



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria de Acompanhamento Econômico**

**Parecer Analítico sobre Regras Regulatórias nº 07 COGIR/SEAE/MF**

Brasília, 04 de março de 2011.

**Assunto:** Contribuição à Consulta Pública nº 37 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

---

A Coordenação Geral de Indústrias de Redes e Sistema Financeiro, da Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda, apresenta parecer analítico sobre a proposta de implementação de normas para garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, que é objeto da Consulta Pública nº 37 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**I – Introdução**

A ANS deu início em 03 de fevereiro de 2011 à Consulta Pública nº 37, que trata da proposta de implementação de normas para garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, de acordo com o que está estabelecido pelo inciso I do art. 1º da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998.

A proposta de implementação de garantias é inovadora dentro do normativo da agência. Seu objetivo principal é garantir que o beneficiário o acesso aos serviços e procedimentos definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS para

atendimento integral das coberturas previstas na Lei nº 9.656/1998. Assim, a proposta de resolução normativa estabelece que:

- 1) O beneficiário tem acesso ao atendimento solicitado na localidade onde demandar, sem ônus adicional ao contratante e dentro de um tempo definido pela ANS;
- 2) Na ausência de prestador de serviço credenciado para o atendimento solicitado, a operadora deve autorizar que o beneficiário tenha acesso a recurso ou ao serviço em estabelecimento não cadastrado em seu plano de saúde sem ônus adicional e dentro de um tempo definido pela ANS;
- 3) Caso não seja possível garantir o atendimento solicitado na rede autorizada e nem em estabelecimento não cadastrado, a operadora deve oferecer transporte ao beneficiário até o seu prestador de serviço credenciado, sem ônus adicional ao contratante e dentro de um tempo definido pela ANS;
- 4) Se a operadora falhar em prover o serviço por meio das formas definidas, deve ser realizado o reembolso integral das despesas comportadas pelo beneficiário para receber o atendimento contratado junto à operadora.

## **II – Da Análise**

### **II.1 Identificação do Problema, Objetivo da Proposta e Agentes Impactados**

A ANS identificou, por meio das denúncias recebidas pela própria agência, que as operadoras de planos de saúde estão falhando em conformar sua rede credenciada de acordo com a demanda gerada pelos seus usuários.

A inexistência dessas regras implica não apenas na demora para o beneficiário ter acesso à rede credenciada, mas também na necessidade de se deslocar ou, ainda, de pagar para ser atendido por um prestador de serviço não-credenciado.

Portanto, o objetivo da proposta é evitar que o beneficiário seja lesado pela falha da operadora em administrar a sua rede credenciada, estimulando não apenas a contratação de prestadores de serviços na sua área de atuação mas também o correto dimensionamento da rede.

Os principais agentes impactados pela proposta são as operadoras, que passarão a ter que observar prazos para garantir o atendimento integral das coberturas dos serviços e procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS. A não observância desses prazos acarretará custos às operadoras, mais elevados, para cobrir o pagamento de procedimentos realizados fora da sua rede credenciada, na área de abrangência geográfica do plano. Além disso, a operadora também estará sujeita a sanções administrativas.

Os beneficiários dos planos e os prestadores de serviço também serão impactados pela medida, mas de maneira indireta.

## **II.2 Análise Concorrencial**

No que tange aos aspectos concorrenciais, entende-se que determinada norma tem potencial de desestabilizar o ambiente competitivo quando seus efeitos recaem em ao menos uma das seguintes hipóteses:<sup>1</sup>

(A) Limite o número ou a variedade de ofertantes – esta hipótese é provável no caso de a norma ou o projeto de regulamentação:

- Conceder direitos exclusivos a um único fornecedor de bens ou serviços;
- Estabelecer regimes de licenças, permissões ou autorizações como requisitos de funcionamento;
- Limitar a alguns tipos de fornecedores a capacidade para a prestação de bens ou serviços;
- Aumentar significativamente os custos de entrada ou saída no mercado; ou
- Criar uma barreira geográfica à aptidão das empresas para fornecerem bens ou serviços, mão-de-obra ou realizarem investimentos.

(B) Limite a concorrência entre empresas – esta hipótese é provável no caso de a norma ou projeto de regulamentação:

- Controlar ou influenciar substancialmente os preços de bens ou serviços;
- Limitar a liberdade dos fornecedores de publicitarem ou comercializarem os seus bens ou serviços;
- Fixar normas de qualidade do produto que beneficiem apenas alguns fornecedores ou que excedam o que consumidores bem informados escolheriam; ou
- Aumentar significativamente o custo de produção de apenas alguns fornecedores (especialmente no caso de haver diferenciação no tratamento conferido a operadores históricos e a concorrentes novos).

(C) Reduza os incentivos dos ofertantes em competir de maneira mais vigorosa – essa hipótese é provável no caso de a norma ou o projeto de regulamentação:

- Estabelecer um regime de auto-regulamentação ou de co-regulamentação;

<sup>1</sup> Hipóteses baseadas no Guia de Avaliação da Concorrência, versão 1.0, OCDE 2007.

- Exigir ou estimular a publicação de dados sobre níveis de produção, preços, vendas ou custos das empresas;
- Isentar um determinado setor industrial ou grupo de fornecedores da aplicação da legislação geral da concorrência; ou
- Reduzir a mobilidade dos clientes entre diferentes fornecedores de bens ou serviços por meio do aumento dos custos explícitos ou implícitos da mudança de fornecedores.

Pode-se dizer que as novas regulamentações contidas na proposta em análise não recaem sobre as hipóteses elencadas acima.

### **II.3 Alternativas regulatórias**

Vislumbra-se apenas uma alternativa regulatória para se alcançar os objetivos expostos na consulta pública: a regulamentação mais efetiva da proporção entre o número de beneficiários e o tamanho da rede prestadora de serviços na área de abrangência geográfica do plano de saúde. Essa medida, entretanto, traria menos garantias para o beneficiário, uma vez que uma quantidade maior de prestadores não implica necessariamente na diminuição do prazo para o atendimento.

### **II.4 Dos possíveis impactos ao Bem-Estar Econômico**

De acordo com a Exposição de Motivos da Consulta Pública, há comercialização de planos de saúde em determinadas localidades sem que haja uma rede prestadora de serviços capaz de suprir a demanda de serviços naquela abrangência geográfica.

O diagnóstico realizado pela ANS ao propor a regulamentação em análise indica uma assimetria de informação entre as operadoras de planos de saúde e os seus beneficiários. Enquanto as operadoras possuem informação a respeito da capacidade de atendimento na área de abrangência geográfica do plano e do tempo de atendimento aos seus beneficiários, tais informações não se encontram disponíveis para os mesmos.

A eliminação dessa assimetria de informação, por meio da regulamentação do prazo máximo de atendimento para os procedimentos é positiva em termos de ganho de bem-estar.

No entanto, não está claro na consulta pública como a ANS determinou os prazos previstos na norma. Se estes prazos estiverem em desacordo com o que é praticado no mercado, a conformação dos planos às regras pode significar aumento de custos para a maioria das operadoras e, conseqüentemente, para os seus beneficiários.

Se os prazos estiverem alinhados com o que é praticado pela média do mercado, apenas as operadoras que não conseguem cumprir tais prazos seriam atingidas pela medida e se veriam obrigadas a atender a exigência para não incorrer em custos elevados de reembolso e transporte.

Ressalte-se, entretanto, que a mídia veiculou notícia informando que a agência teria feito uma pesquisa com 840 operadoras de planos de saúde para determinar o tempo de atendimento médio praticado e considerado razoável<sup>2</sup>.

Outra reflexão deve ser feita sobre a fixação dos prazos para a garantia de cobertura. É possível que algumas operadoras consigam atender as demandas dos seus clientes em prazos mais curtos do que aqueles determinados pela norma. Na ausência de uma concorrência efetiva, se os prazos estabelecidos forem maiores do que os efetivamente praticados pela ofertante de saúde complementar, corre-se o risco de ela piorar a qualidade do atendimento que presta aos seus clientes, pois poderá utilizar a norma para justificar isso. Ou seja, a norma pode criar ou aprofundar uma falha de mercado conhecida como risco moral.

Por esses motivos, é necessário que os prazos estabelecidos pela agência sejam constantemente avaliados, a fim de se evitar a perda de bem-estar nesse mercado. Em primeiro lugar, para evitar que os prazos sejam impraticáveis. Em segundo lugar, para estimular as empresas que consigam melhorar o atendimento aos seus clientes, ou que mantenham a cobertura aos seus clientes em tempos menores do que os previstos (por exemplo, premiando aquelas que assim agirem e estimulando a concorrência entre as operadoras de planos de saúde).

Sugere-se, portanto, que a ANS estude a possibilidade de manter um registro, ou exigir o envio pelas operadoras, com informações sobre o prazo de atendimento das demandas dos beneficiários. Embora isso tenha custos não triviais, estima-se que o ganho de bem-estar dessa medida superaria em muito seus custos.

A divulgação desses dados seria uma importante ferramenta para complementar a portabilidade de carências e prover o beneficiário com informações objetivas sobre atendimento prestado pela operadora, com importantes ganhos concorrenciais.

Além disso, a ANS está discutindo, neste momento, o novo modelo de reajuste dos planos de saúde. Dados referentes à garantia de cobertura assistencial podem ser úteis em uma eventual mudança de metodologia, pois podem ser considerados uma medida objetiva do desempenho das empresas em termos de qualidade assistencial.

---

<sup>2</sup> Diário de Pernambuco. "ANS limita tempo para atendimento." Acesso online em 04/03/2011 em: [http://www.diariodepernambuco.com.br/2010/10/01/economia1\\_0.asp](http://www.diariodepernambuco.com.br/2010/10/01/economia1_0.asp)

### III – Conclusão

Do ponto de vista concorrencial, avalia-se que a proposta, no geral, está adequada e espera-se que a nova regulamentação não produza efeitos sobre o ambiente concorrencial.

Em relação ao bem-estar, a medida pode ter efeitos positivos ao reduzir a assimetria de informação entre as operadoras de planos de saúde e os seus beneficiários. Entretanto, não está claro como os prazos que serão exigidos foram estipulados, e isso pode levar ao aumento de custos no setor. Permitiu-se, assim, fazer sugestões consideradas relevantes para o aprimoramento da regulamentação da garantia de atendimento dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

À apreciação superior.



**BRUNO EDUARDO DOS SANTOS**  
Assessor Técnico



**MARCELO DE MATOS RAMOS**  
Coordenador-Geral de Indústria de Redes e Sistema Financeiro

De acordo.



**RUTELLY MARQUES DA SILVA**  
Secretário de Acompanhamento Econômico, Substituto