



Relatório de Gestão

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO

Outubro, 2010

Relatório de Gestão

Terminar meu mandato na ANS após nela permanecer por seis anos e cinco meses (dois mandatos intercalados por um período de cinco meses de trâmite político administrativo de minha recondução) causa uma confusão de sentimentos. Alegria por ter terminado um período de grande aprendizado e intenso trabalho, tristeza pela perda da convivência diária com algumas pessoas que fizeram todo esse trabalho mais fácil e prazeroso.

Confesso hoje que aceitar o desafio de trabalhar na regulação do setor de saúde privada, chamada de suplementar, não foi natural nem corriqueiro.

Minha experiência profissional

Formei-me médico em 1985, fiz residência médica em Clínica Médica, e tornei-me Especialista em Terapia Intensiva por prova (AMIB 1994). Como médico intensivista, coordenei e fui responsável por diversos serviços em hospitais de médio e grande portes (Rotina do CTI do Hospital Naval Marcílio Dias, Chefe do CTI do Hospital de Clínicas de Niterói, Chefe do CTI do Hospital Mário Lione).

Complementei a minha formação pelo do MBA Executivo pela Coppead (UFRJ – 1999), obtendo o título de Especialista em Administração.

Posteriormente, fui Diretor de Hospitais e Rede de Hospitais (Hospital Mário Lione, Rede ESHO, Hospital Barra D'Or, Hospital Copa D'Or) e, finalmente, Consultor Técnico e de Gestão de Hospitais (Diretor da Gestal e Diretor da Phoenix).

Embora tendo sólida vivência na área de saúde do setor privado, tanto como médico como gestor de hospitais ou rede de hospitais, nunca me imaginei diretor de uma agência reguladora nesse setor!

Meu período na ANS iniciou-se em maio de 2004. Fui diretor de Normas e Habilitação de Operadoras (maio de 2004 a agosto de 2010), diretor interino da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (agosto de 2009 a novembro de 2009), diretor de Normas e Habilitação de Produtos (abril de 2010 a outubro de 2010) e diretor-presidente substituto (de abril de 2009 a outubro de 2010). Participei de 191 reuniões de Diretoria Colegiada, 26 reuniões da Câmara de Saúde Suplementar. Representei a ANS em 464 eventos no Brasil e fora dele. Propus a publicação de 40 Resoluções Normativas (RN) e 48 Instruções Normativas (IN).

Apresento, após essa breve introdução, a descrição de grande parte do que foi proposto e implementado nesse período. Reafirmo, através dos resultados alcançados, que a prática de valorizar a clareza e a firmeza de propósitos, a coerência das ações, a honestidade, o profundo respeito pelo bem público e pelo trato com as pessoas, a permanente insatisfação com o estado atual das coisas associado a uma intensa busca pelo diálogo e pelas oportunidades de melhoria no desempenho profissional funcionam tanto no ambiente privado quanto no público. Espero, com isso, contribuir para que a maniqueísta controvérsia que cerca a nomeação de profissionais oriundos do setor privado em cargos públicos seja substituída pela objetiva análise das competências, das realizações e da adequação dos futuros nomeados aos cargos, sem preconceitos, ranços ou dogmas.

Peço desculpas pelo fato de não apresentar este relatório no tradicional formato impresso, mas acredito que seria um gasto de dinheiro público desnecessário!

Uma Breve Visão do Sistema Privado de Saúde e da sua Regulação

A regulamentação do sistema privado de saúde feita em 1998 pela Lei nº 9.656 alterou fortemente o setor.

No final da década de 50, início da década de 60, o setor privado de saúde surge como uma alternativa assistencial, de melhor acesso e qualidade, que as ofertadas pela saúde pública. A época representa o processo de industrialização e urbanização promovidos pelo governo Juscelino Kubistcheck, no qual havia um enorme demanda por produtos a ser suprida pela nascedoura indústria nacional e uma imensa escassez de mão de obra qualificada. Doença dos funcionários ou de seus familiares representava perdas, muitas vezes irrecuperáveis na produção, uma vez que a pouca mão-de-obra qualificada não tinha substitutos.

As empresas recém-instaladas começam, então, a contratar empresas constituídas por médicos, em regime de pré-pagamento, a fim de prestar serviços de assistência à saúde a seus funcionários, na sua maioria consultas e exames básicos, como forma de evitar o absenteísmo e garantir a produção.

Com a progressão da industrialização, do processo de urbanização, do aumento da classe média observados nos anos 70, somados ao aumento da complexidade crescente dos cuidados médicos hospitalares, os planos de saúde deixam o chão de fábrica e migram para as classes média e alta. Surgem as cooperativas médicas (1967) e incorpora-se ao setor o conceito de proteção, com o início da comercialização de seguros de saúde. Esse conceito de seguro (gestão de recursos de terceiros para a garantia de cobertura de eventos futuros e incertos) traz a necessidade de uma regulação econômica prudencial, exercida somente sobre as seguradoras reguladas desde a década de 60 pela Susep.

O setor cresce nas décadas de 70 e 80, impulsionado inicialmente por vantagens fiscais a empresas que contratavam o benefício para seus funcionários, (benefícios fiscais extintos em 1984), pelo crescimento econômico (década de 70) e pela crise do sistema público (década de 80).

Com a promulgação da Constituição de 88, fica estabelecida a saúde como direito social, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante acesso universal, cobertura integral do sistema de saúde a todos os residentes no Brasil. Ao mesmo tempo, a Constituição estabelece, de forma pouco clara, que o setor saúde é livre à iniciativa privada. Essa participação é mais bem expressa na Lei nº 8.080/90, que determina a forma de como a prestação de serviços ao SUS pode ser feita pela iniciativa privada. Entretanto, o "outro sistema de saúde", financiado voluntariamente por indivíduos e empresas que pagam a operadoras de planos de saúde para ter acesso a uma rede assistencial predeterminada ou livre, que tem base econômica no sistema mutualista, que chega a contar (em números não oficiais) com 40 milhões de beneficiários é esquecido e somente regulado em 1998 pela Lei nº 9.656. Para regulamentá-la e fazê-la cumprir, o Estado brasileiro cria uma agência reguladora, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Importante ressaltar que anteriormente à Lei nº 9.656, a entrada em vigor, em 1991, do Código de Defesa do Consumidor já modifica de forma importante as relações do setor. Ao caracterizar a relação dos beneficiários com as operadoras como relação de consumo, traz estes para o patamar de consumidores, colocando-os ao abrigo do CDC, revendo e revogando várias cláusulas contratuais existentes.

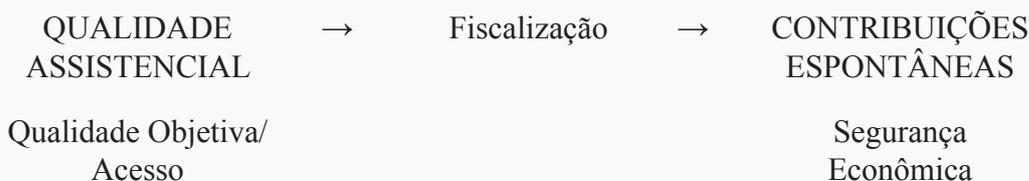
Mesmo antes de ser nomeado Diretor da ANS, tinha claro que o setor de planos privados de assistência à saúde se sustenta por dois pilares básicos:

O primeiro, assistencial – representado pela necessidade de prover os consumidores de acesso aos serviços de saúde de forma racional, conveniente e não restritiva. Uma vez garantido o acesso nessas bases, deve-se garantir um cuidado assistencial de qualidade superior ao sistema público. (Caso o acesso e a qualidade não sejam superiores ao sistema público, pagar para quê, mesmo?)

O segundo pilar prende-se à segurança econômico-financeira das operadoras. A função econômica das operadoras sempre foi o de assumir um risco assistencial que indivíduos e empresas não querem assumir. Em um sistema de saúde baseado em partição simples (mutualismo), com cobertura integral das doenças do CID 10, sem limites financeiros de cobertura, que funciona na sua imensa maioria em pré-pagamento, a constituição de Provisões Técnicas lastreadas por ativos líquido que mitiguem esse risco é fundamental!

Além desses pilares, também é fundamental que se fiscalize o setor para inibir e impedir práticas vedadas pela Lei.

Evolução da Regulação



Nesse meu período como diretor da ANS, tive o privilégio de responder pelos pilares econômico, financeiro e assistencial. Início a descrição de minha atuação no pilar de Segurança Econômico-Financeira, atribuição regimental da Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE), onde permaneci de maio de 2004 a agosto de 2010.

O pilar econômico-financeiro - a DIOPE

Permito-me, inicialmente, de forma reduzida e quase simplória, descrever a DIOPE.

A DIOPE é quase um misto de cartório e escritório de contabilidade. Ela tem a atribuição de analisar os aspectos documentais e econômico-financeiros das candidatas a operadoras (analisar pelas bases que ela mesma propõe), conceder a autorização para atuação no mercado regulado, analisar os demonstrativos econômicos e financeiros enviados periodicamente pelas operadoras de planos de saúde (Ops), apontar os eventuais desvios econômico-financeiros e exigir sua correção. Às operadoras nas quais esses desvios não sejam corrigidos, propor e executar regimes especiais de acompanhamento (as chamadas Direções Fiscais e Técnicas) e, quando nem com Regimes Especiais de acompanhamento as operadoras solucionam seus problemas, cabe à DIOPE propor e executar as Liquidações Extrajudiciais.

Nesse período, trabalhamos para garantir que somente as operadoras que demonstrassem capacidade econômico-financeira para cumprir suas obrigações assistenciais para com seus consumidores permanecessem em operação.

Para tanto, trabalhamos nos seguintes projetos: regulamentação da autorização de funcionamento, regulamentação das provisões técnicas e os ativos que as lastreiam, análise dos demonstrativos financeiros e econômicos, detecção precoce de problemas econômico-financeiros, celeridade na instalação e conclusão dos Regimes Especiais e Liquidações, construção de um modelo de Acreditação de operadoras e tornar a informação o mais pública e compreensível possível a todo o setor.

Regulamentação da Autorização de Funcionamento

O fato de a regulamentação da Saúde Suplementar acontecer cerca de 40 anos depois do mercado surgir gerou uma série de adaptações. Uma delas foi conferir a todas as possíveis operadoras um "registro provisório" para que operassem no setor. Em 2004, cinco anos já haviam passado e não nos parecia aceitável o setor continuar operando no "provisório". Foi estabelecido pela DIPRO e pela DIOPE a regulamentação das exigências contidas na Lei nº 9.656/98, na edição da RN nº 85, de dezembro de 2004, posteriormente modificada pela RN nº 100, de junho de 2005. As exigências documentais e de ordem econômico-financeira deram origem ao registro de operadoras (competência DIOPE), as de ordem assistencial expressas no Registro de Produtos (competência DIPRO). Após a concessão de ambos os registros, seria concedida a Autorização de Funcionamento (AF), acabando com o registro provisório das operadoras. As operadoras de planos de saúde que não solicitassem Autorização de Funcionamento ou não conseguissem comprovar sua regularidade documental, econômico-financeira e/ou assistencial teriam sua carteira de consumidores transferida compulsoriamente, seu registro provisório cancelado (no caso de ausência de dívidas com prestadores) ou entrar em processo de Liquidação Extrajudicial (no

caso de haver dívidas com prestadores),

A situação, ao final de cinco anos desse processo, é a que se segue:

Note-se que, apesar do extenso número de operadoras que ainda não conseguiram sua autorização de funcionamento por motivos documentais, econômico-financeiros (a maioria) ou relativos ao segmento nos quais operam (o segmento filantrópico tem problemas com o artigo 34 da Lei que obriga as operadoras a terem finalidade exclusiva de operação de planos de saúde em seus estatutos), a maioria dos consumidores está em operadoras que já conseguiram sua Autorização de Funcionamento.

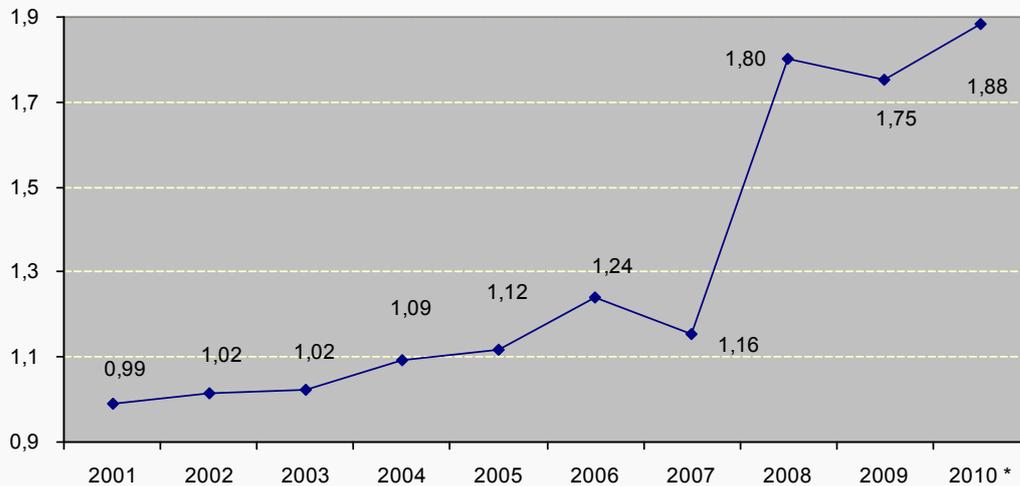
Acompanhamento Econômico-Financeiro

Nesse período, foi feito um amplo processo de aperfeiçoamento no acompanhamento econômico-financeiro. Além de um aprimoramento constante do plano de contas obrigatório para TODAS as operadoras (inclusive seguradoras, a partir de 2011), adequando as boas práticas contábeis vigentes que resultam em demonstrativos econômicos trimestrais (os Diops) com informações objetivas, com auditoria progressiva (exigíamos somente no balanço final do exercício, mas sinalizamos em 2009 que tal exigência seria para todos os Diops), com nenhuma tolerância para o não envio ou envio a destempo (que resultou em um sem-número de representações que deveriam resultar em multas e em um expressivo número de Regimes Especiais), criamos a obrigação do envio de um Fluxo de Caixa mensal pelas operadoras, como forma de anteciparmos suas dificuldades financeiras.

Essa política resultou em: maior disciplina no envio de dados (cerca de 900 operadoras em 1.000 enviam no prazo); maior confiabilidade dos dados; e em uma ação mais pró-ativa na correção dos desvios econômico-financeiros através de Planos de Recuperação e/ou da Instalação de Regimes Especiais.

Podemos, hoje, apresentar uma relevante melhoria na liquidez do setor, o que nos tranquiliza sistemicamente no curto prazo:

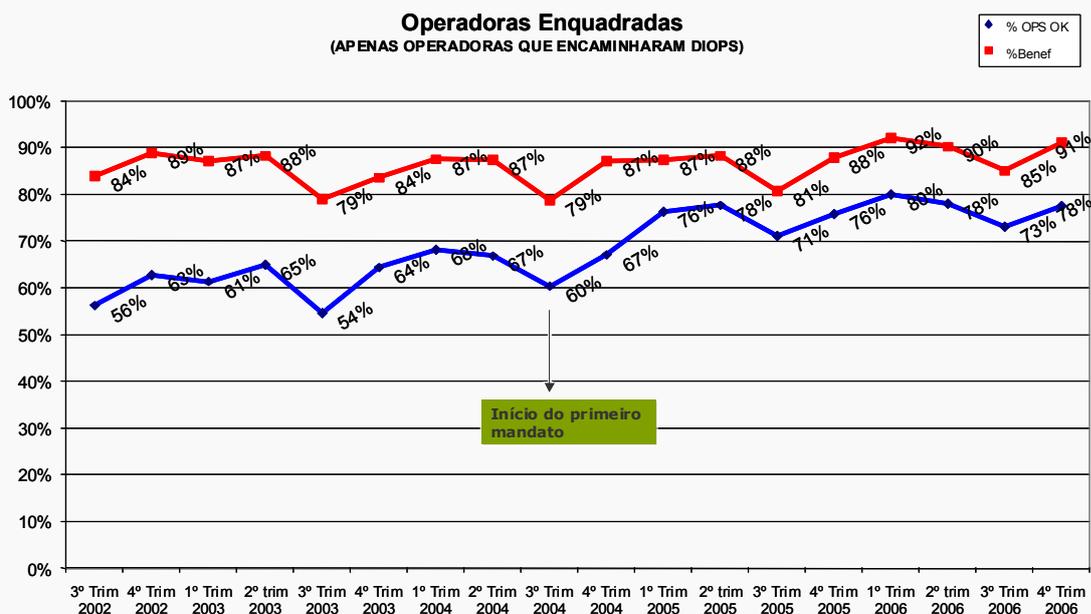
Evolução da Liquidez Corrente nas Operadoras



* Referente ao 2º trimestre de 2010

Em relação à constituição de provisões técnicas, essa maior disciplina melhorou a contabilização das provisões até então regulamentadas (somente Provisão de Risco para operadoras com Registro Provisório) a partir de 2005 e possibilitou a progressão da regulamentação das demais provisões (Peona, Dependência Operacional) e da vinculação dos ativos que as lastreiam.

Provisões Técnicas até 2006

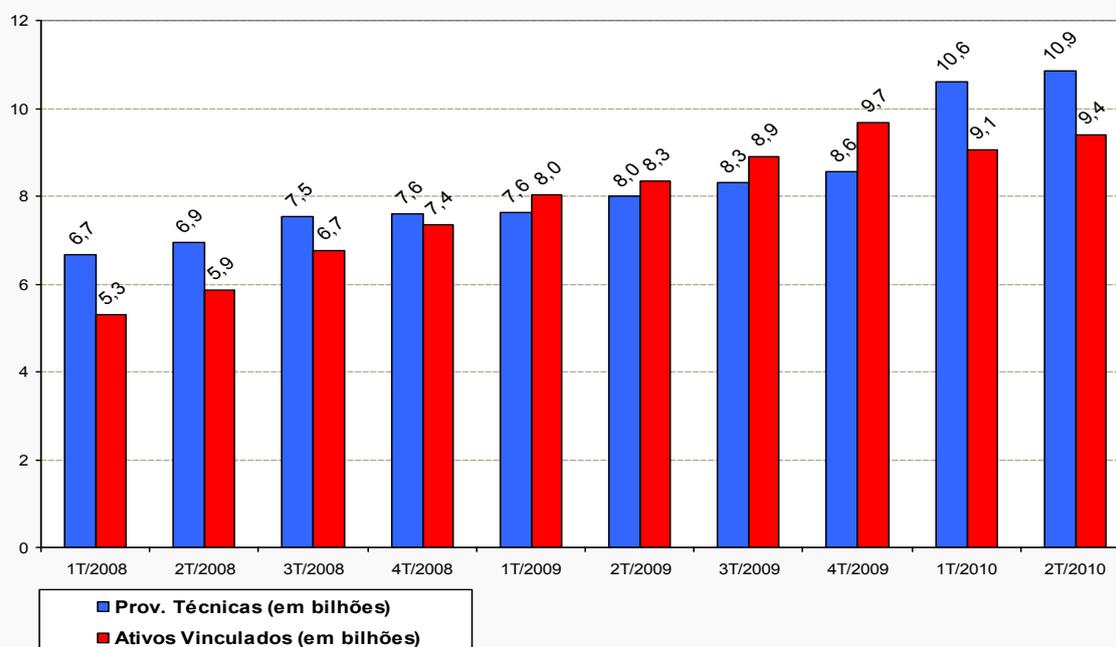


Em 2007, regulamentamos as Provisões Técnicas, propostas anteriormente somente para novas operadoras, a todas as operadoras de planos de saúde do mercado (com um período de transição de seis anos para a Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados); regulamentamos a vinculação e constituição dos Ativos Garantidores e as exigências financeiras adicionais - Patrimônio Mínimo Ajustado - capital mínimo necessário para início e manutenção da operação em planos de saúde - e Margem de Solvência - exigência adicional de patrimônio para garantia de assunção de maior risco - esta, de composição gradativa e transição de dez anos.

Em 2009, alteramos a contabilização das receitas das operadoras tornando desnecessária a Provisão de Risco, aumentando a liquidez daquelas que estivessem em dia com sua contabilização (mais de 90% do mercado), revertendo seus ativos para a constituição da Peona, garantindo um maior fôlego financeiro para o setor em um ano de crise, sem comprometer a segurança sistêmica.

Os resultados mostram uma progressiva melhoria de contabilização das provisões e, mais importante, uma vinculação de ativos da ordem de R\$ 9,4 bilhões de Reais (em ativos líquidos de boa qualidade). Importante ressaltar que o paradoxo antes existente na vinculação de ativos imobiliários de baixa liquidez (inclusive imóveis hospitalares de liquidez baixíssima ou inexistente) foi reduzido ao mínimo da diversificação permitida pelo CMN às seguradoras, que é de 8% das necessidades (antes chegava a 90%, no caso de imóveis hospitalares).

Constituição de Provisões Técnicas e Vinculação de Ativos Garantidores



Fonte: DIOPS XML, Centrais de Custódia e Bancos conveniados

Regimes Especiais e Liquidações

Desde o início de nosso mandato, procuramos aumentar a eficiência na instalação e acompanhamento dos Regimes Especiais de Acompanhamento e Liquidações.

Desde sua instalação até maio de 2004, a ANS, por intermédio da DIOPE, havia instaurado 106 Direções Fiscais (DF), 11 Direções Técnicas (DT), 25 Liquidações Extrajudiciais e 9 Falências haviam sido decretadas. Havia, então, 28 DF, 7 DT, 16 Liquidações Extrajudiciais em andamento.

Em agosto de 2010, concluímos 264 DF, 10 DT, 125 Liquidações Extrajudiciais e conseguimos a decretação de 52 Falências. Deixamos 143 DF, 4 DT e 76 Liquidações Extrajudiciais em andamento, mostrando um aprimoramento gerencial na condução e conclusão dos processos de Regimes Especiais e Liquidações, além de tornarem-se cada vez mais próximos da configuração pelo acompanhamento dos desvios econômico-financeiros, diminuindo em muito os processos arrastados e/ou postergados que tantos prejuízos causam para consumidores/prestadores e para o mercado como um todo.

Regimes Especiais

Regimes Iniciados

Regimes Especiais	até maio/2004	de maio/2004 à agosto/2010
Direções Fiscais (*)	106	264
Direções Técnicas	11	10
Liquidações Extrajudiciais	25	125
Falências Decretadas	9	52

(*) Não incluídas as Renovações

Regimes em Andamento

Regimes Especiais	Em andamento no início de maio/2004	Em andamento no final de agosto/2010
Direções Fiscais	28	143
Direções Técnicas	7	4
Liquidações Extrajudiciais	16	76
TOTAL	51	223

Assimetria de Informações

Especial relevância foi dada à publicização dos dados econômico-financeiros das ops. Procuramos dar o máximo de clareza e tornar esses dados compreensíveis à maioria dos profissionais que acompanham o setor. Editamos pela primeira vez, em 2005, o Anuário e o Atlas das Informações Econômico-Financeiras da Saúde Suplementar. O primeiro, com as informações contábeis de todas as operadoras que enviaram o Diops regularmente, acompanhados de indicadores contábeis clássicos. O segundo, com dados compilados por segmento, região e setor de atuação. Ambos constituíram-se em ferramenta fundamental para a análise do desempenho econômico-financeiro de cada operadora, comparada à sua região, seu segmento, seu porte e a todo o setor. Procuramos divulgar ao máximo essas informações em papel e em meio magnético, tendo a satisfação de hoje vermos esses dados disponíveis e utilizáveis no sítio da ANS.

Além desse esforço, participamos também da elaboração do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, construindo uma dimensão econômico-financeira com critérios simples, objetivos, baseados em critérios contábeis e financeiros clássicos que refletissem realmente, sem invenções ou subjetividades, o desempenho econômico-financeiro das operadoras.

Outros destaques

Muito poderia ainda ser dito sobre a atuação da DIOPE, mas para não me estender em demasia, gostaria de citar as seguintes:

Regulamentação das Autogestões – RN nº 137

Estímulo à adoção dos Programas de Promoção e Prevenção pelas operadoras – RN nº 94 (dilação de prazo para a compatibilização da Provisão de Risco), IN conjunta DIOPE/DIPRO que possibilita considerar os gastos com Programas de Promoção e Prevenção com investimentos.

Regulamentação dos Planos Coletivos – RN nº 195

Regulamentação das Administradoras de Benefícios – RN nº 196

O Pilar Assistencial – a DIPRO

Em abril de 2010, assumi interinamente a DIPRO e, em agosto de 2010, como diretor definitivo.

Permitir-me-ei descrever rapidamente minha visão da Diretoria quando a assumi: a DIPRO também tem seu lado cartorial (registro de produtos), uma parte que analisa a questão assistencial, mas sob o enfoque de induzir a práticas próprias de sistemas de saúde (programas de promoção de saúde e prevenção de doenças, linhas específicas de cuidados, incorporação tecnológica, atualização do rol de cobertura obrigatória, relacionamento com entidades médicas, MS) e outra que analisa as questões financeiras de produtos (Notas Técnicas Atuariais, concorrência, transferência de carteiras e reajustes).

A decisão, um tanto inusitada, de mudar de diretoria antes do término do mandato depreende-se dos seguintes fatos:

- por ser médico de formação, os assuntos assistenciais me atraem mais que os econômico-financeiros.
- o fato de a maioria dos atuais problemas do setor originar-se de contradições regulatórias ou anacrônicas ou por não regulamentação, na área de produtos.
- após um período de incentivo a práticas de um cuidado assistencial integrado através da incorporação de programas de promoção e prevenção, de linhas de cuidados especiais (idoso, criança, gestante, entre outros), faltava a DIPRO trabalhar na garantia daquilo que acredito seja o objetivo de todo consumidor que participa desse setor: ter garantido seu acesso, sob parâmetros razoáveis, e receber cuidados assistenciais de boa qualidade, medida em indicadores objetivos
- o profundo descasamento, evidenciado nos últimos seis anos entre o número de Regimes Especiais iniciados por motivo econômico-financeiro (264) em comparação aos iniciados por motivos assistenciais (10), dando a falsa impressão de uma normalidade assistencial em uma crise econômica
- a preocupação com a garantia de acesso à rede assistencial que seja suficiente quantitativa e qualitativamente, em um setor que apresenta um expressivo crescimento no número de consumidores nos últimos cinco anos (18,6% nos planos individuais e 38,33% no planos coletivos), sem um crescimento proporcional no número de prestadores (por exemplo, o número de leitos hospitalares privados, base CNES, reduziu-se em 2,76%)

Assim, decidi assumir a DIPRO, propondo como missão a ser realizada em seis meses:

“Rediscutir e regulamentar contradições e criar mecanismos de acompanhamento e intervenção em operadoras que demonstrem desvios assistenciais, devidamente comprovados, como meio de assegurar acesso e qualidade assistencial a seus consumidores, sem perder as expertises por ventura construídas.”

Após o estabelecimento e ampla discussão dessa missão em Planejamento Estratégico para seis meses, resolvemos discutir, regulamentar ou rever a regulamentação dos seguintes pontos:

- Registro de produtos;
- Suficiência de Rede;
- Mecanismos de Acompanhamento do Desempenho Assistencial;
- Tornar a proposição e acompanhamento dos Regimes Especiais por motivos assistenciais (DT), competência da DIPRO ;
- Mecanismos Intrínsecos de Regulação das ops;
- Cobertura Parcial Temporária nos Casos de Doença ou Lesão Pré-existente;
- Portabilidade de Carências;
- Atualização do Rol de Cobertura Obrigatória;
- Adaptação dos Planos anteriores à Lei nº 9.656;
- Modelo de Reajuste dos Planos Individuais Posteriores à Lei nº 9.656; e
- Os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656;

As medidas necessárias para enfrentar esses desafios iniciaram-se pela adequação da estrutura interna da DIPRO. Extinguimos a Gerência-Geral Técnico Assistencial de Produtos (que se encontrava desfalcada do gerente-geral e de um gerente). Essa gerência-geral, anteriormente responsável pela construção e eventual análise do Sistema de Informações de Produtos (SIP) , pela proposição e acompanhamento dos Programas de promoção e prevenção, pelas linhas especiais de cuidados, pela análise do estabelecimento das Coberturas Parciais Temporárias em Lesões ou Doenças Pré-existentes (área que contava com volumoso passivo a ser analisado, com atraso temporal na análise de cerca de dois anos), estudos para atualização do Rol de Cobertura Obrigatória , respostas a eventuais dúvidas do rol, análise das Diretrizes de Utilização produzidas através de convênio com a AMB, produção de boletim sobre avaliação tecnológica; foi transformada em assessoria assistencial diretamente ligada ao diretor, mantendo a maior parte dos servidores e concentrando as atividades estratégicas e redirecionamos as operacionais (análise do SIP, análise das CPTs) que ocupavam a maior parte do tempo dos servidores e tinham acúmulo não justificado.

Criamos a Gerência-Geral de Regimes Especiais Assistenciais, que passou a ter a incumbência de analisar os eventuais desvios assistenciais evidenciados na GGEOP, solicitar e analisar planos de recuperação assistencial, propor e conduzir visitas e regimes especiais assistenciais (as DT); no nosso entender, fundamental para tornar a garantia de acesso e qualidade assistencial relevantes às operadoras.

O Registro de Produtos

A despeito de toda regulamentação de a saúde dita suplementar ter sua origem no produto de planos de saúde (origem na própria Lei que diz que é ops quem opera produto de plano de saúde) e do grande esforço feito pela ANS no registro de produtos, algumas contradições persistiram. Por exemplo, no registro de produtos estaduais exigia-se presença de rede em apenas 30% dos municípios de um Estado; em grupo de municípios exigia-se rede em apenas um de três; os critérios quantitativos eram subjetivos e sem qualquer base científica; os hospitais que ofereciam somente alguns de seus serviços às operadoras não tinham essa parcialidade de serviços explicitada, além do que a ANS somente analisava e controlava nos produtos a Rede Hospitalar. A Rede de Médicos e demais prestadores era apenas registrada por operadora, criando uma situação de desconhecimento da rede total de prestadores por produtos e causando inúmeras distorções na análise e um trabalho infrutífero dos servidores da DIPRO.

Modificamos o Registro de Produtos a partir da IN nº 28 (que modificava a IN nº 23) após discussão com representantes de operadoras dos diversos segmentos.

A partir da edição da IN nº 28, exigimos que as operadoras apresentem os critérios que julgam adequados na construção de suas redes no Registro de Produtos; associados a esses critérios quantitativos, estabelecemos a expectativa de tempo para atendimento em consultas, procedimentos e internações produto a produto pelas operadoras. Além disso, estabelecemos:

- a obrigatoriedade do reembolso dos custos dos diversos procedimentos em municípios nos quais a ops vende, mas não constitui rede;
- o conceito de que produto municipal abrange o município; grupo de municípios, os municípios abrangidos; estadual, todo o estado; grupos de estados, os estados abrangidos; e nacional, todos os estados da federação.

Paralelamente à IN nº 28, trabalhamos na reformulação do disposto na RN nº 100, a fim de garantir que TODA a rede assistencial (hospitalar e demais prestadores) esteja atrelada a cada produto e cobertura hospitalar expressa em sua totalidade e/ou parcialidade de forma explícita. Isso resultou em uma RN aprovada pela Diretoria Colegiada, aguardando apenas a análise da IN que necessitou de maior detalhamento sobre o nível e mecânica do reembolso para procedimentos eletivos quando não existir rede para procedimentos eletivos. Estabelecemos, na proposta a ser analisada, que as operadoras devem apresentar tabela de reembolso que poderá sofrer multiplicadores caso não sejam demonstrados pelas operadoras esforços na constituição de rede credenciada/referenciada nos locais em que exista mais de um prestador.

Novo Registro de Produtos

O registro de produtos é composto por quatro itens

- Características gerais;
- Instrumento jurídico;
- Nota Técnica Registro de Produto – NTRP;
- Rede assistencial.

A solicitação de registro de produtos é construída por meio do aplicativo RPS Operadora

A operadora insere os dados dos quatro itens nesse aplicativo e envia a solicitação eletronicamente à ANS.

Principais mudanças

- Registro via *web*, pelo sítio da ANS
 - » Descontinuação do aplicativo RPS Operadora.
- Rede Assistencial
 - » Detalhamento maior em relação à composição da rede credenciada e dos serviços contratados;
 - » Planejamento Assistencial do Produto parametrizado pela ANS.

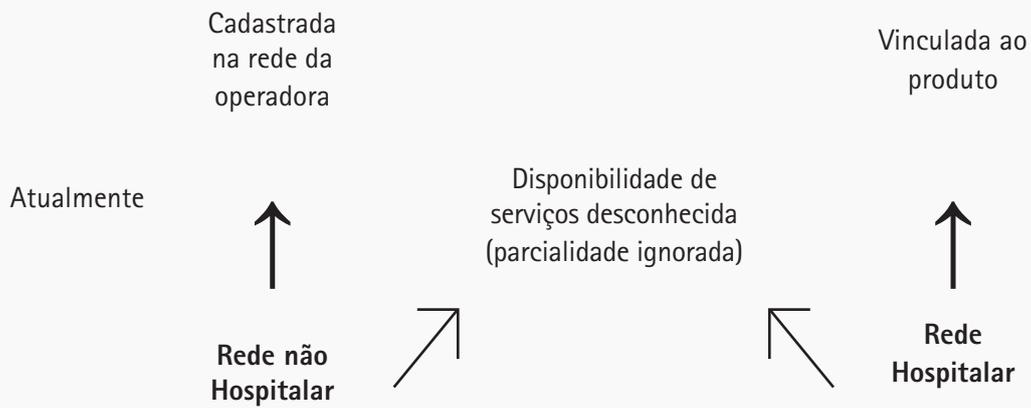
Registro via *WEB*

Descontinuação do aplicativo RPS Operadora

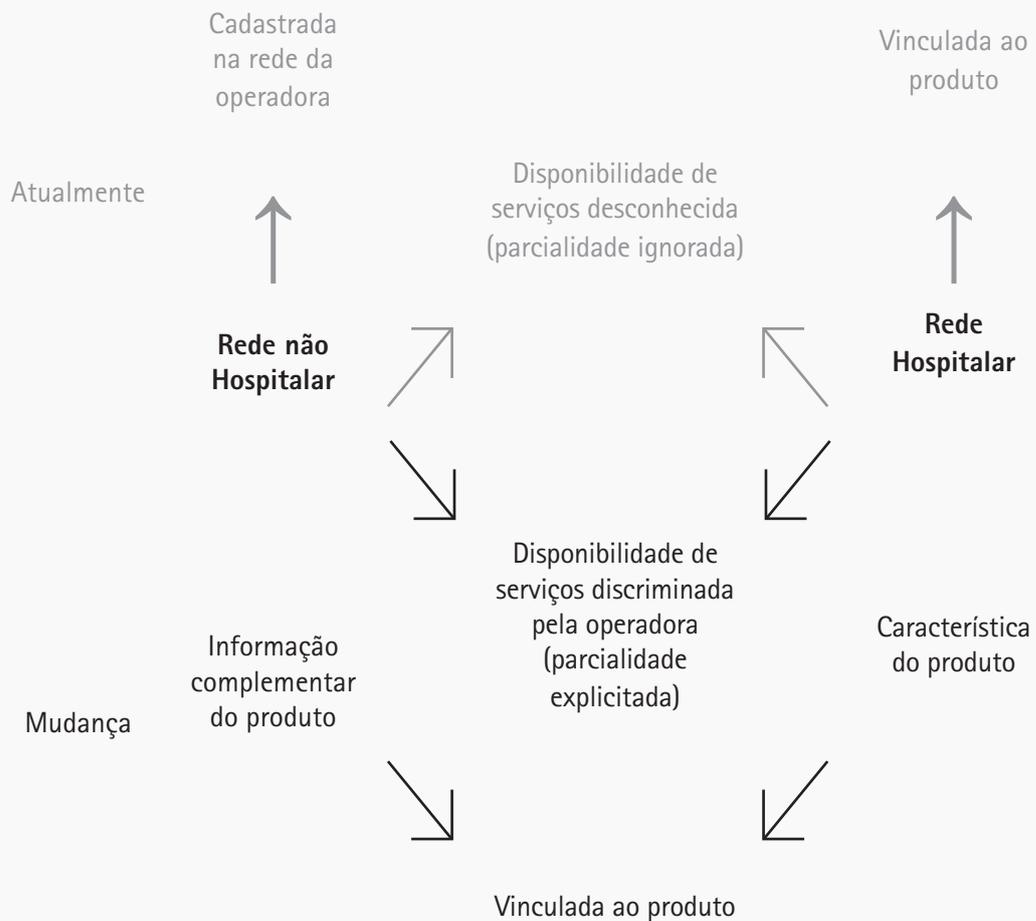
- A operadora construirá a solicitação de registro do produto em sistema informatizado baseado no sítio da ANS, direto;
- Não será mais necessário o carregamento (*download*) de aplicativos pela operadora, tampouco seu envio (*upload*) à ANS, via aplicativo específico.

Rede Assistencial

Detalhamento maior em relação à composição da rede credenciada e dos serviços contratados



Detalhamento maior em relação à composição da rede credenciada e dos serviços contratados



Suficiência de Rede / Mecanismos de Acompanhamento Assistencial

Assim que assumimos, fizemos uma pesquisa com todas as operadoras, solicitando-lhes que quantificassem o tempo máximo e razoável no atendimento das demandas assistenciais de seus consumidores. Esses tempos foram inseridos em minuta de norma e encaminhada para apreciação pela Diretoria Colegiada da Agência. A partir da entrada em vigor, essa expectativa de atendimento, caso não atendida, evidenciará um desvio assistencial, sujeitando-se a operadora a Adequação, Plano de Recuperação Assistencial, Visita Técnica ou Direção Técnica.

Paralelamente, modificamos o Sistema de Informação de Produtos (SIP), também após consulta e discussão com os representantes das operadoras, reduzindo sua mais de centena de indicadores a 20 indicadores médico-hospitalares e a 9 odontológicos, mas todos indicadores de grande sensibilidade quantitativa e qualitativa no que diz respeito à suficiência de rede e à prestação de assistência médico-hospitalar e odontológica de qualidade. Inserimos a exigência da auditoria dos dados do SIP e aumentamos sua periodicidade de três para seis meses (trocamos quantidade de dados por qualidade e consistência dos mesmos).

Rede Assistencial

Planejamento Assistencial do Produto parametrizado pela ANS

		Parâmetro		
		Tempo para Atendimento		Ajuste de rede
		Referência ANS	Operadora	
1.	Consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, cardiologia e ortopedia e traumatologia)	7 dias	__ dia(s) e __ hora(s)	__ profissional(is) / 1000 benef.
2.	Consulta nas demais especialidades médicas	14 dias	__ dia(s) e __ hora(s)	__ profissional(is) / 1000 benef.
3.	Consulta de Fonoaudiologia	10 dias	__ dia(s) e __ hora(s)	__ profissional(is) / 1000 benef.
4.	Consulta de Nutrição	10 dias	__ dia(s) e __ hora(s)	__ profissional(is) / 1000 benef.
5.	Consulta de Psicologia	10 dias	__ dia(s) e __ hora(s)	__ profissional(is) / 1000 benef.
6.	Sessão de Terapia ocupacional	10 dias	__ dia(s) e __ hora(s)	__ profissional(is) / 1000 benef.
7.	Sessão de Fisioterapia	10 dias	__ dia(s) e __ hora(s)	__ profissional(is) / 1000 benef.
8.	Serviços de diagnóstico por laboratório clínico	3 dias	__ dia(s) e __ hora(s)	__ serviço(s) / 1000 benef.
9.	Serviços de diagnóstico por imagem	10 dias	__ dia(s) e __ hora(s)	__ serviço(s) / 1000 benef.
10.	Procedimentos de alta complexidade	21 dias	__ dia(s) e __ hora(s)	__ serviço(s) / 1000 benef.
11.	Internações eletivas	21 dias	__ dia(s) e __ hora(s)	__ leito(s) / 1000 benef.
12.	Urgência e Emergência 24h	imediatos		__ serviço(s) / 1000 benef.
13.	Consulta de Odontologia	7 dias	__ dia(s) e __ hora(s)	__ profissional(is) / 1000 benef.

O acompanhamento dessas questões assistenciais foi trazido para a GGEOP através da Gerência de Operação de Rede Assistencial.

Regimes Especiais por motivos Assistenciais

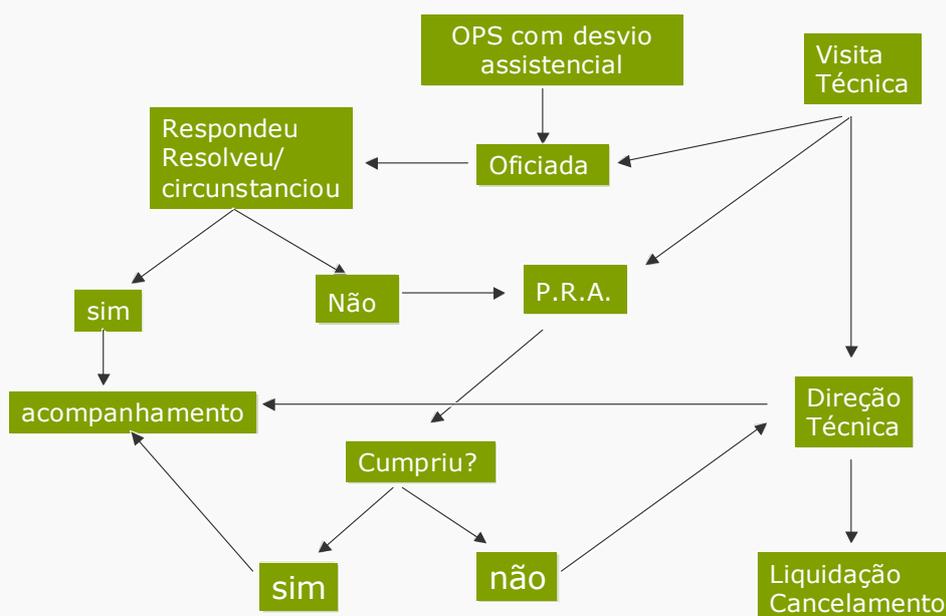
Modificamos o Regimento Interno, trazendo a competência da proposição e acompanhamento dos Regimes Especiais por motivos assistenciais, da DIOPE para a DIPRO.

Regulamentação das ações DIPRO na evidência de Problemas Assistenciais

Foi proposta uma RN regulamentando as ações da ANS quando houver evidência de desvio assistencial através do SIP ou de qualquer outro banco de dados proveniente da ANS. As operadoras terão a oportunidade de circunstanciar seu momento e os desvios apresentados. Caso as justificativas não sejam suficientes, serão instadas a apresentar um Plano de Recuperação Assistencial (PRA) que, se rejeitado, ocasionará a decretação de Regime Especial Assistencial (DT). Este regime, caso não logre êxito, poderá determinar a transferência compulsória de carteira com o consequente cancelamento do registro de operadora de plano de saúde ou Liquidação Extrajudicial, conforme o caso.

As Visitas Técnicas realizadas a partir de critérios aleatórios e propositivos poderão recomendar a apresentação de PRA ou recomendar o Regime Especial de Direção Técnica, conforme a gravidade do problema encontrado.

Direção Técnica



Câmaras Técnicas

Foram abertas três Câmaras Técnicas para discussão de regulamentação ou alteração da regulamentação existente nas seguintes questões:

- Portabilidade de Carências;
- Regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656; e
- Metodologia de Reajuste dos Planos Individuais posteriores à Lei nº 9.656;

Portabilidade de Carências

A partir do observado após a regulamentação da portabilidade de carências, em 2009, a ANS decidiu discutir o assunto a fim de propor medidas que aperfeiçoem esse instrumento concorrencial, tornando-o mais conveniente aos consumidores da saúde suplementar.

As seguintes modificações foram propostas após três discussões em Câmara Técnica e o resultado colocado em Consulta Pública:

- Final da exigência de compatibilidade geográfica para exercício da portabilidade;
- Aumento da janela de tempo para exercício da portabilidade de 2 para 4 meses;
- Diminuição do prazo mínimo de 2 para 1 ano na segunda portabilidade;
- Exigência do número do produto na carteira de identificação do consumidor; e
- Criação da Portabilidade Especial. Especial porque pode ser exercida a qualquer tempo e somente por determinação expressa da Diretoria Colegiada da ANS em operadoras de planos de saúde que, em processo de Direção Fiscal, não consigam transferir sua carteira de consumidores;

Regulamentação dos Artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656.

Os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656 estabelecem a trabalhadores que contribuam de forma fixa, mensalmente, com o benefício do plano de saúde, o direito de poder continuar tendo acesso à contratação coletiva por determinado período (seis a vinte e quatro meses, dependendo do prazo de contribuição, nos demitidos, e permanente nos aposentados com mais de dez anos de contribuição). Essas discussões consumiram quatro sessões de uma Câmara Técnica e a proposta apresentada pela ANS se prende a estes aspectos:

- Pretendemos regular o direito de trabalhadores demitidos e aposentados de permanecerem com acesso à contratação coletiva;
- A regulamentação da ANS é exercida única e exclusivamente sobre operadoras de planos de saúde e não sobre empresas contratantes do benefício do plano de saúde;
- Estabelecemos que, ao comercializar/disponibilizar plano de saúde, a operadora deverá contemplar soluções no mesmo produto ou em produtos diferentes para ativos e inativos;
- A opção de contratar no mesmo produto ou em produtos diferentes é da empresa contratante;
- No caso de contratar produtos diferentes, é obrigatório o oferecimento aos inativos de produto de mesma cobertura, rede e acomodações. É facultado, no entanto, a contratação de produto de cobertura e acomodações reduzidas a critério dos inativos;
- O contratante do Plano de Inativos poderá ser, a critério da empresa contratante, a própria empresa, uma associação de ex-funcionários ou o sindicato dos empregados;
- Em caso de mudança de operadora no plano dos ativos, o dos inativos muda automaticamente, independentemente do estipulante;
- A critério da empresa contratante, poderá ser estabelecido subsídio direto, subsídio cruzado ou não existir nenhum subsídio no plano dos inativos. (Subsídio direto: subsídio da empresa direto no produto dos inativos; subsídio cruzado: ativos e inativos no mesmo produto);
- Os produtos coletivos deverão explicitar as variações de custo por faixa etária, mesmo que não a pratiquem. Essas variações serão necessariamente seguidas nos produtos para inativos; e
- Os produtos para inativos de cada operadora, independentemente do estipulante, serão tratados como uma carteira única no que diz respeito à Variação do Custo Médico Hospitalar (VCMH) e reajustes. A contabilização dessas carteiras será feita em separado a fim de facilitar o controle.

Com isso, acreditamos garantir o direito explícito na lei, não penalizando as empresas contratantes, estimulando a construção de produtos autossustentáveis, aumentando o *pool* de risco e deixando clara a variação por faixa etária, além de mantermos em poder da ANS a possibilidade de checar reajustes com a variação de custos dessas carteiras.

A RN que regulamenta essas propostas foi enviada à Procuradoria Geral e, após análise, será submetida à aprovação da Diretoria Colegiada para então ser levada a consulta pública.

Metodologia de Reajuste dos Planos Individuais Posteriores à Lei nº 9.656

Encontra-se na quarta sessão de Câmara Técnica, ainda sem consenso se continuamos as discussões ou focamos em um Grupo Técnico no aperfeiçoamento do modelo existente.

Além dos temas já mencionados, nos propusemos a alterar/aperfeiçoar a regulamentação dos seguintes pontos que deverão passar por consulta pública:

Adaptação dos Produtos Anteriores à Lei nº 9.656

Por força da Lei nº 9.656, a ANS tem a obrigação de incentivar os consumidores a adaptarem seus produtos às coberturas da Lei. Importante ressaltar que quaisquer variações de custo impostas ao consumidor deverão se prender única e exclusivamente ao custo das novas coberturas.

Importante ressaltar que a adaptação não suprime nenhum dos direitos ou coberturas existentes no contrato, somente agrega as coberturas expressas na Lei nº 9.656.

Assim sendo, dividimos o mundo de cerca de sete milhões de contratos anteriores à lei em:

- Contratos coletivos que preveem renovação periódica (SAP) considerados novados à legislação em vigor, tendo até a data do próximo reajuste a possibilidade de ops e contratante estabelecerem alterações de custo que contemplem as inclusões de cobertura expressas na Lei nº 9.656;
- Contratos coletivos de duração ilimitada poderão ser adaptados dentro dos limites de custo propostos. De qualquer forma, fica vedada a inclusão de novos consumidores, salvo novo cônjuge ou filho(a).
- Contratos Individuais deverão propor adaptação aos seus consumidores com o limite de acréscimo de 29,45%. Esse valor é a média das diferenças de custo entre contratos anteriores e posteriores à lei.

Cobertura Parciais Temporárias em Doenças ou Lesões Pré-existentes

Encontra-se para apreciação da Diretoria Colegiada, a RN que regulamenta o estabelecimento de CPT.

Ela somente poderá ser estabelecida no momento da compra/adesão ao benefício Plano de Saúde. A operadora poderá, de posse da declaração de saúde do consumidor (que será padronizada):

- Não estabelecer CPT;
- Solicitar entrevista qualificada ou perícia médica (ambas sem custo para o consumidor).

Após essas, o estabelecimento de CPT deverá ser feito de forma clara e inequívoca ao consumidor em relação ao diagnóstico estabelecido. Pendendo-se a CPT unicamente a procedimentos diagnósticos, terapêuticos de alta complexidade (referência rol de procedimentos) e internações em leitos de alta complexidade ; que tenham como causa o diagnóstico apontado por ocasião do estabelecimento da CPT.

Os casos de omissão ou de preenchimento inadequado da declaração de saúde deverão ser arguidos como fraude em foro competente; após a comprovação de fraude, sujeita-se o consumidor ao rompimento unilateral do contrato pela operadora de plano de saúde.

Discussão da atualização do Rol de Cobertura Obrigatória

Como previsto na RN nº 197, que atualizou o ROL de cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde, essa atualização passa a ser bienal. Assim, a próxima atualização deverá entrar em vigor em 2012, uma vez que tivemos a última atualização em 2010. Estabelecemos a estratégia de antecipar a discussão de forma a termos uma resolução colocada em consulta pública em março de 2011 e publicada em maio de 2011, entrando em vigor para os produtos existentes em janeiro de 2011. Teríamos, assim, a possibilidade de ter os novos produtos vendidos a partir de maio de 2011 com a cobertura do novo rol de procedimentos e a possibilidade de medir os impactos do novo rol, comparando as variações de custos de produtos novos com cobertura do novo rol e produtos existentes sem essas novas coberturas no período de maio a dezembro (8 meses), possibilitando medir os possíveis impactos do novo rol e a real necessidade de financiamento dos mesmos.

Conclusão e Agradecimentos

Gostaria, antes de concluir, de agradecer:

A Deus, pela vida, pela saúde e pelos amigos;

A meus pais, pela minha formação, pelo carinho e, até hoje, pela proteção;

A Júlia, Thomaz e Tereza, pela certeza de que o mundo pode e vai ser melhor;

Aos amigos, por simplesmente existirem;

Ao Presidente Lula, pela renovada confiança, a que espero ter correspondido;

Aos ministros Humberto Costa e José Gomes Temporão, pela gentileza e confiança das indicações;

A todos os membros da Câmara de Saúde Suplementar, à Imprensa, aos representantes do Legislativo, Judiciário e das entidades de defesa do consumidor, que me mostraram que a regulação somente tem sentido se convergir nos desejos da sociedade;

Aos meus colegas de diretoria, Fausto Pereira dos Santos, Leoncio Feitosa, Maria Stella Gregori, Gilson Caleman, Eduardo Sales, Hésio Cordeiro, Mauricio Ceschin e Leandro Reis Tavares, pela convivência e pela oportunidade de concordar e discordar;

A todos os diretores-adjuntos, companheiros dessa jornada: Walter de Oliveira Cesar, Luciana Silveira, Bruno Sobral, Leandro Fonseca, Fabio Fassini; meu muito obrigado pela "auxílio luxuoso" sem o qual muito pouco seria feito;

A todos os gerentes-gerais, gerentes, assessores e coordenadores da DIOPE e da DIPRO. Suas nomeações e performances engrandecem meu currículo;

À Procuradoria, representada por sua chefe, Sra. Lucila Rocha, pela colaboração no que foi feito e pela proteção no que não deveria ser feito;

A todos os servidores da ANS, em especial aos da DIOPE e da DIPRO, agradeço a dedicação, o comprometimento e perdoem alguma impertinência;

À equipe da Comunicação da ANS, especialmente Isabella, Vanessa e Drumond, que mostram que em regulação, a efetiva comunicação é tudo!

À Lourdinha, um "anjo da guarda" nesses seis anos;

A Cirene e Denise, meus “anjos da guarda” de uma vida inteira!

Termino, assim, meu período na ANS.

Acredito ter contribuído na melhoria da regulação de um setor tão importante e relevante para a sociedade, mas deixado sistematicamente de lado na discussão da saúde no Brasil, especialmente na maior segurança econômico-financeira mostrada pelos indicadores e em uma maior disponibilidade de informação relevante que o setor hoje apresenta.

Tenho a certeza de que a regulamentação continuará caminhando para que as questões mais relevantes, as assistenciais, em especial o acesso e a qualidade assistencial sejam cada vez mais mensuráveis e próximas aos desejos desse mais de 55 milhões de consumidores que enxergam um VALOR nesse setor, que justifica o pagamento mensal como forma de manter acesso a um sistema de saúde privado, mesmo em um país que tem um sistema de saúde público universal.

Reitero minha certeza de que a regulação desse setor feita por uma agência reguladora com independência administrativa e financeira, ligada ao Ministério da Saúde por um contrato de gestão e por conceitos comuns à saúde do país, sem outras interferências, pode ser a melhor forma de responder aos anseios da sociedade na construção de um sistema de saúde mais justo e mais conveniente para a população.

A título de despedida, tomo emprestadas as palavras de Steve Jobs, Fundador e CEO da Apple em seu discurso de saudação aos formandos da Universidade de Stanford, em 2004. Jobs encerra seu discurso, contando que na década de 60 existia na Califórnia uma publicação, “*The Whole Earth Catalogue*”, considerada uma Bíblia do conhecimento pelas mais brilhantes mentes daquele tempo (Jobs inclusive). Era uma espécie de Google, dezenas de anos antes de o Google existir.

Nos anos 1970, cumprindo o ciclo da vida (assim como eu cumpro o meu na ANS), a publicação chega ao fim. Na última página de sua última edição, se vê uma estrada rural emoldurada por um sol da manhã, um verdadeiro convite a viagens para almas inquietas e aventureiras, e uma frase: *Stay hungry, stay foolish!* Numa tradução para lá de liberal: permaneçam famintos (por informações, por inovações, pelo aprimoramentos da regulamentação, por um sistema de saúde melhor!) e permaneçam acreditando (que vai ser possível, que vai dar certo, mesmo com tudo contra!)

Boa Sorte e Sucesso a todos nós!

Alfredo Luiz de Almeida Cardoso

NÚCLEOS DA ANS

BAHIA

CEARÁ

DISTRITO FEDERAL

MATO GROSSO

MINAS GERAIS

PARÁ

PARANÁ

PERNAMBUCO

RIBEIRÃO PRETO

RIO DE JANEIRO

RIO GRANDE DO SUL

SÃO PAULO