



INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR

SAÚDE PÚBLICA - SUS

SAÚDE SUPLEMENTAR

Princípios e regulação

José Cechin

EPM/SP, 17 julho 2009

- **Sistemas de Saúde**
- **Opção Brasileira e o Direito a Saúde**
- **O Sistema Público e Sistema Suplementar**
 - **Princípios e regras básicas**
 - **Necessidade de regulação**
 - **Poder regulador**
 - **Preços – individualismo x solidariedade**

SISTEMAS DE SAÚDE

- **A busca pela saúde é um processo →** A história da doença e da luta pela saúde acompanham o homem desde o princípio da sua existência. Mas ela assume contornos distintos ao longo das eras. Hoje as questões de saúde tem reflexo mundial: o controle de epidemias e pandemias, por ex., interessa a todas as Nações.
- **A saúde não depende só de um bom sistema de saúde →** Depende de diversos outros fatores, sociais e econômicos. São importantes, ainda, entre outros, os seguintes fatos: (1) O progresso tecnológico que torna o instrumental cada vez mais resolutivo e caro; (2) As doenças que não conhecem limites (peste negra, Gripe Espanhola, Aviária e suína; Ebola; AIDS; ...); e (3) As doenças vão e voltam.

- **Embora Direito do Homem desde a Revolução Francesa, só em 1946 passa a ser direito humano básico → Declaração Universal dos Direitos Humanos – Art 25 → Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e a sua família a saúde (...) principalmente quanto (...) à assistência médica (...)**”
- **Embora Direito Humano Básico → é necessário buscar equilíbrio entre saúde com qualidade e recursos existentes**
- **Sistema de Saúde Segundo a OMS → Soma de todas as organizações, instituições e recursos que têm como propósito principal de desenvolver a saúde**
- **Devem garantir serviços** de natureza preventiva, diagnóstica, terapêutica ou reabilitadora **eficientes, economicamente justos e decentes.**

Não existe o “melhor sistema” → cada Estado adota modelo de proteção à saúde adequado a sua realidade (política, cultural, econômica e sem se distanciar das suas tradições).

Questões básicas na escolha do modelo:

1. Cuidar ou não de todos? Com ou sem limite? → França
2. Se não cuidar de todos, de quem cuidar? → EUA
3. Se os recursos são limitados, o que cobrir? → Canadá
4. A velocidade de atendimento será a mesma para qualquer paciente?
→ Inglaterra
5. Como o sistema será financiado? → Chile

BRASIL

Direito Constitucional à Saúde

Liberdade de iniciativa privada

- Cuidar de todos, sem limites e de maneira igualitária → A saúde é um **DIREITO** de todos e um **DEVER** do Estado (Art. 196 e segs da CF), não havendo possibilidade de opção entre o sistema público e o privado.
- Esse modelo veio sendo desenhado ao longo dos séculos → Constituições (exceção 1891). Infraconstitucional → proteção para membros de uma categoria profissional (Caixas de Assistência), proteção para os empregados urbanos, proteção para outras categorias profissionais, proteção para empregados rurais, e proteção para trabalhadores contribuintes do INSS e, finalmente, a universalização do atendimento mérito do constituinte de 1988 que criou o **sistema único de saúde, o SUS**, voltado também para prevenção.
- Embora dever do Estado, não há impedimento à atuação da iniciativa privada (art 199 CF) e essa terá sempre **relevância pública** (art 197 CF).

Os Princípios são os mesmos?

Há Universalidade?

A Cobertura somente se dá para os que sejam beneficiários de um plano privado de assistência.

Há Integralidade de Assistência?

A Cobertura não é ilimitada → A cobertura mínima é a prevista no Plano Referência. A abrangência do Plano Referência está prevista no Art 10 da Lei 9656/98 e em Resoluções (nos termos do Art 10 § 4 da Lei 9656/98).

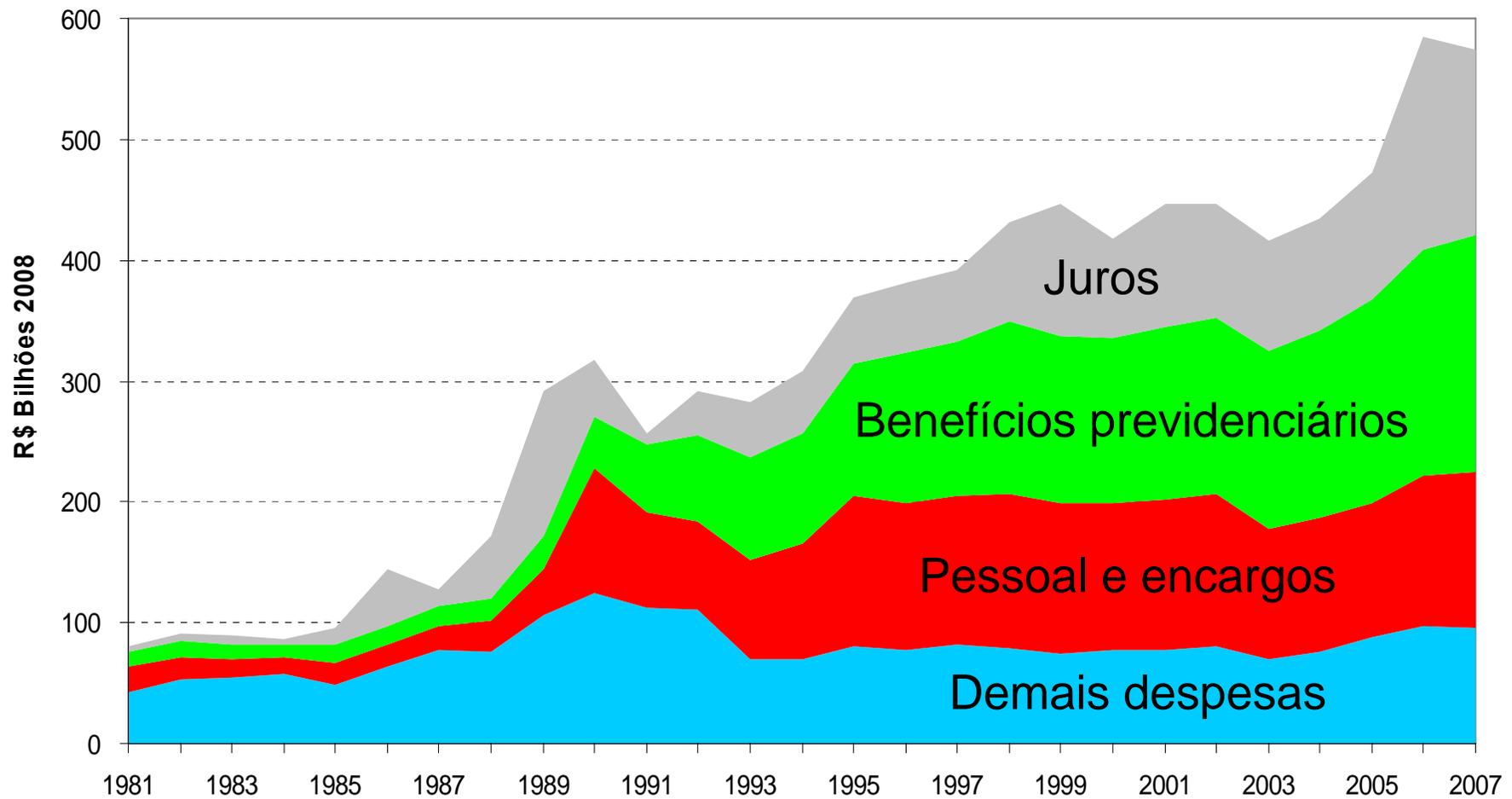
Há Igualdade de Assistência?

Cada beneficiário terá direito apenas ao que tiver contratado, ficando certo que não poderá o serviço médico (credenciado, contratado ou referenciado) discriminar os beneficiários, favorecer os beneficiários de uma empresa em relação a outra ou favorecer os seus clientes particulares.

Haveria um MÍNIMO? → Cobertura do Plano Referência

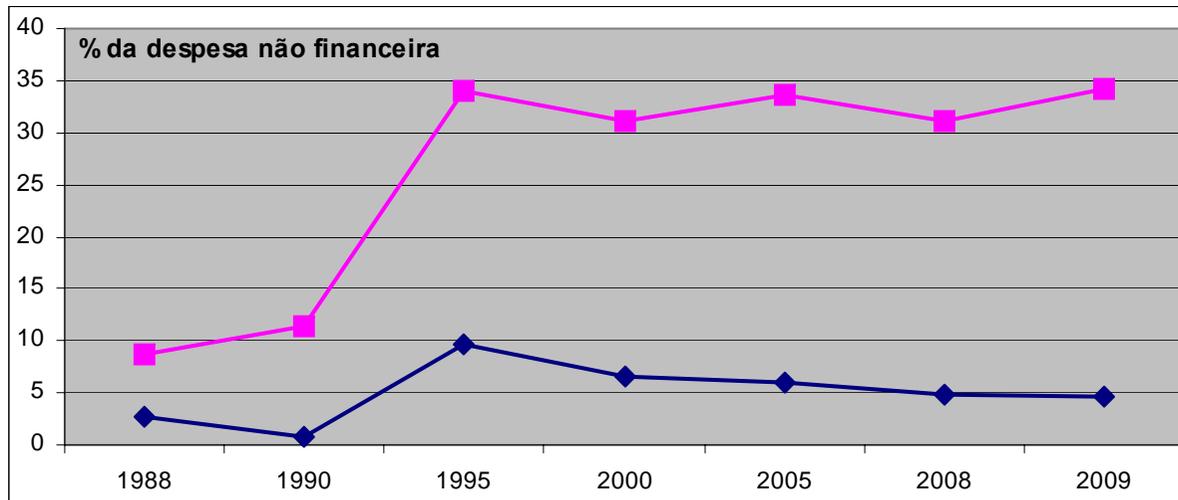
- Permitir que pessoas tenham acesso diferenciado à medicina.
- Na essência é um modelo securitário: pessoas avessas ao risco de incorrer em altas despesas com tratamento contratam seguro ou plano de saúde para garantir os recursos necessários ao tratamento. Quanto maior risco coberto tanto maior o custo.
- Tendência, diante da fragilidade Estatal → transferir para o setor privado obrigações que são do sistema público, obrigando que consumidor (cidadão) arque com ônus maior do que deveria arcar caso contasse com um bom sistema público. Ex: Ressarcimento ao SUS (Art. 32 da Lei 9656/98) e a cobertura de doenças e lesões preexistentes.

União: evolução dos gastos

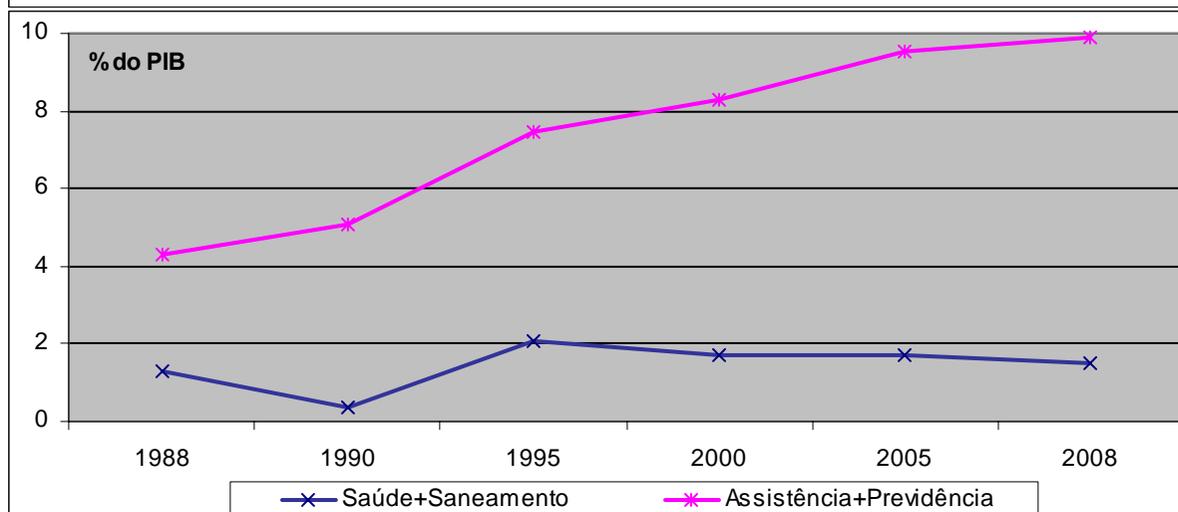


Fonte: STN

União: Previdência e Saúde nas despesas



*% da despesas
não financeira*



% do PIB

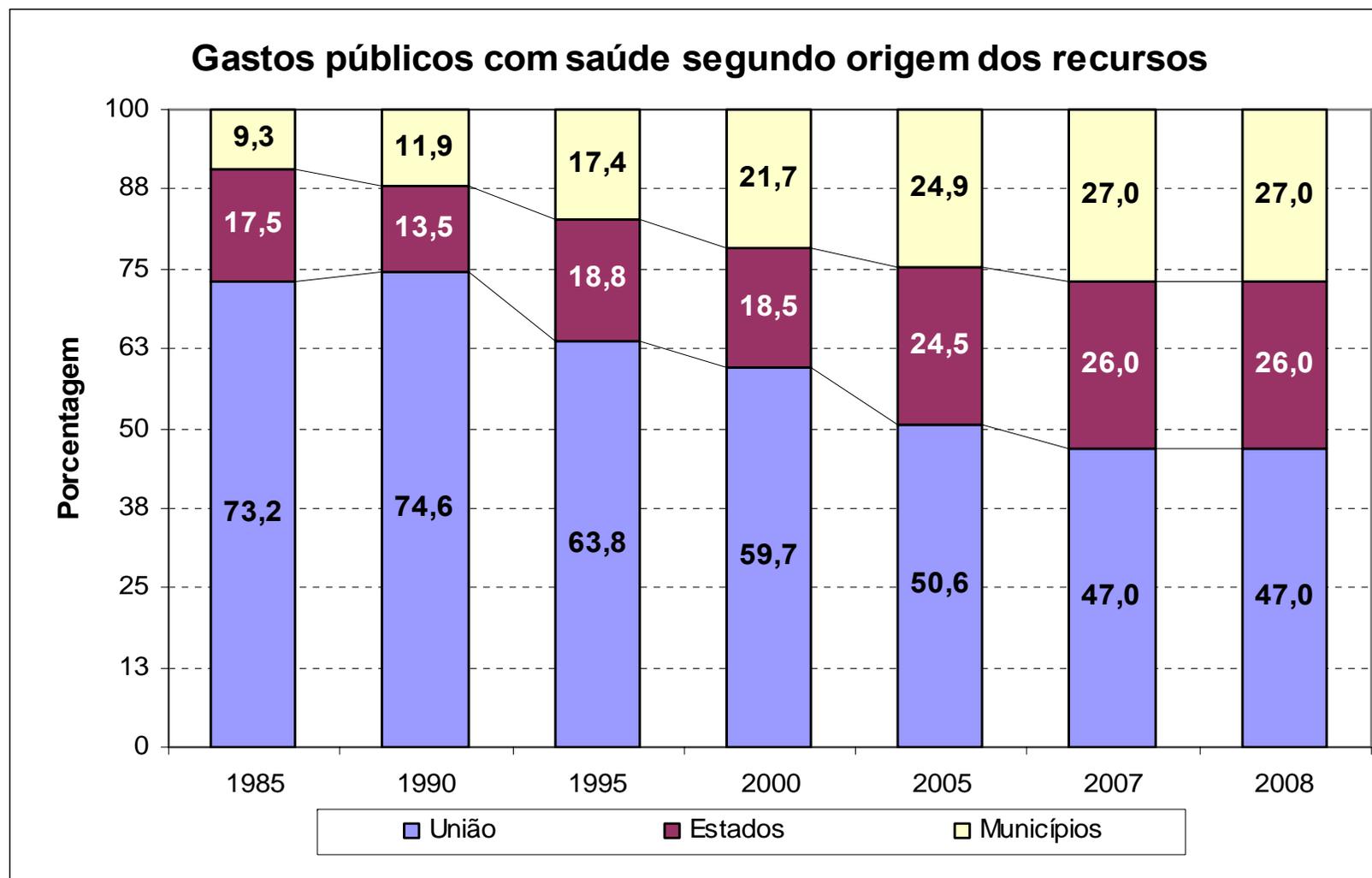
União: Receita líquida total

Receita líquida total da União (R\$ bilhões)

2007	2008	Δ	$\Delta\%$
513,3	583,5	70,2	13,7

CPMF em 2007 = R\$ 40 bilhões

Saúde: gastos por esfera de governo



PIB e despesas não financeiras da união

Variação do PIB e da despesa não financeira da União – 1995-2008

	Nominal %	Real %
PIB	409,5	146,3
Saúde e Saneamento	298,4	89,2
Assistência e Previdência	543,4	162,5
OGU despesa não financeira	594,2	177,6

Fontes: Execução Financeira do Tesouro Nacional e Banco Central

Despesa das Operadoras de Planos de Saúde - 2008

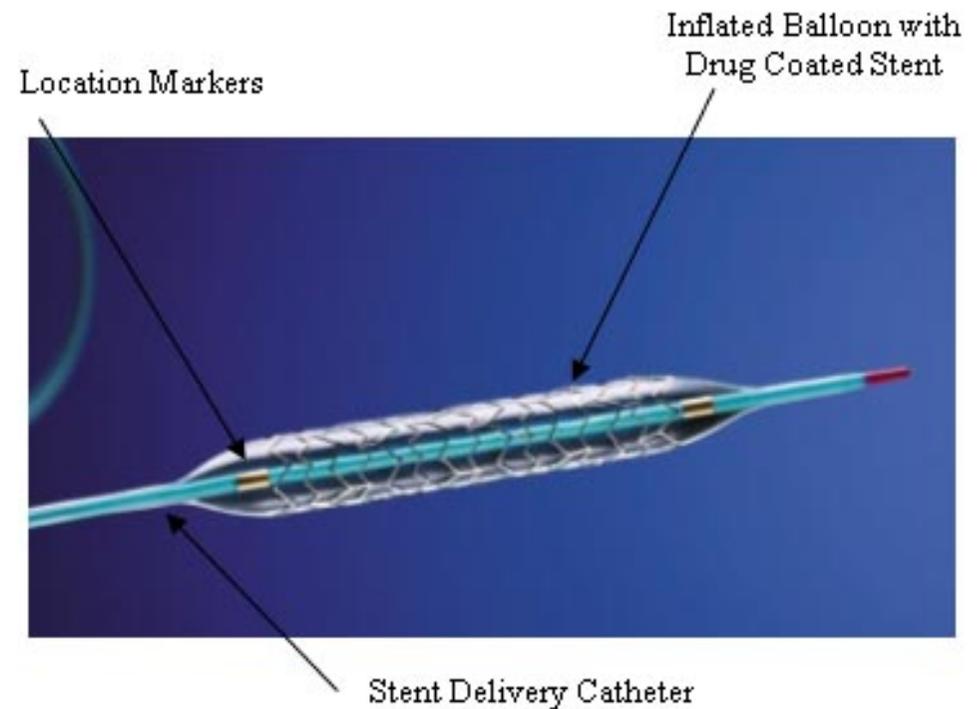
Modalidade	Total	Assistencial	Administrativa
Médico-hospitalar	56.473	46.664	9.808
Odontológica	938	556	382
Total	57.411	47.220	10.190

R\$ bilhões

EVOLUÇÃO TECNOLÓGICA E CUSTOS

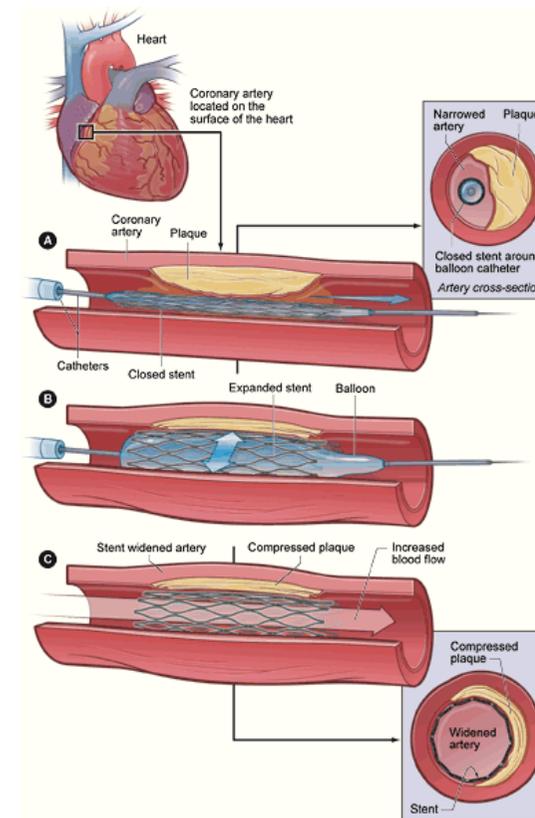
Tecnologia coronária: do Bypass ao Stent

Dispositivo no formato de uma malha metálica flexível (nitinol e aço) com cerca de 3 milímetros de diâmetro e 2 centímetros de comprimento, em média.



Do Bypass ao Stent

É colocado, por meio de um cateter, no interior de artérias, veias, dutos biliares ... que apresentem obstrução total ou parcial.



- Antes do STENT era feita a desobstrução por angioplastia coronária, técnica utilizada desde 1983. Quando a desobstrução não puder ser feita, pode-se fazer o “bypass”, técnica efetiva e usada há mais de 30 anos.
- Com o advento do STENT, no início dos anos 90, a artéria é desobstruída deixando o STENT deixado no local para tentar evitar que ela volte a fechar naquele ponto desobstruído.
- É possível, em alguns pacientes, que a artéria volte a ficar obstruída mesmo com o STENT. A chance de obstrução, em tese, é menor com o uso de STENT farmacológicos (recoberto por medicamento e introduzido entre 2002 e 2003).

Do Bypass ao Stent

- A desobstrução das artérias, enquanto procedimento médico, não é recomendada sempre; por exemplo, não é recomendada para maiores de 80 anos, pessoas que sofrem de doenças hemorrágicas ou que fizeram algum tipo de cirurgia nos últimos 6 meses e a que sofreu derrame cerebral nos últimos dois anos.
- Ademais, em 2006, o STENT farmacológico foi associado a algumas mortes nos EUA (ele aumentaria de 0,2% os riscos de formação de coágulos em comparação com o STENT tradicional). Medicamentos tendem a diminuir este risco (NYT Aug 16,2007 e VEJA, 27/12/2006).

CUSTO vs MÍNIMO

- Um **STENT** farmacológico hoje custa em torno de **R\$ 15.000,00** e um TRADICIONAL em torno de **R\$ 5.500,00**.
- O custo da desobstrução da artérias cresceu de R\$ 9.400,00 (em 2001) para R\$ 55.000,00 (em 2008) → **485%** (VEJA de 14/5/2008).

Seria aceitável que elegesse o Estado como preferencial, dentre as opções existentes, a que entendesse ser a mais barata, eficiente e socialmente mais justa? E poderia o Poder Judiciário intervir nesta escolha mínima?

- Exemplos:
bypass x stent farmacológico;
medicamento de marca x medicamento genérico;
equipamento de imagens de última geração x imagens tradicionais;....

NECESSIDADE DE REGULAÇÃO

- Situações de risco
 - Bens materiais, Vida, sobrevivência

- O risco
 - se materializa de forma desigual entre indivíduos
 - materializado afeta o patrimônio do indivíduo
 - dano ao patrimônio individual pode ser muito alto

- Seguro:
 - proteção do patrimônio das pessoas afetadas
 - pessoas contribuem solidariamente para fundo **mútuo**
 - recursos coletivos indenizam perdas patrimoniais dos afetados.

Seguro converte risco de perda patrimonial em custo mensal fixo e certo – prêmio ou mensalidade

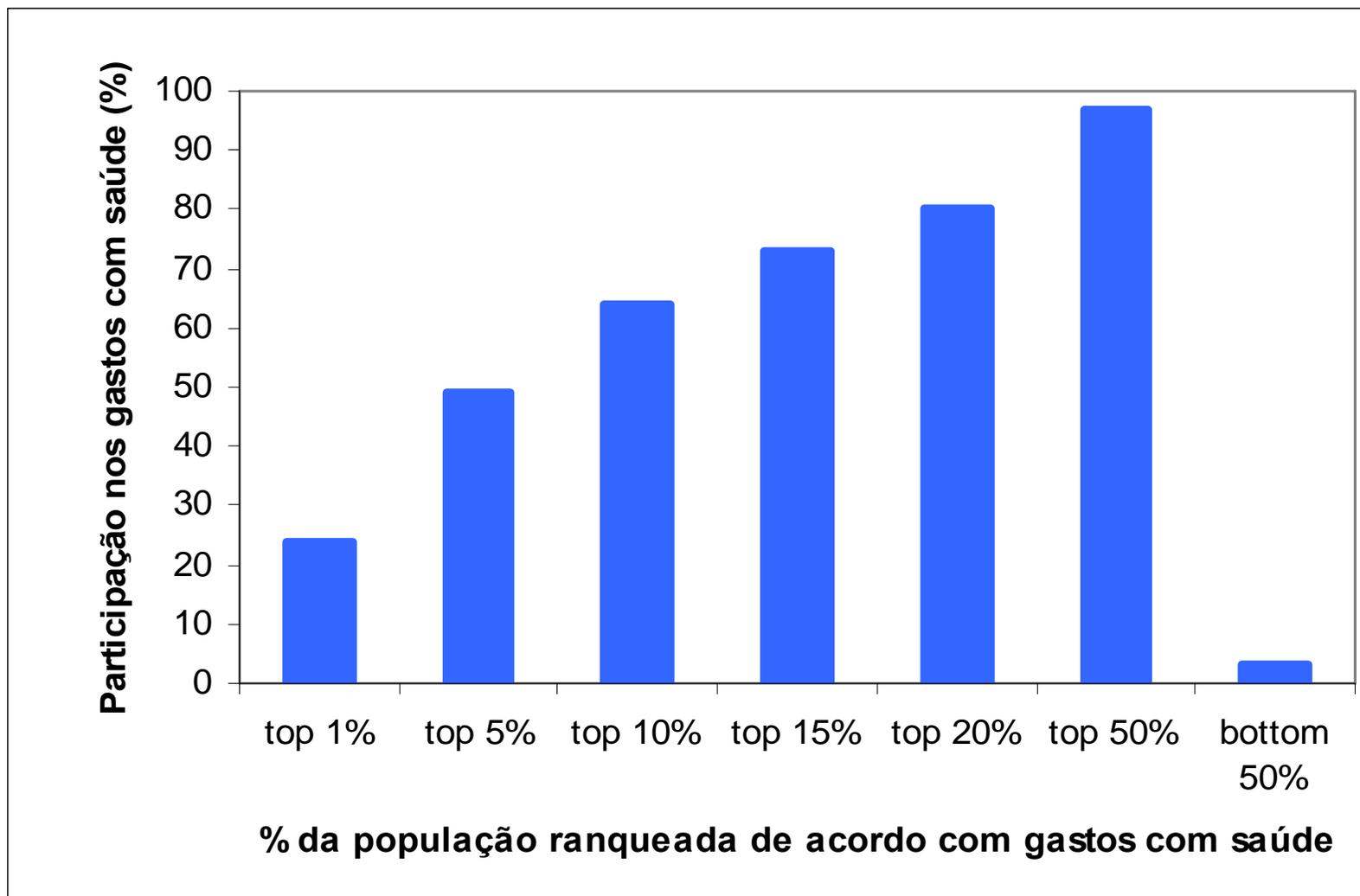
Plano e seguro saúde - conceitos

- Planos e seguros saúde seguem princípios do seguro

- Elementos essenciais do seguro:
 - Imprevisibilidade individual (eventos futuros e incertos)
 - Previsibilidade coletiva (quantificação)
 - Mutualismo e solidariedade
(dividir igualmente os riscos que se materializam desigualmente)
 - Boa fé

*Muitos pagam pouco para os poucos
afetados terem o patrimônio preservado*

Quanto gastam os que mais gastam



José Cruz/ABR



Valor salgado

Um ato da Câmara, de 1983, determina que Arlindo Chinaglia pague integralmente os tratamentos de saúde dos deputados

• Câmara

Uma conta de UTI de 1 milhão de dólares

Arlindo Chinaglia tem um problemão nas mãos. Um pepino equivalente a 1 milhão de dólares. Essa é a conta apresentada pelo Hospital do Coração, de São Paulo, para os 36 dias em que o deputado Ricardo Izar (PTB-SP) ficou internado na UTI do hospital, entre 28 de março e 2 de maio, quando morreu. Pelos estatutos da Câmara, o tratamento é inteiramente custeado por ela. Impressionado com a conta, Chinaglia vai enviar representantes para conferir os procedimentos médicos, negociar uma redução no valor e saber por que Izar não deu entrada no Hospital do Coração com o convênio que a Câmara tem com o hospital.

Sérgio Lima/Folha Imagem



36 dias na UTI

O custo da internação de Izar foi de 28 000 dólares por dia

Necessidade da Regulação

- Falhas de mercado
 - Assimetria de informação
 - Equidade, seleção adversa, seleção de risco
 - Risco moral
 - Indução de demanda - terceiro pagador
- Interesses difusos

A regulação é necessária

- Administrativa
 - Registro de Operadora e produtos
 - Entrada e saída
 - Continuidade do contrato

 - Assistencial
 - Cobertura integral - CID
 - Limita carências
 - Veda exclusão de doenças, limites de atendimento, tetos de valor, seleção de risco, quebra de contrato individual pela OPS
 - Permanência de demitidos e aposentados

 - Econômico-financeira
 - Solvência e liquidez,
 - Capital mínimo, provisões técnicas, reservas e garantias
 - Reajuste de preços
-

- Respeitou todas as modalidades de operadoras
- Inibiu a concorrência desleal
- Aumentou a confiabilidade nos planos
- Padronizou produtos – cobertura universal CID
- Conseqüências
 - Inibiu diversidade de produtos e iniciativas empresariais
 - Facilitou vendas e decisão dos consumidores mas inibiu leque de escolhas
 - Aumentou custos

*A regulação teve impactos positivos no mercado,
mas teve custos ...*

PODER REGULADOR - fundamento constitucional

LIMITES DO PODER REGULADOR

Constituição Federal

“Art. 174 Como agente **normativo e regulador** da atividade econômica, o Estado exercerá, **na forma da lei**, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento....”

O que é Regulação?

- Principal característica das economias de mercado é liberdade de atuação dos agentes econômicos.
- A regulação **limita esta liberdade** pela utilização do poder coercitivo do Estado.
- A regulação é o instrumento para limitar as escolhas dos agentes econômicos em busca do equilíbrio

Regulação serve para

- **Restringir a atividade privada**
 - Administrativas, financeira e assistenciais
- **Corrigir Falhas de mercado**

Materializa-se em três poderes

- 1 - Editar normas**
- 2 - Assegurar sua aplicação**
- 3 - Punir infratores**

- **Estado Liberal - Sec. XVIII e XIX**
Liberdade e intervenção mínima do Estado
na vida das pessoas
 - **Estado do Bem-estar Social – 1ª Guerra Mundial**
O Estado passou a prover todos os serviços públicos:
saúde, educação, previdência, energia, segurança
transportes, comunicações, etc.
 - **Novo paradigma**
Estado Provedor X eficiência e competição
 - **Estado Regulador – década de:**
1970 Europa
1990 Brasil – crise fiscal e privatização
 - **Futuro?**
-

- **Autonomia Administrativa**
autarquias especiais vinculadas a órgãos do executivo e não subordinadas
 - **Autonomia Financeira e Patrimonial**
financiamento por taxas e multas
 - **Autonomia Técnica**
atos sujeitos exclusivamente ao controle de Legalidade pelo Judiciário
 - **Decisão de Diretoria Colegiada**
decisões não monocráticas, mas do “Conselho de Diretores”
 - **Mandato Fixo dos Dirigentes**
diretores indicados pelo chefe do executivo e sabatinados pelo Senado, com mandatos são não-coincidentes com o do Presidente da República.
-

Principais Agências - Brasil

- ANEEL** - Agência Nacional de Energia Elétrica - 1996
- ANATEL** - Agência Nacional de Telecomunicações - 1997
- ANP** - Agência Nacional do Petróleo - 1997
- ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - 1999
- ANS** - **Agência Nacional de Saúde Suplementar - Lei 9.961/2000**
- ANA** - Agência Nacional de Águas - 2000
- ANTAQ** - Agência Nacional de Transportes Aquaviários - 2001
- ANTT** - Agência Nacional de Transportes Terrestres - 2001
- ANCINE** - Agência Nacional de Cinema - 2001
- ANAC** - Agência Nacional de Aviação Civil - 2005
-

Pelo Ministério da Saúde

- Diretamente sobre os agentes públicos integrantes do SUS
- Por suas Agências Reguladoras (contrato de gestão):
 - ✓ ANVISA – Bens, Serviços e Tecnologias
 - ✓ ANS – Setor da Saúde Suplementar

Marco Regulatório:

- a) LEI 9.656, de 1998 – planos de saúde**
- b) LEI 9.961, de 2000 – cria a ANS**
- c) LEI 10.185, de 2001 – Seguradoras Especializadas**
- d) DEC. 3327, DE 2000 – regula a 9.961/00**
- e) Resoluções do CONSU e da ANS**

Veículos normativos: RN, RO, RA, IN, SN - centenas

ANS – Principais competências

- **estabelecer normas e procedimentos para autorização de funcionamento das OPS**
- **estabelecer mecanismos para recuperação financeira das OPS em dificuldade financeira**
- **autorizar reajustes dos planos individuais e monitorar os reajustes dos planos coletivos**
- **fiscalizar as atividades das OPS e aplicar as penalidades cabíveis**
- **firmar Termos de Compromisso de Ajuste de Conduta e Termos de Compromisso**
- **elaborar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**
- **decretar direção fiscal**

Visão da ANS

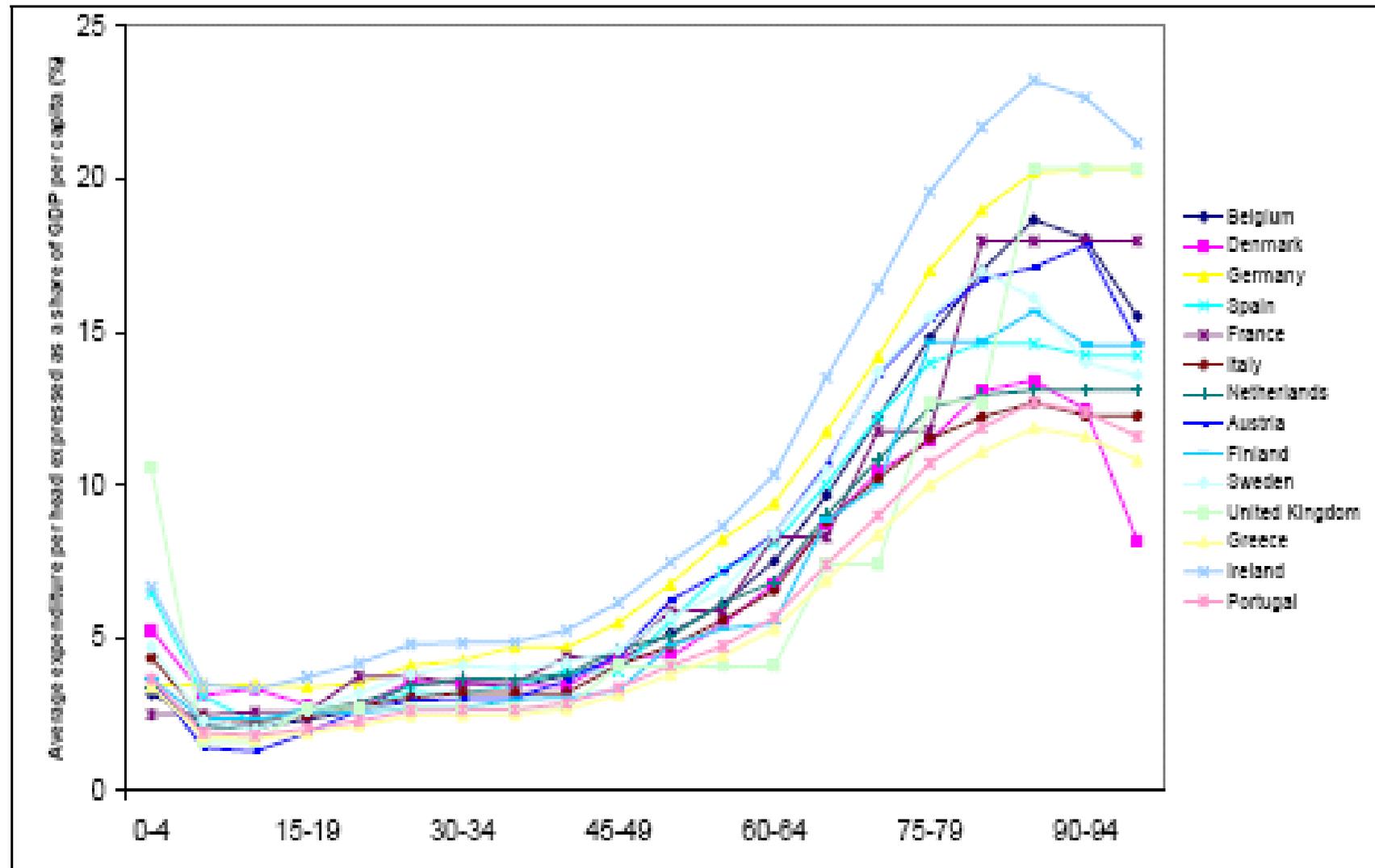
- **As operadoras**  **gestoras de saúde**
- **Os prestadores**  **produtores de cuidado**
- **Os beneficiários/consumidores**  **usuários com consciência sanitária**
- **A ANS**  **órgão regulador qualificado e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde**

Principais lacunas

- Aspectos concorrenciais:
portabilidade e flexibilidade de reajustes
- Insuficiência dos Sistemas de Informações
- Financiamento dos planos dos idosos - aposentados
- Flexibilização de planos – franquias, ônus e bônus a hábitos
- Produtos com capitalização

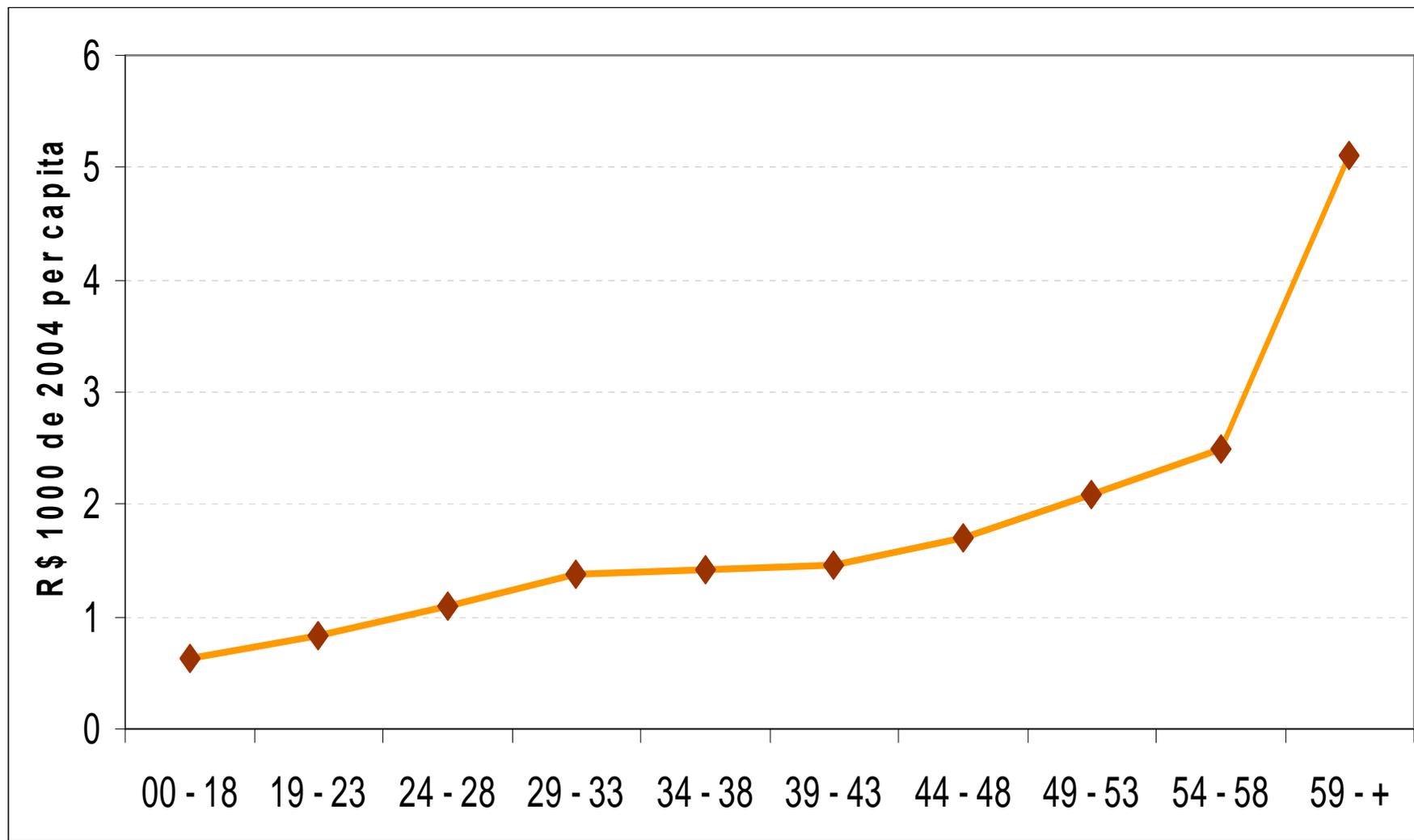
RISCO POR FAIXA ETÁRIA e PRECIFICAÇÃO

EU: Cuidados curativos - Perfil etário dos gastos



Fonte: Westerhout e Pellikaan (2005: pg.8)

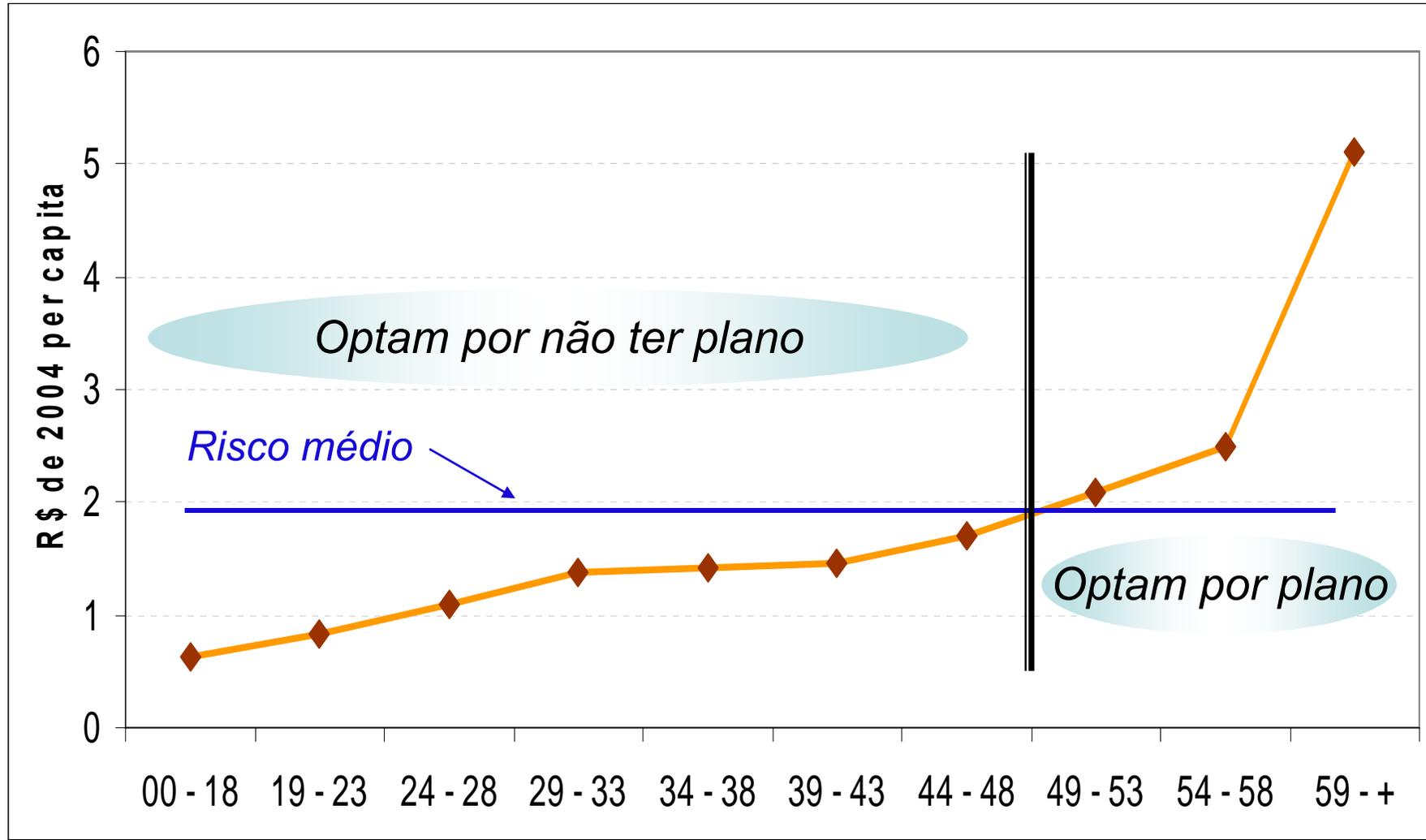
Risco por faixa etária (7,5 milhões de planos)



Mutualismo x individualismo

- Extremo da solidariedade:
toda uma população paga prêmios idênticos
(seleção adversa atinge seu máximo -
seguro obrigatório)

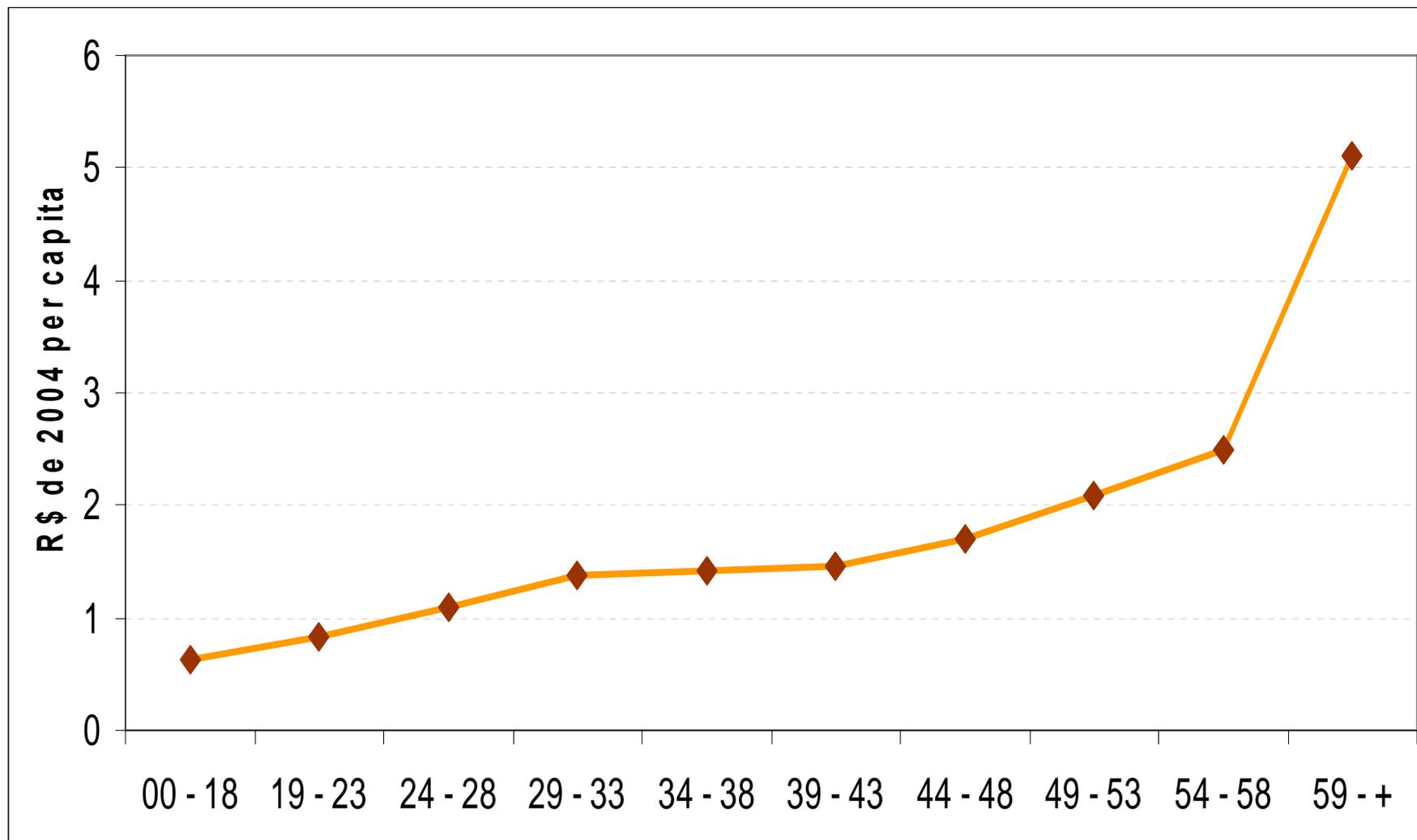
Risco por faixa etária (7,5 milhões de seguros)



Mutualismo x individualismo

- Extremo do mutualismo/solidariedade:
toda uma população paga prêmios idênticos
(seleção adversa atinge seu máximo -
seguro obrigatório)
- Extremo do individualismo:
prêmio de acordo com risco individual
(não há seleção adversa mas
questões éticas e assimetria de informação)

Risco por faixa etária (7,5 milhões de seguros)

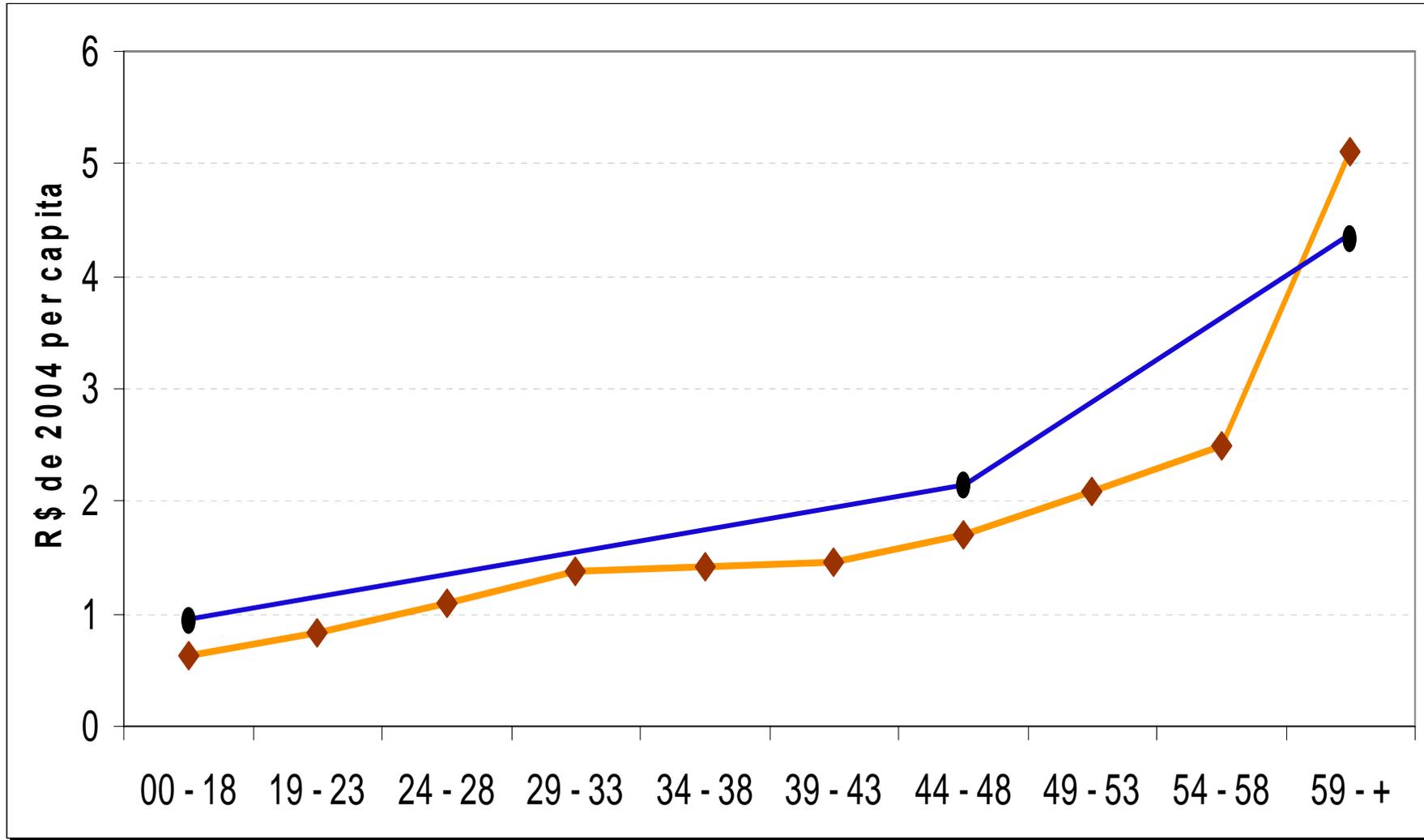


Regulação de preço

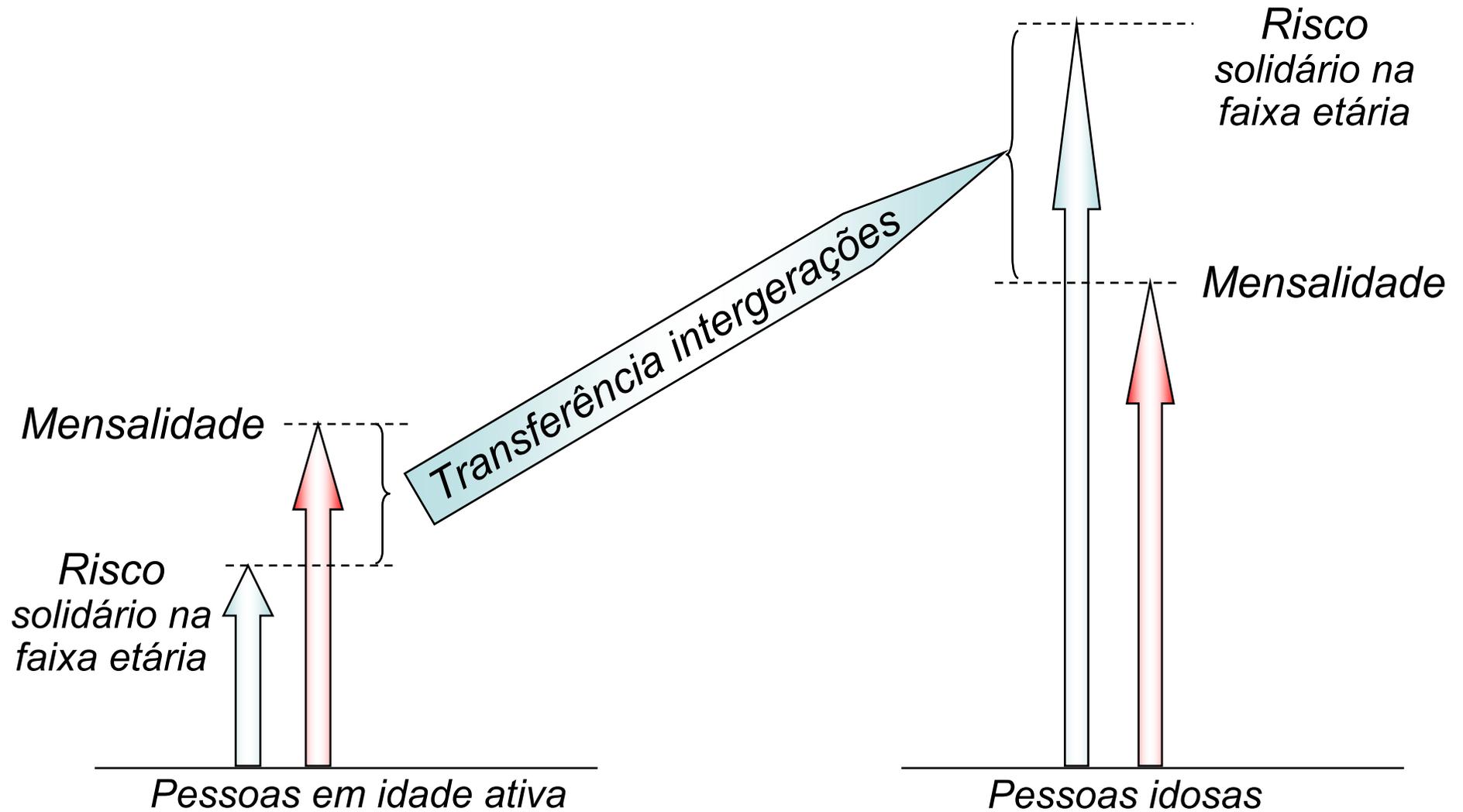
- Lei veda discriminar risco, exceto por idade
- Norma admite 10 faixas etárias:
 - Atual: 0-19, de 5 em 5, e mais de 59 anos
 - Antes: 7 faixas etárias até 70 anos
 - Antes de Lei: estabelecido em contrato
- Preço da última faixa $\leq 6 \times$ preço da 1ª
- Variação % da 7ª para última \leq *variação da 1ª para 7ª*

*Solidariedade inter gerações
exige transferências entre gerações*

Risco por faixa etária (7,5 milhões de seguros)



Solidariedade inter e intra gerações



O sistema em cheque

- Transição demográfica aumenta a proporção de idosos e a incidência de crônicas, com graves perspectivas
 - US: 3/4 do gasto de US\$ 2,2 trilhões em 2007
 - Nova ameaça mundial (WEF – Relatório jul/08)
- Menor proporção de jovens e em idade ativa para subsidiar idosos
- A permanência de aposentados no plano aumenta idade média dos participantes
- Encarece para a empresa e para os ativos
- Jovens postergam entrada em planos

*Ameaças ao esquema solidário
Haverá saídas?*

Reações das Empresas

Custo crescente do benefício saúde para os empregadores e empregados, com criação de passivos atuariais.

A contabilização exige apropriação do passivo atuarial (como em previdência), o que afeta o resultado e o valor patrimonial da empresa.

As empresas alteram o desenho do plano para evitar as obrigação prevista nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 – demitidos e aposentados

Casos

Plano de saúde da GM:

442.400 aposentados

US\$ 4,75 bilhões em 2007

AÇÕES: - transferiu plano para United Auto Workers – alto pagamento
- extinguiu o plano dos aposentados não sindicalizados maiores de 65 anos a partir de 2009, por US\$ 300/mês: 97.400 pessoas

Outras já haviam extinguido o plano:

Ford 2007: 57.000

Chrysler 2006: 19.000

José Cechin

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

jcechin@iess.org.br

www.iess.org.br

55 11 3706.9747