITUTE, 2009).

Um dos principais marcos regulatórios federais para o setor de planos de saúde americano é o Affordable Care Act (ACA), aprovado em 2010, que tem como objetivo diminuir as barreiras de acesso da população aos planos de saúde.

Com o ACA, o Estado regulou o sistema privado de saúde nos Estados Unidos, principalmente nas áreas de entrada de novos beneficiários, ajustes de preços e rol mínimo de cobertura.

Segundo a lei Patient's Bill of Rights², embasada no ACA, foram estabelecidos quatro tipos

de coberturas que não podem ser negadas, que são: a) cobertura para crianças e para jovens menores de 19 anos com condições pré-existent; b) menores de 26 anos podem ser legíveis para o plano de saúde dos seus pais; c) o beneficiário passa a ter direito de apelar junto à operadora para renegociar pagamentos sem ter o seu plano cancelado.

O reajuste de preço antes da ACA era realizado livremente pela operadora. Após a regulação do setor privado de saúde, a operadora que reajustar acima de 10% ao ano deverá se submeter à análise do governo estadual ou federal para verificar se o ajuste é coerente e será publicado on-line para visualização pública (atualmente em HealthCare.gov)³. A inflação acumulada dos Estados Unidos, em 2014, foi de 1,64% e como o valor de reajuste dos prêmios do seguro saúde é estipulado em 10% ao ano é possível verificar que a operadora tem margem para manter a saúde financeira da empresa.

A ACA regulou um rol mínimo de benefícios que devem ser oferecidos pelas operadoras de planos individuais. Para planos coletivos não é uma obrigação, no entanto, oferecer esse rol mínimo⁴. Os benefícios mínimos são formados por dez categorias, que são: 1) serviços ambulatoriais (incluindo home-care e cuidados paliativos); 2) serviço de emergência (direito à ambulância e ser atendido fora da rede da operadora caso aconteça algum acidente); 3) serviço hospitalares (com cobertura de internação - incluindo cirurgias, transplantes e cuidados recebidos em uma instalação de enfermagem especializados, tais como casa de repouso para idosos-); 4) cobertura maternidade (pré-natal, parto, pós-parto e cuidados ao recém-nascido); 5) cobertura de saúde mental e tratamento de dependência química; 6) Cobertura de prescrição de medicamentos (exemplos: podem incluir antibióticos para tratamento de infecção ou medicamento para tratar uma condição em curso, tais como níveis elevados de colesterol. Pelo menos um medicamento da prescrição deve ser coberto para cada categoria e classificação de drogas aprovado pelo governo federal); 7) cobertura de especialista para

¹ <http://www.hhs.gov/>

² <http://www.hhs.gov/healthcare/about-the-law/index.html>

³ <http://obamacarefacts.com/2015/06/03/obamacare-rate-hikes-2016/>

⁴ <http://obamacarefacts.com/essential-health-benefits/>

reabilitação motora e mental, incluindo fonoaudióloga para crianças; 8) cobertura para diagnósticos laboratoriais e exames preventivos; 9) cobertura de serviços de prevenção, e de tratamento de doenças crônicas (inclui psicólogo, exames preventivos, exames de câncer, e vacinas. Além disso, o cuidado com condições crônicas, como asma e diabetes); 10) atendimento pediátrico.

Essa descrição das coberturas mínimas é geral, pois elas estão sujeitas a algumas restrição e especificações. Por exemplo, o governo federal estipula um número mínimo de consultas médicas que a operadora deve oferecer ao beneficiário.

2.2. AUSTRÁLIA

Na Austrália, o governo regula os planos privados de saúde por meio de uma agência reguladora, a Private Health Insurance Administration Council (PHIAC)⁵. A PHIAC foi criada em 1989 como a agência reguladora de saúde suplementar da Austrália, embasada na Lei National Health de 1953. A agência PHIAC é uma autoridade estatutária independente, que se reporta ao Ministro da Saúde e estende suas atribuições via a lei Private Health Insurance Act de 2007 (PHI Act).

Os objetivos da PHIAC são: promover um setor de saúde eficiente e competitivo, a partir das operadoras de saúde; proteger os interesses dos consumidores; garantir a segurança do indivíduo e garantir a segurança de mercado para as operadoras de saúde.

De acordo com o Private Health Insurance Act de 2007⁶, os planos de saúde precisam oferecer o mínimo de cobertura hospitalar, sendo que esta cobertura é referente a serviços que não são oferecidos pelo serviço de saúde pública. A cobertura mínima é constituída por: assistência psiquiátrica, reabilitação e cuidados paliativos. Benefícios assistenciais que envolvem a área de médicos especialistas, dentistas ou terapeutas não estão incluídos no rol de benefícios mínimos e são comercializados separadamente

⁵ <http://phiac.gov.au/>

⁶ <https://www.comlaw.gov.au/Details/C2015C00325>

(Artigo 72-1 da lei Private Health Insurance Act 2007).

Assim como no Brasil, na Austrália também é aplicado um período de carência⁷ caso o usuário não esteja solicitando transferência de um plano para outro. Para cobertura obstetrícia ou para doenças pré-existentes, a carência é de 12 meses. No caso de tratamentos psiquiátricos, cuidados paliativos ou para qualquer outro tipo de cobertura, a carência é de 2 meses (Artigo 75-1 do Private Health Insurance Act 2007).

O sistema privado de saúde na Austrália possui um reajuste de preço controlado pelo governo. Os reajustes são realizados de acordo com a faixa etária, faixa de mensalidade do plano e por tipo de categoria (beneficiário é solteiro, casado, se tem filhos, ou é plano coletivo). O cálculo do índice é estipulado pelo governo (Artigo 22-15 e 22-30 da lei Private Health Insurance Act 2007).

2.3. CANADÁ

No Canadá, o governo federal, baseado na lei Canada Health Act de 1984, é responsável por disciplinar os aspectos econômico-financeiros das operadoras de planos privados de saúde, enquanto as províncias regulam os aspectos assistenciais das operadoras que atuam em seu território, inclusive no que se refere à cobertura de serviços e preços. Seis províncias (British Columbia, Alberta, Ontario, Manitoba, Québec e Prince Edward Island) proíbem, por exemplo, que as seguradoras ofertem os serviços médicos e hospitalares cobertos pelo setor público (Hurley e Guindon, 2008).

A regulação do governo federal exige que todas as operadoras de saúde participem da Assuris⁸, uma organização sem fins lucrativos financiada pelo setor de saúde suplementar que protege os segurados no caso em que uma operadora se torne insolvente. A Assuris garante a recuperação de 100% dos benefícios prometidos ao beneficiário em relação as despesas de saúde abaixo de US\$60.000 e 85% das despesas de saúde acima US\$60.000 (HURLEY e GUINDON, 2008).

⁷ período para começar a usar o plano

⁸ <http://www.assuris.ca/>

As operadoras de saúde ofertam serviços de saúde, os quais, a saúde pública não oferta, que são⁹: serviços de home-care; plano odontológico; plano oftalmológico; cobertura de despesas com medicamento; e serviço suplementar hospitalar.

A cobertura pode ser mais limitada para outros serviços no plano de saúde, dependendo a categoria do plano adquirido pelo beneficiário. Cobertura de serviços, como fisioterapeutas ou psicólogos, podem ser limitadas a um determinado número de visitas anualmente ou uma quantidade de gasto máximo (por exemplo, \$500- \$600) dependendo do tipo do plano (HURLEY e GUINDON, 2008).

No Canadá, diferente do Brasil, há planos que cobrem medicamentos. Para esse tipo de cobertura o beneficiário tem uma coparticipação de 20% acima da franquia; e pode ter gasto out-of-pocket no máximo de US\$2.000 por ano. (HURLEY e GUINDON, 2008).

3. REGULAÇÃO DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

O setor de saúde suplementar no Brasil é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com o objetivo de fazer cumprir a Lei nº 9.656 de junho de 1998, que regulamentava os planos privados de assistência à saúde do Brasil.

As principais funções da ANS englobam a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e com os consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país (desenvolvendo estratégias cooperativas entre o setor público e privado de saúde para minimizar altos custos e promover economias de escala). Diante dessas funções, a ANS tem por atribuições (CASTRO e MONTONE, 2004):

- a) Registro de operadoras;
- b) Divulgação de Plano de contas Padrão e Publicação de Balanço;
- c) Garantias Financeiras e Provisões Técnicas;

- d) Regulamentação das Seguradoras Especializadas em Saúde;
- e) Transferência de carteira;
- f) Transferência de controle (acionário/societário);
- g) Regimes especiais (direção fiscal e técnica, liquidação extrajudicial) e falência;
- h) Cancelamento de registro de operadoras.

Essas atribuições buscam diversos resultados, dentre os quais destaca-se: minimizar a seleção de risco por parte das operadoras de planos de saúde, ao mesmo tempo que minimiza a seleção adversa de risco quando um beneficiário adquire um plano em razão de já apresentar alguma doença pré-existente. (MALTA, et al., 2004 e BAHIA e VIANA, 2003).

A ANS regula a segmentação da cobertura dos planos de saúde que podem ser comercializados e são 12 tipos de categorias¹⁰. As categorias são: a) ambulatorial; b) hospitalar sem obstetrícia; c) hospitalar com obstetrícia; d) exclusivamente odontológico; e) referência; f) ambulatorial + odontológico; g) ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia; h) ambulatorial + hospitalar com obstetrícia; i) hospitalar com obstetrícia + odontológico; j) hospitalar sem obstetrícia + odontológico; l) ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico; e m) ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico.

Para cada segmentação, há uma lista de procedimentos com cobertura obrigatória descrita no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS e revisado a cada dois anos. Essas determinações valem para todos os contratos celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9656/98 (planos novos).

Além do rol de procedimentos, há ainda duas outras regulamentações importantes para os planos de saúde: o período de carência (Lei nº 9.961/2000) e o prazo de atendimento (Lei nº 9.961/2000).

O período de carência só é vigorado caso o usuário não tenha vínculo com outra operadora e queira a transferência para outra empresa.

⁹ <http://www.canadian-healthcare.org/>

¹⁰ <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/segmentacao-assistencial#>

As operadoras podem exigir carência em quatro situações que são¹¹: a) casos de urgência e emergência (24 horas de carência); b) Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional (300 dias de carência); c) doenças e lesões preexistentes (24 meses de carência); e d) demais situações (180 dias carência).

Após o prazo de carência, o beneficiário terá direito ao atendimento, conforme a segmentação do plano (se odontológico ou médico-hospitalar; se ambulatorial ou hospitalar com ou sem obstetrícia; se referência, etc), e este atendimento deverá ocorrer dentro dos prazos máximos regulados pela ANS. O mínimo estipulado é o de consulta básica, com prazo máximo de atendimento de 7 dias. As consultas de especialidades possuem um prazo maior para o atendimento, que é de 14 dias (ANS¹²).

Na lei de criação da ANS (9.961/2000), ficou definido que a agência tem a responsabilidade de fiscalizar o aumento da mensalidade dos planos de saúde. Porém, as regras de reajustes de preços variam de acordo com o tipo de contrato de prestação de serviços de saúde (plano individual ou plano coletivo) e segundo o motivo do aumento dado pela operadora.

A ANS define o aumento dos preços apenas para planos individuais, para os quais é estipulado o índice anualmente. Para planos coletivos ou planos antigos (antes de 2 de janeiro de 1999) a agência reguladora somente fiscaliza os reajustes, sem estabelecer um índice.

O controle de preços também é realizado de acordo com a faixa etária do beneficiário. Existem, ao todo, 10 faixas etárias de reajuste e a partir da Resolução Normativa nº63 (RN nº 63) foi determinado que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

¹¹ <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-de-espera-para-usar-o-plano-de-saude-e-prazos-maximos-de-atendimento>

¹² <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-de-espera-para-usar-o-plano-de-saude-e-prazos-maximos-de-atendimento#>

4. REGULAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR: OS PRÓS E CONTRAS

A regulação do setor de planos de saúde possui pontos favoráveis, mas também falhas e lacunas. Os principais pontos sobre esse tema destacados na literatura são apresentados a seguir.

4.1 BRASIL

A regulação da saúde suplementar realizada no Brasil tem apresentado pontos favoráveis após a sua implementação. Costa (2008) cita que ocorreram avanços significativos relativos à constituição e ao funcionamento das operadoras de planos de saúde, como por exemplo: a) criação de normas de funcionamento e fiscalização das operadoras; b) regularização de reservas técnicas e da ampliação da cobertura; c) definição do plano de referência; d) proibição da seleção por faixas etárias e dos limites de internação; e) contribuição para a maior divulgação e maior acesso aos dados do setor. Além desses, outros dois pontos se destacam: adoção da qualificação das operadoras; e as iniciativas a promoção da saúde e a prevenção de doenças (VASCONCELOS, 2008).

No entanto, falhas na regulação são apresentadas por Carvalho e Cecilio (2007). Os autores verificaram falhas na regulação para o planejamento de longo prazo para o setor, o qual tem como consequência o alto número de entradas e saídas de operadoras de planos de saúde no mercado. Atualmente, existe uma tendência da concentração de mercado no setor de saúde, o que influencia nas futuras tomadas de decisões no setor.

Outras duas falhas na regulação são: a) o controle dos reajustes de preços dos planos individuais e familiares; b) e a falta de flexibilidade em ajustar os preços dos planos para a população idosa (acima de 60 anos) e os portadores de doenças pré-existentes. Devido a essas restrições, a ANS, acaba inibindo a oferta de planos individuais pelas operadoras e, quando estas ofertam, muitas vezes, são a preços iniciais superiores aos de convênio coletivos (CARVALHO e CECILIO, 2007).

A regulação de preços acaba sendo uns dos maiores conflitos entre as operadoras e a ANS, pois o cálculo de reajuste de preço da agência não acompanha a alta dos custos dos serviços de saúde, e isso ocorre ao mesmo tempo em que a agência aumenta o rol de procedimentos que as prestadoras prestam para os beneficiários. As operadoras de saúde, portanto, se encontram em um cenário delicado, tendo que ofertar cada vez mais serviços de saúde a preços regulados. (SATO, 2005)

O estudo de Vasconcelos (2008) aponta também falhas de cunho político da agência reguladora no setor de saúde suplementar, como por exemplo: a) obscuridade da lógica organizacional regulatória adotada nas ações do governo; b) dificuldade do governo em determinar uma agenda em torno de um projeto; c) falta espaço democrático para discussões entre os atores sociais; d) falta de homogeneidade da direção da ANS na compreensão de que se deve atuar prioritariamente na regulação assistencial; por fim, e) dificuldade na articulação entre ANS e Ministério da Saúde (VASCONCELOS, 2008).

4.2 EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

Internacionalmente, na visão do autor americano Brown (1992)¹³, o setor de saúde suplementar dos Estados Unidos tem sido controlado de maneira intensiva pelo governo federal, mas não tem obtido resultado eficaz no controle de custos, sendo o Estados Unidos um dos países que mais gasta no setor de saúde. Em 2013, as despesas em serviços de saúde dos EUA aumentaram em 3,6%, sendo o total de US\$ 2,9 trilhões, ou US\$ 9.255 per capita. A maior despesa em saúde do mundo (HARTMAN et al, 2015). Brown (1992), critica o Estado americano,

¹³ Este autor é utilizado em referências recentes devido sua influência no meio acadêmico. Brown (1992) foi citado no artigo de HARTMAN et al, 2015.

argumentando que ele é lento para traçar estratégias com o intuito de inibir o crescimento dos custos, ao contrário, do que mostram Canadá e os países europeus.

Na Austrália o ponto fraco da regulação diz a respeito à falta de sanções e indicadores para o aperfeiçoamento dos resultados, especialmente em hospitais e asilos. Na Alemanha existe falta de transparência da agência reguladora e no processo estrutural entre os estabelecimentos dos serviços de saúde (SCHWEPPENSTEDDE et al, 2014).

Como abordado nessa seção, a regulação da saúde suplementar apresenta falhas e lacunas. No entanto, com base na literatura apresentada verifica-se a necessidade de regular o mercado para um melhor desempenho do setor.

5. CONCLUSÃO

A regulação na saúde suplementar, como a apresentada no texto, foi baseada em uma economia onde prevalece a concorrência de mercado e que é necessária a intervenção do estado para corrigir falhas de mercado e falhas de governo. Entre os países estudados, a regulação brasileira se assemelha à da Austrália, pois possui um regime centralizado em apenas uma agência reguladora. Os Estados Unidos e o Canadá são países que possuem uma agência reguladora, mas em que os estados são livres para determinar a sua própria regulação caso seja necessário.

Os pontos fortes da regulação são que os mercados de serviços de saúde melhoram no aspecto de confiabilidade dos serviços e de proteção ao consumidor, os pontos negativos são relacionados às lacunas que continuam existindo para regular os aumentos de custos e a articulação entre os agentes econômicos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Elizangela Santos de; XAVIER, Elton Dias. O poder normativo e regulador das agências reguladoras federais: abrangência e limites. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XV, n. 98, mar 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?artigo_id=11293&n_link=revista_artigos_leitura>.
- ANISTIA INTERNACIONAL. Informe 2013: os direitos humanos no mundo. 2013. Disponível em: <<http://www.amnesty.org/pt-br/region/usa/report-2013>>.
- BAHIA, L. e VIANA, A. Capítulo Introdução IN: *Regulação & Saúde. Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar*. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, ANS, 2003.
- BROWN, L. D. Political evolution of federal health care regulation. *Health Affairs*, 11, no.4 (1992):17-37. Disponível: <http://content.healthaffairs.org/content/11/4/17>
- CAMPOS, H. A. Falhas de mercado e falhas de governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica. *Prismas: Dir., Pol. Publ. e Mundial.*, Brasília, v. 5, n. 2, p. 341-370, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://www.olibat.com.br/documentos/prismas-regulacao-economica.pdf>
<http://www.olibat.com.br/documentos/prismas-regulacao-economica.pdf>
- CARNEIRO, L. A. Fundamentos de regulação econômica: condições necessárias e limites para a intervenção do estado na economia de mercado. Maio, 2014.
- CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Revista Sociologia* Porto Alegre, ano 4, n° 7, jan/jun 2002, p. 122-135. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a05n7.pdf>
- CASTRO, e MONTONE. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Série B. Textos básicos de Saúde. *Regulação & Saúde; V.3, Tomo 1*. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/livro_regulacao_e_saude3_t1.pdf
- CATO INSTITUTE. Health insurance regulation. In: *Cato handbook for policy makers*. Washington, DC: Cato Institute, 2009.
- CARVALHO, E. B. e CECILIO, L. C. O. A regulação do setor de saúde suplementar no Brasil: a construção de uma história de disputas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n° 23, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n9/17.pdf>>
- CONASS. Saúde Suplmentar. Livro XI. Coleção do Progestores 2007. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/livro_11_saude_suplementar.pdf>
- CONNELLY et al. Risk equalisation and voluntary health insurance markets: The case of Australia. *Health Policy Journal* 98, 2010.
- COSTA, N. R. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. *Ciências & Saúde Coletiva*, n° 13, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/11.pdf>
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/11.pdf>
- DELLOITE. 2011 survey of health care consumers in the United States: key findings, strategic implications. Washington, DC: Delloite, 2012.
- GODOI JUNIOR, J. V. *Agências Reguladoras: Características, atividades, e força normativa*. Dissertação do Programa de Direito da Universidade de Marília, 2008. Disponível em: <http://www.unimar.br/pos/trabalhos/arquivos/BE318D57B1169ABAE138DF08592C84E2.pdf>>

- GROTTI, D. A. M. As agências reguladoras. Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico, número 6, 2006. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com/revista/REDAE-6-MAIO-2006-DINORA.pdf>>
- HARTMAN, M., et al. National Health Spending In 2013: Growth Slows, Remains In Step With The Overall Economy. Health Affairs vol. 34.m 150-160, 2015.
- HURLEY, J.; GUINDON, E. Center for Health Economics and Policy Analysis. Private Health Insurance in Canada. Hamilton, Ontario: CHEPA, 2008.
- LOUVISON, M. Regulação em Saúde. Apresentação COSEMS, 2014. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/CONTRATUALIZACAO-DIA3-REGULACAODOACESSOAATENCAOASAUDENOSUS-MARILIALOUVISON.pdf>
- LUQUE, C. A. e SILVA, V. M. A Lei de Responsabilidade na Gestão Fiscal: Combatendo Falhas de Governo à Brasileira. Revista de Economia Política, vol. 24, nº 3 (95), julho-setembro/2004. Disponível em: <http://www.rep.org.br/PDF/95-6.PDF>
- MALTA, et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciências & Saúde Coletiva, nº 9 de 2004.
- MORRIS, S; DEVLIM, N; PARKIN, D. Economic Analysis in health Care. John Wiley & Sons, Ltd. Agosto de 2007.
- MOSSIALOS et al. 2015 International Profiles of Health Care Systems. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States. The Commonwealth Fund. January 2016.
- PÓ, M. V. e ABRUCIO, F. L. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. Rio de Janeiro 40(4):679-98, Jul. /Ago. 2006.
- PECI, A., e CAVALCANTI, B. Reflexões sobre a autonomia do órgão regulador: análise das agências reguladoras estaduais. Revista de Administração Pública, 34(5), 99-119, de setembro/outubro de 2000.
- PYNDYCK, R. S. e RUBINFELD, D. L. Microeconomia – sexta edição. Tradução Eleutério Prado, Thelma Guimarães. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.
- SANTERRE, R. & NEUN, S. Health Economics – 5th Edition. Ohio: South-Western, Cengage Learning, 2010.
- SATO, Fábio Ricardo Loureiro. A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, Feb. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000100004&lng=en&nrm=iso>
- SCHWEPPENSTEDDE, D. et al. Regulating quality and safety of health and social care. International experience. Prepared for the Department of Health, 2014. Disponível em: <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR500/RR561/RAND_RR561.pdf>
- VASCONCELOS, L. L. C. Atores Sociais e a Regulação da Atenção à Saúde no Setor Suplementar. IN: A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2008.
- VISCUSI, W. K., HARRINGTON, J. E., VERNON, J. Regulation and antitrust. Massachusetts Institute of Technology, 2005.

IESS

**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

IESS
Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004, Itaim, São Paulo, SP
Tel (11) 3706.9747
contato@iess.org.br