



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?

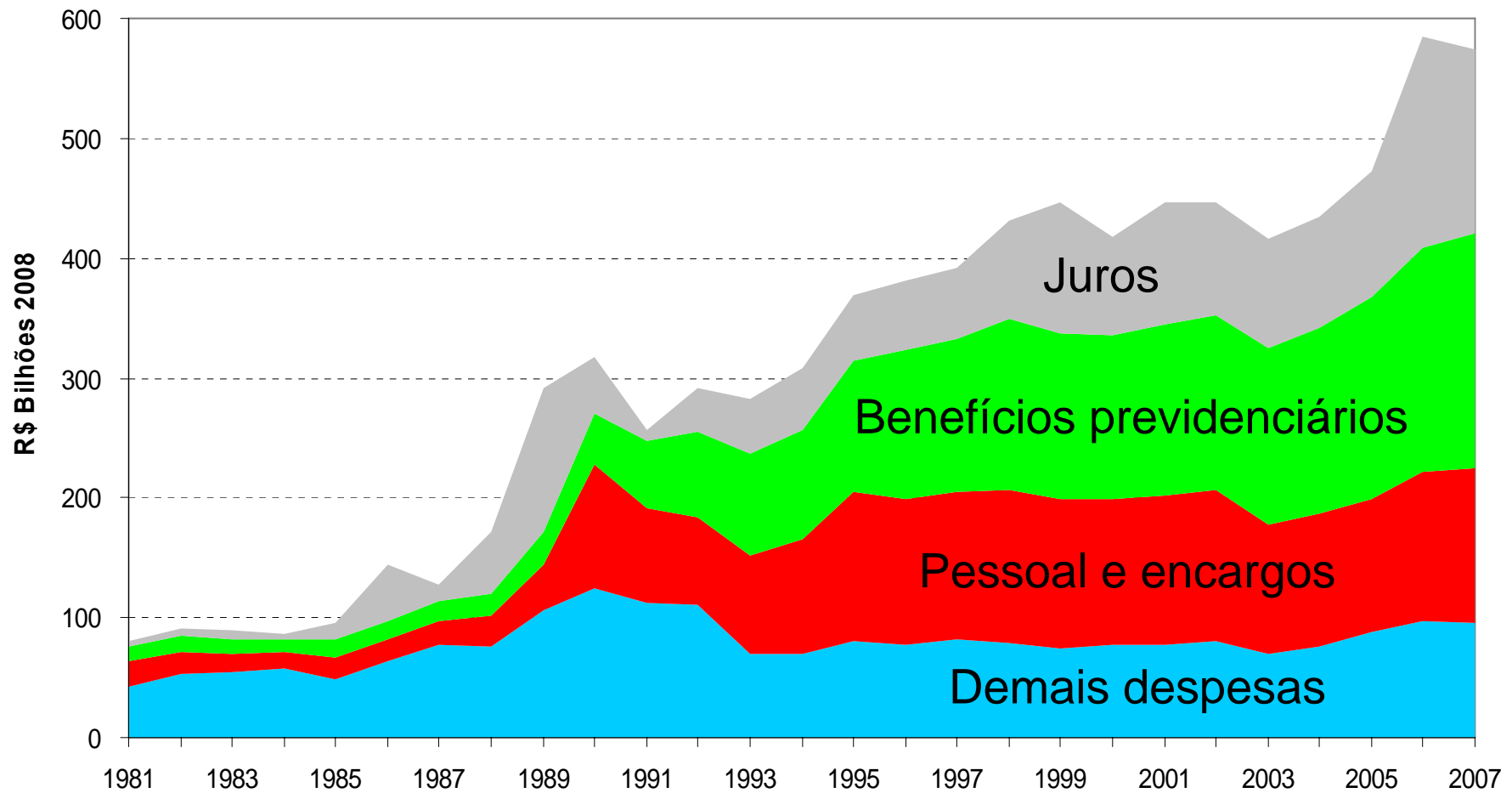
**Cada beneficiário terá direito apenas ao que tiver contratado, ficando certo que não poderá o serviço médico (credenciado, contratado ou referenciado) discriminar os beneficiários, favorecer os beneficiários de uma empresa em relação a outra ou favorecer os seus clientes particulares.**

**Haveria um MÍNIMO? → Cobertura do Plano Referência**

---

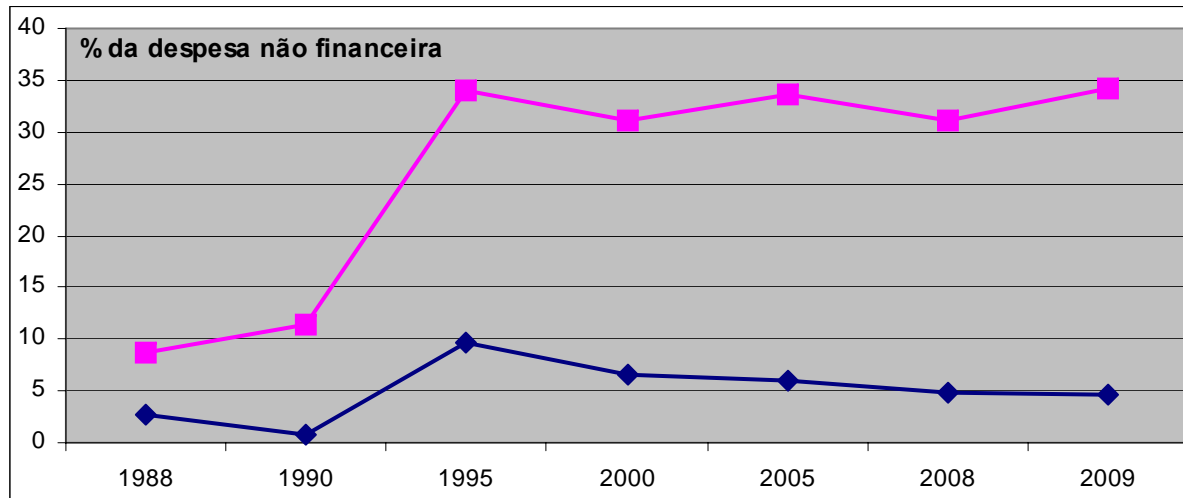
- Permitir que pessoas tenham acesso diferenciado à medicina.
- Na essência é um modelo securitário: pessoas avessas ao risco de incorrer em altas despesas com tratamento contratam seguro ou plano de saúde para garantir os recursos necessários ao tratamento. Quanto maior risco coberto tanto maior o custo.
- 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

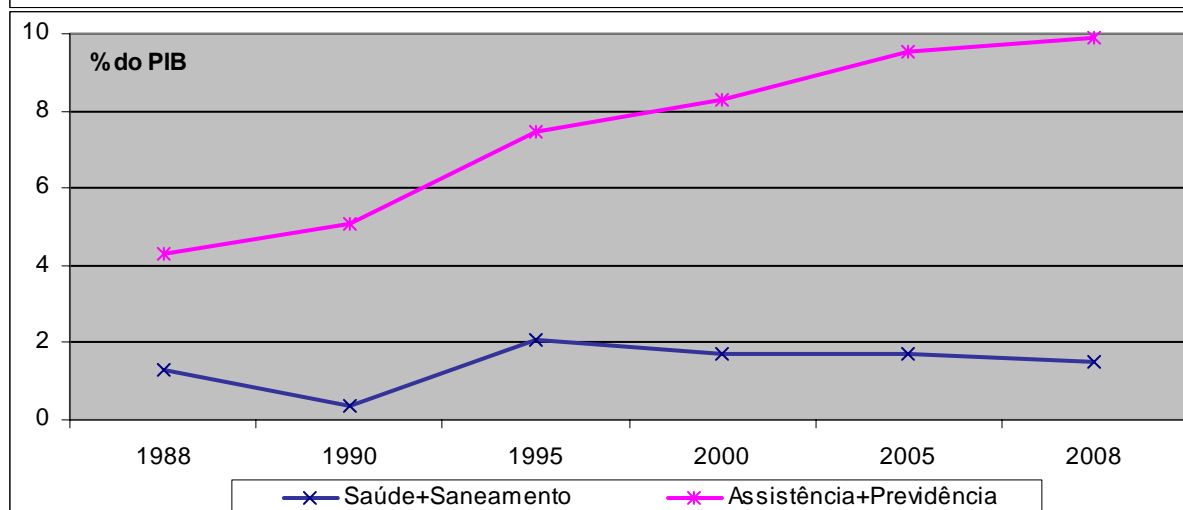


Fonte: STN

# União: Previdência e Saúde nas despesas



*% da despesas  
não financeira*



*% do PIB*

# União: Receita líquida total

---

## Receita líquida total da União (R\$ bilhões)

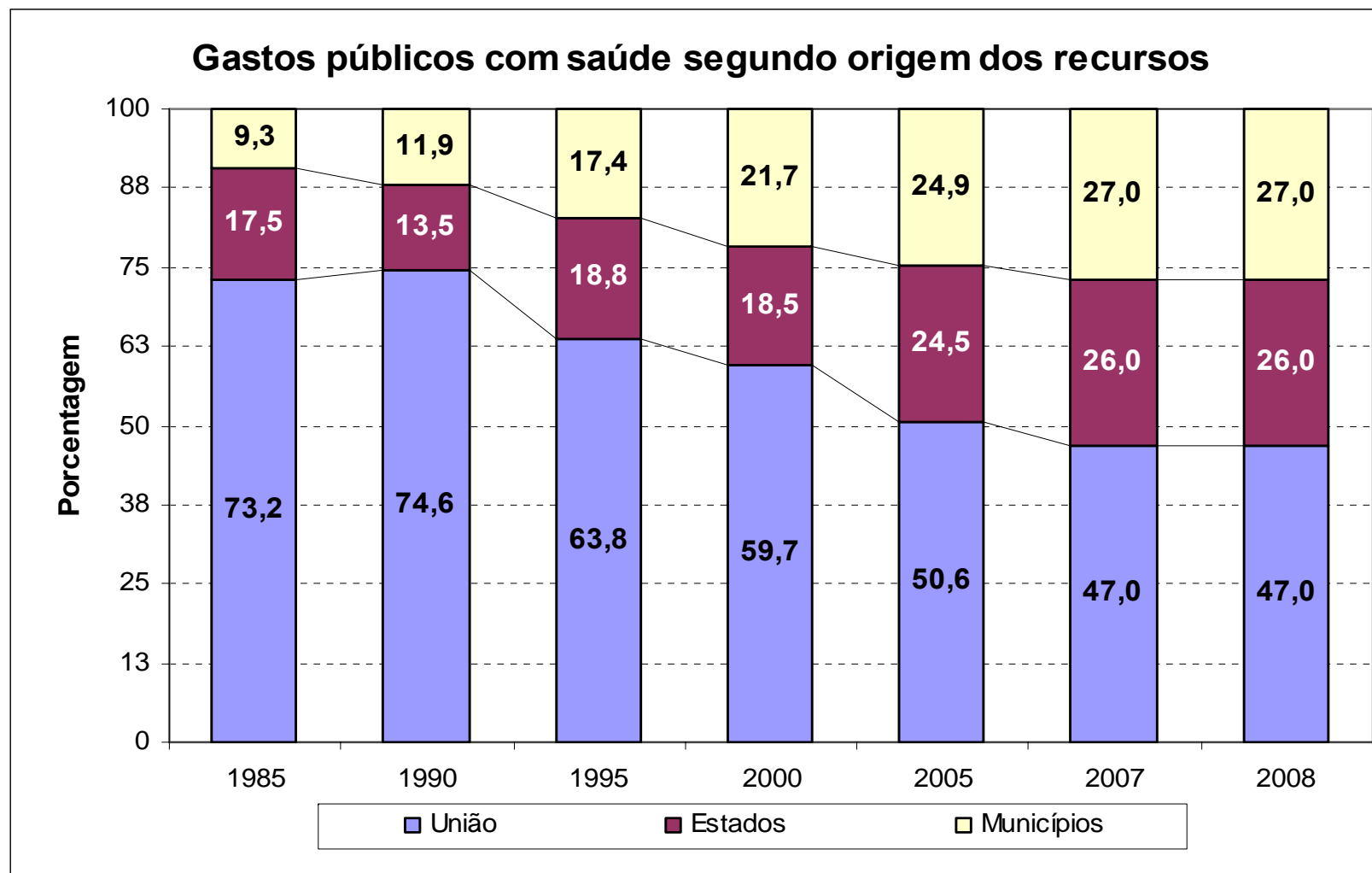
---

2007	2008	$\Delta$	$\Delta\%$
513,3	583,5	<b>70,2</b>	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 %
<b>PIB</b>	409,5	<b>146,3</b>
<b>Saúde e Saneamento</b>	298,4	<b>89,2</b>
<b>Assistência e Previdência</b>	543,4	<b>162,5</b>
<b>OGU despesa não financeira</b>	594,2	<b>177,6</b>

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	<b>46.664</b>	9.808
Odontológica	938	556	382
<b>Total</b>	<b>57.411</b>	<b>47.220</b>	<b>10.190</b>

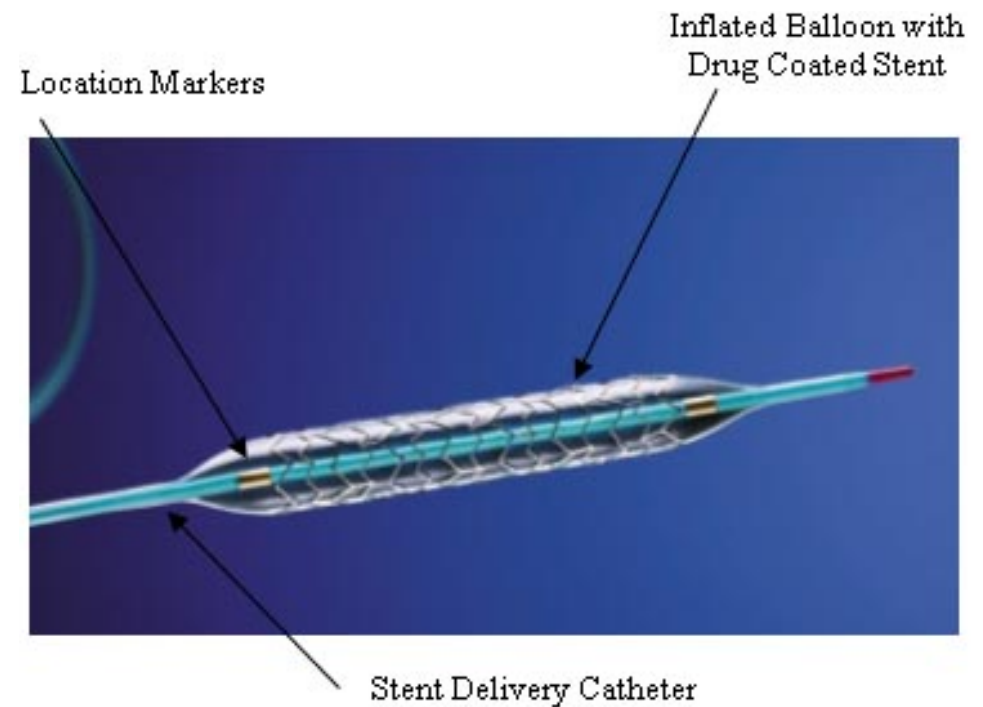
*R\$ bilhões*



# EVOLUÇÃO TECNOLÓGICA E CUSTOS

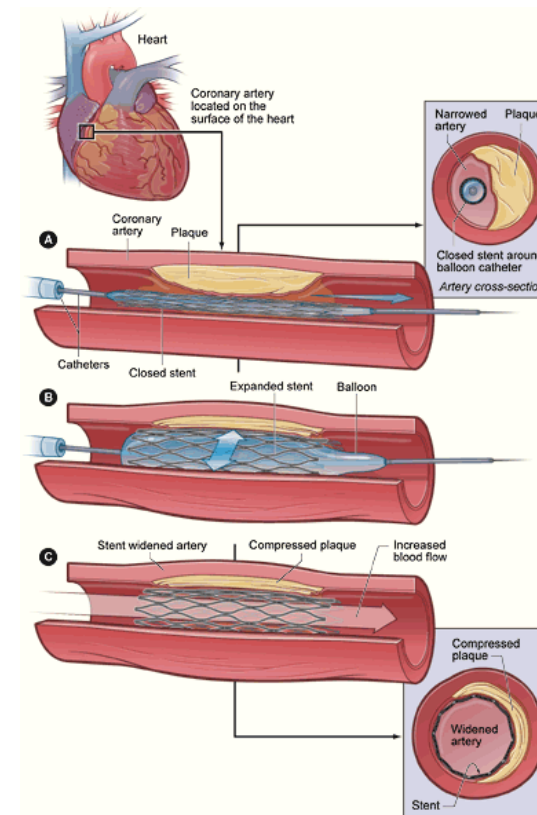
# Tecnologia coronária: do Bypass ao Stent

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.



# Do Bypass ao Stent

---

- 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

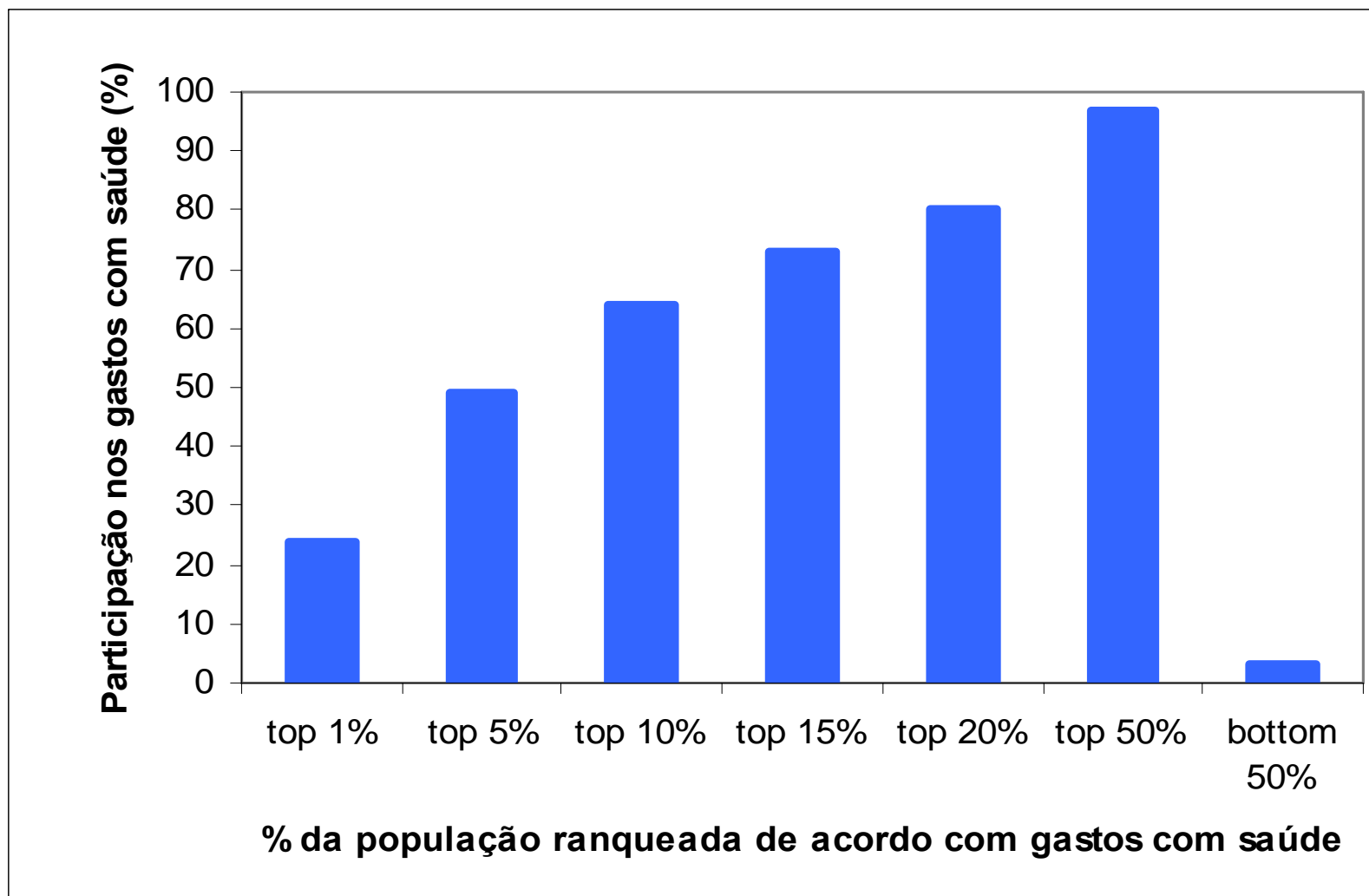
---

- 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**

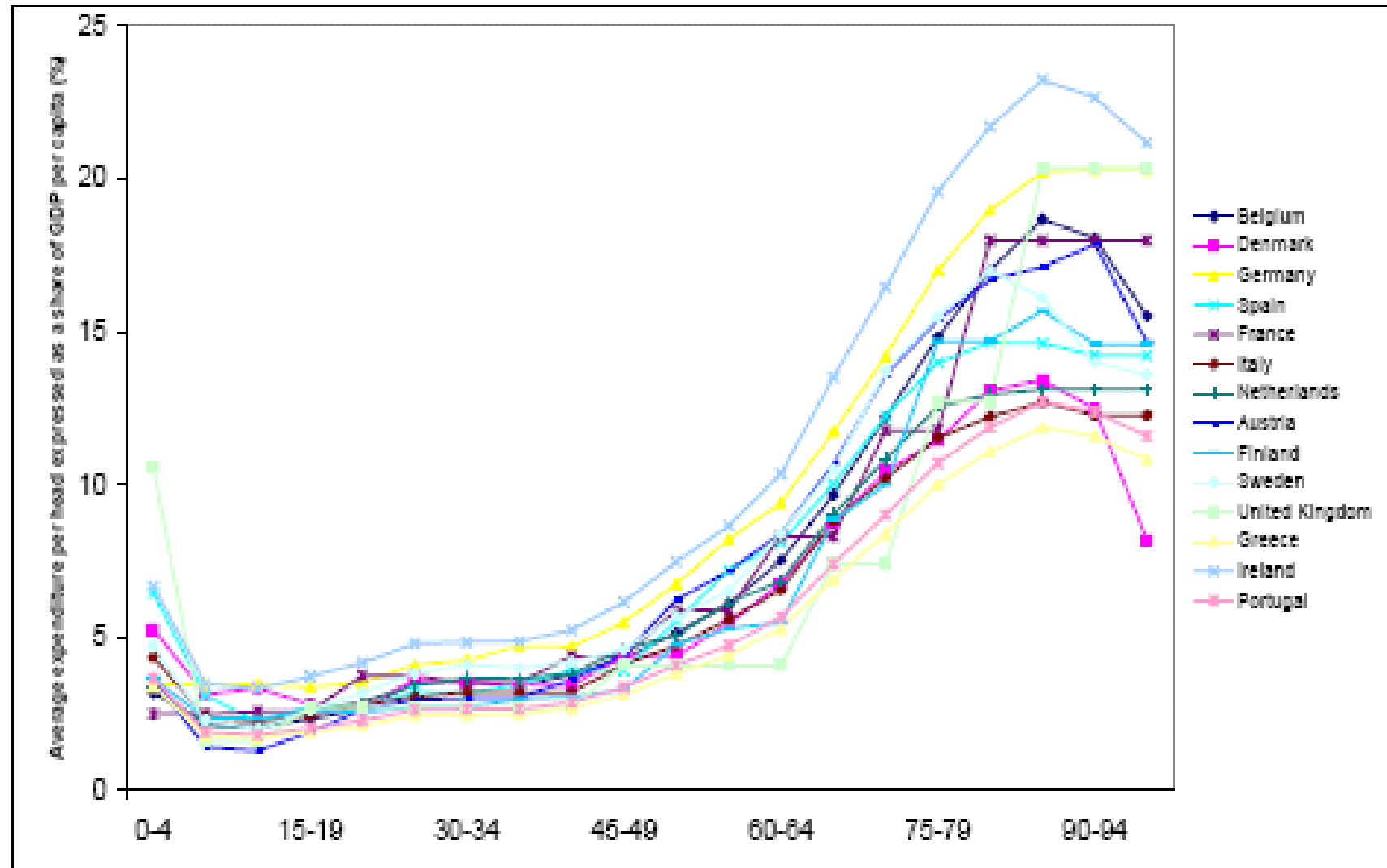
## Principais lacunas

---

- 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

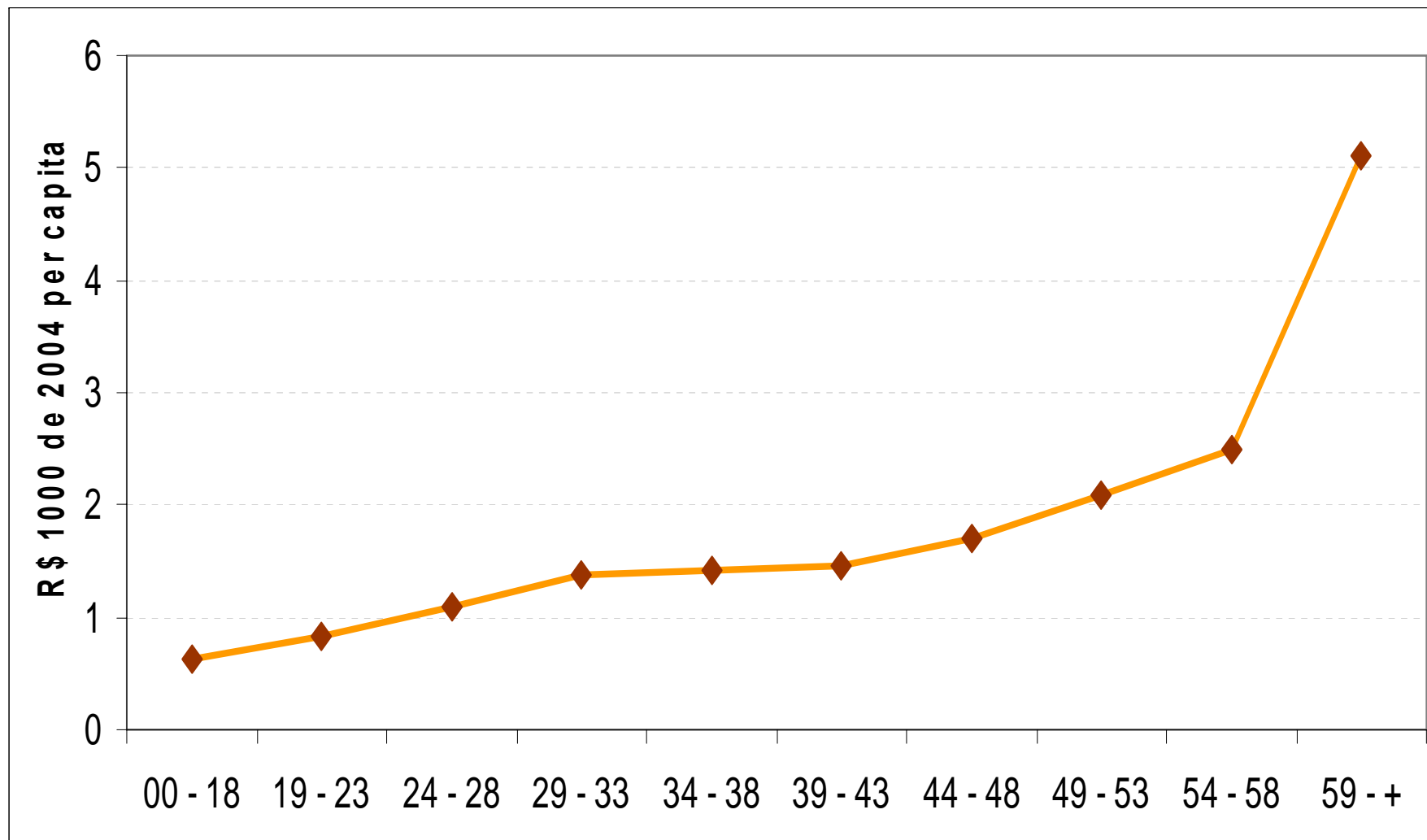
# RISCO POR FAIXA ETÁRIA e PRECIFICAÇÃO

# EU: Cuidados curativos - Perfil etário dos gastos



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

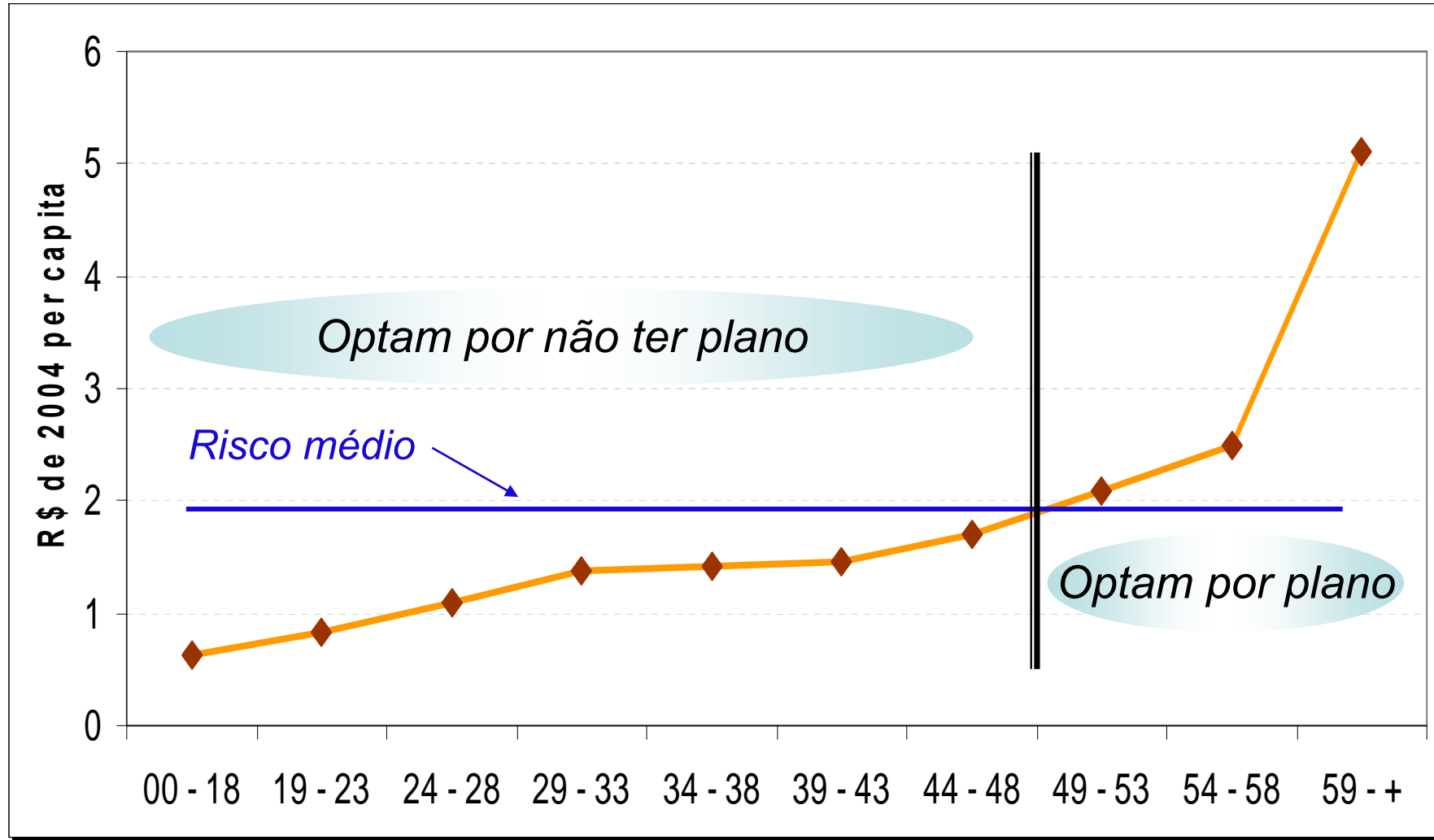
## Risco por faixa etária (7,5 milhões de planos)



## 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)

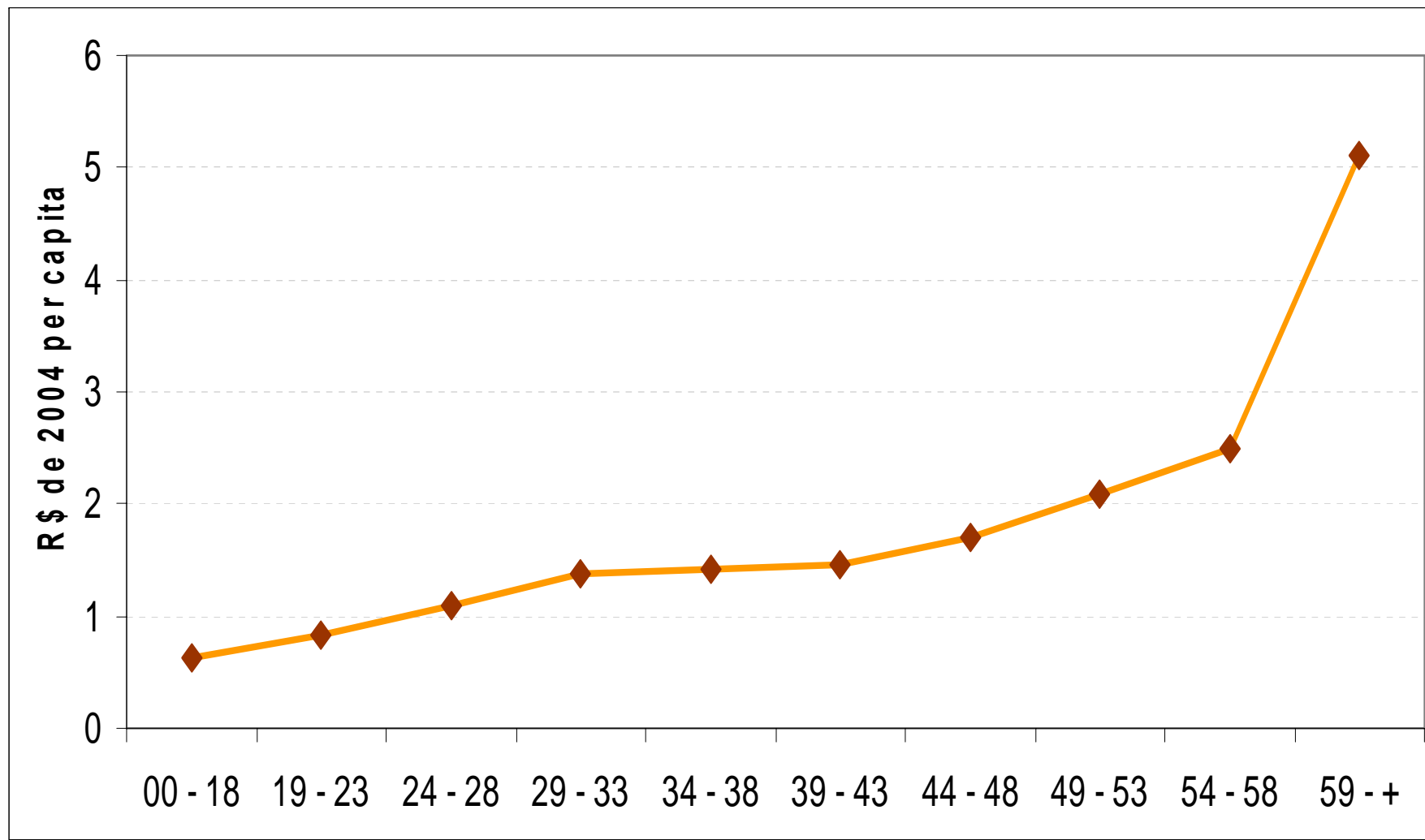


## Mutualismo x individualismo

- 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)



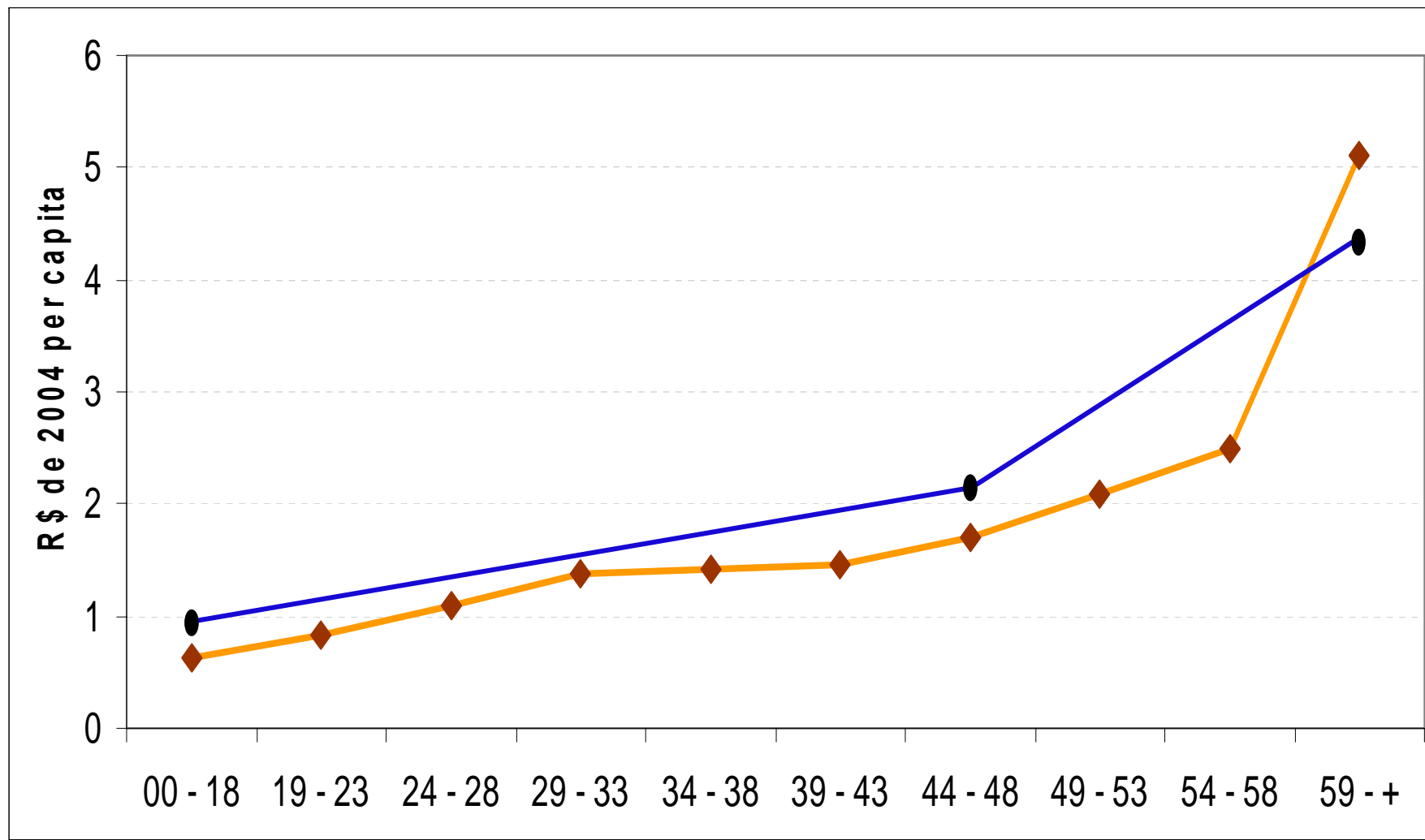
## Regulação de preço

---

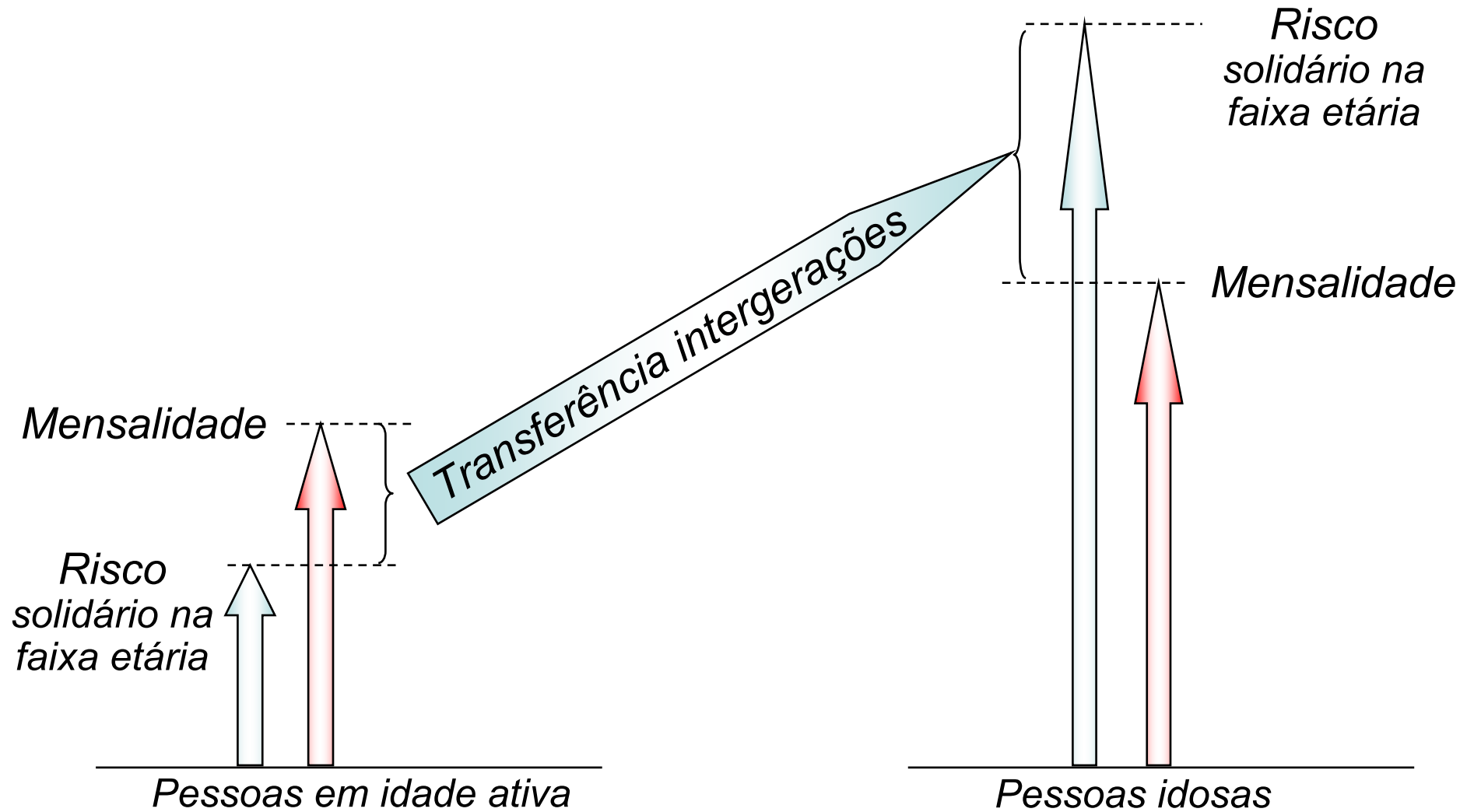
- Lei veda discriminar risco, exceto por idade
- Norma admite 10 faixas etárias:
  - Atual: 0-19, de 5 em 5, e mais de 59 anos
  - Antes: 7 faixas etárias até 70 anos
  - Antes de Lei: estabelecido em contrato
- Preço da última faixa  $\leq 6 \times$  preço da 1ª
- Variação % da 7ª para última  $\leq$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

[www.iess.org.br](http://www.iess.org.br)

55 11 3706.9747