

SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: TRAJETÓRIA REGULATÓRIA, DESAFIOS ESTRUTURAIS E EIXOS PARA O FUTURO

Supplementary Healthcare in Brazil: Regulatory Trajectory, Structural
Challenges, and Paths for the Future

Doi: <https://doi.org/10.67965/rbss.v4i2.124>

AUTORES

Marcio Serôa de Araujo
Coriolano

1 Conselheiro Consultivo da CNseg
– Confederação Nacional das
Seguradoras

RESUMO

Este artigo não carrega a pretensão do exercício de futurologia da saúde suplementar, nem do inventário de propostas de superação das inúmeras dificuldades que pautam o setor. Com base na experiência do autor e no registro documental sobre a indústria da saúde privada, o texto especula sobre quais poderão ser os eixos que estimularão o futuro da saúde suplementar brasileira, articulando uma breve referência aos primeiros marcos normativos, a situação e desafios atuais da indústria e as principais propostas para o encaminhamento de soluções integradas e sustentáveis.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Regulação; ANS; Coordenação do Cuidado; Modelos de Remuneração

CONTATO

Marcio Serôa de Araujo
Coriolano

1 marcio.coriolano@outlook.com

ABSTRACT

This article does not claim to predict the future of supplementary health care, nor does it attempt to list proposals for overcoming the countless difficulties that hinder consistent progress in the sector. Based on the author's experience and documentary records on the private health industry, the text speculates on what might be the axes that will stimulate the future of Brazilian supplementary health, articulating a brief reference to the first normative milestones, the current situation and challenges of the industry, and the main proposals for integrated and sustainable solutions.

Keywords: Supplementary Health; Regulation; ANS; Care Coordination; Payment Models

Obs: este artigo reflete exclusivamente a
opinião do(s) autor(es), não
representando a posição do IESS.

INTRODUÇÃO

Por razões de limitação do seu escopo, a opção para este trabalho foi de estruturação em três eixos: i) uma breve referência aos primeiros principais eventos – pela ótica normativa – julgados importantes e cujos efeitos permanecem até então; ii) a situação e desafios atuais da indústria pela ótica de estudos que representam visões de cada um dos elos da extensa cadeia produtiva da saúde; e iii) as principais propostas veiculadas por esses atores para o encaminhamento de soluções que eles reputam como integradas e sustentáveis.

Em todos esses casos, foram utilizados trechos de declarações e registros, assim como reproduções de documentos de institutos de estudos e de profissionais especializados.

Ao final, apontam-se os cenários mais prováveis para o progresso do enfrentamento do que poderia estar travando a implementação de modelos que integrem a indústria da saúde privada de modo mais equilibrado, produtivo e inclusivo, tendo como centro os beneficiários, cujas contribuições financeiras sustentam a evolução da indústria.

Primeiros Marcos Históricos Relevantes da Saúde Suplementar

Os anos 80 foram palco do movimento consumerista, que defendeu a priorização da defesa do consumidor final na Assembleia Nacional Constituinte. A Constituição Federal de 1988 consagrou então a proteção ao consumidor como direito fundamental do cidadão e princípio da ordem econômica.

Com a vigência do Código de Defesa do Consumidor, em 1991, emergiu número significativo de reclamações e denúncias relativas ao aumento de mensalidades, restrições da assistência e cláusulas abusivas em contratos de planos de saúde, materializando dissidências entre a população atendida e as empresas de saúde privada. As demandas naquele contexto culminaram na edição da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, após cerca de dez anos de tramitação.

A Lei 9.656/98 foi fruto de um extenso debate que inclusive contou, em 1989, com a participação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, do Ministério da Fazenda. Ali, as discussões tinham como fio condutor a redefinição da abrangência da regulação para todas as empresas que operavam planos de saúde, e não apenas as já reguladas seguradoras.

A concepção da Lei 9.656/98, que foi muito além do que a SUSEP pretendia, não foi marcada pelo consenso. Em entrevista ao Centro de Documentação e Memória do Mercado Segurador – CEDOM, da CNseg, Marcio Coriolano, que testemunhou o período, relatou que:

(...) A Lei que originalmente saiu da Câmara de Deputados para o Senado estabelecia o seguinte: “todas as operadoras do lado de cá, as não seguradoras, vão ter que observar o mesmo tipo de regramento que as seguradoras observam com relação a capital mínimo, reserva, solvência etc. Mas ela trouxe uma novidade que também alcançou as seguradoras (...) elas também vão ter que

oferecer um produto que dê conta de todos os tratamentos de saúde relacionados pela Organização Mundial de Saúde chamada Classificação Internacional de Estatísticas de Doenças - CID 10 (...).

Este projeto saiu assim da Câmara dos Deputados e foi para o Senado (...) A lei foi editada como Medida Provisória e a Medida Provisória para ter validade, se não fosse votada, ela tinha que ser modificada a cada mês. Para vocês terem ideia chegaram a ter 44 edições dessa Medida Provisória sucessivas (...) até que houve uma modificação no quadro legislativo e, embora ela não tenha sido votada até hoje, foi acolhida como lei final depois desta 44ª edição (CORIOLANO, 2015).

Logo após ter sido aprovada pelo Senado, a Lei 9.656/98 foi alterada pela Medida Provisória nº 1.665/98 que inaugurou uma série de sucessivas alterações ao longo de três anos, até que, em agosto de 2001, a última edição foi a da MP 2.177-44.

A Lei 9.656/98 provocou mudanças estruturais no setor. Antes da regulamentação não havia uma definição clara da cobertura obrigatória. Os contratos entre o consumidor e as operadoras permitiam, inclusive, a exclusão de beneficiários com doenças crônicas, como por exemplo, doenças psiquiátricas, câncer, HIV, conforme afirmou Karla Coelho, ex-diretora da ANS (COELHO, 12 de junho de 2018).

Inicialmente, o Senado adotou o sistema de regulação bipartite: os aspectos econômico-financeiros foram delegados ao Ministério da Fazenda. Já as atividades ligadas a assistência à saúde ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Depois, ambas as atribuições foram delegadas ao Ministério da Saúde, através do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e da ANS.

Concebida como órgão de regulação responsável pelo controle, fiscalização e normatização da saúde suplementar, a ANS foi criada com a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde.

Com a promulgação da Lei 10.185/2001 as empresas que já operavam o seguro saúde conjuntamente com outros ramos de seguro precisaram providenciar a sua especialização junto à ANS. Mais importante, houve, e permanece ocorrendo, uma disfunção entre as obrigações de cobertura integral prevista na Lei e a efetiva capacidade de cumprimento das exigências pelas operadoras de todos os tamanhos, principalmente considerando as conhecidas disparidades de cobertura de tratamentos e doenças em um país tão diverso e desigual.

Essa foi a origem seminal da estrutura regulatória. Desde então, houve fortalecimento da ANS, que ao final centralizou todas as funções de supervisão, e uma profusão de atos normativos para, no campo assistencial, promover a expansão do rol de procedimentos passíveis de cobertura, e no campo econômico-financeiro, aumentar a segurança dos contratos pela observância da solvência das operadoras.

Ademais, vem ocorrendo a identificação de muitas falhas regulatórias – especialmente relativas à concorrência entre os poderes da República –, ensejando sistemática judicialização. E uma questão estrutural, que repassará todos os demais tópicos adiante: como integrar e resolver os desafios da extensa cadeia produtiva da saúde

suplementar quando apenas um elo desta – as operadoras – são efetivamente reguladas pela ANS.

Atual situação da indústria da saúde privada conforme estudos selecionados

Os sistemas de saúde têm uma característica singular, de constituírem-se em extensa e complexa cadeia produtiva. O sistema dito suplementar não foge a essa regra. Que inicia pela produção de fármacos, materiais, dispositivos e equipamentos médicos, passando pela cadeia de diagnósticos e tratamentos e culminando com o financiamento do acesso à saúde pelas várias modalidades de seguros e de planos de saúde e com a sua distribuição por corretores e agentes diretos.

Cada elo dessa extensa cadeia produtiva é representado por entidades que trouxeram para si a responsabilidade de diagnosticar os problemas que afligem o setor e de formular propostas para a sua superação. Fora que outras entidades buscam colocar-se mais distantes do espectro segmentado de interesses corporativos, como o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e o Instituto Coalizão Saúde (ICOS).

Iniciaremos pela visão do segmento estritamente regulado, o das operadoras de planos de saúde. Por economia de escopo, recorreremos ao IESS, para, em seguida, lançarmos mão da visão do IEPS, que conta com estudos buscando avaliar as relações entre operadoras e prestadores de serviços médico-hospitalares.

Conforme o IESS:

A Constituição, no artigo 198, define que haverá no país um Sistema Único de Saúde, o SUS, e no artigo 199 que a saúde é livre para a iniciativa privada. No entanto, não explicita as funções de cada um nem demarca seus respectivos limites, resultando, muitas vezes, na sobreposição de esforços. Por isso, o sistema de saúde no Brasil é um mix descoordenado, mas interdependente, dos setores público e privado. Não obstante seu progresso, o setor público de saúde não consegue, isoladamente, atingir seus propósitos de universalidade, integralidade e equidade de maneira uniforme em todo o Brasil.

Se, de um lado, o setor público de saúde padece com essas dificuldades, do outro, ele exclui o setor privado do processo de planejamento do sistema de saúde. A interação entre público e privado acaba sendo indireta e não tão efetiva quanto poderia ser, dado que não se exploram as sinergias que podem existir entre ambos.

E, ainda conforme o IESS, desta vez aproximando o que reputamos o maior problema a pautar as dificuldades de consolidação de um modelo suplementar cooperativo:

(...) Um dos relacionamentos mais delicados do setor privado de saúde ocorre entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços. Na operação de plano de saúde, o prestador é parte essencial na cadeia de valor, pois é o responsável direto pelos resultados de saúde de seus pacientes, produto final da

cadeia de saúde. No entanto, a atual estrutura de relacionamento entre os prestadores e as operadoras nem sempre incita a melhor prática da medicina.

(...) Essa situação fica clara quando se analisa o principal estímulo ao prestador: sua remuneração. Atualmente, a sistemática mais presente no setor é o pagamento por serviço prestado (fee-for-service). Esse estímulo tem um lado negativo, pois favorece estratégias de indução da demanda, estimula a produção de serviços, desincentiva ações de natureza preventiva, favorece a utilização de serviços sem a prévia verificação de custo-efetividade, concentra recursos nas localidades que já possuem estrutura de serviços e demanda fortes mecanismos de fiscalização e controle para evitar fraudes. Enfim, conduz frequentemente à sobre-utilização de serviços.

Já agora recorrendo ao IEPS, é, conforme os extratos a seguir, que avaliou as disfunções setoriais e falhas regulatórias que criaram incentivos negativos na relação entre a prestação assistencial e o financiamento da saúde privada.

(...) De um lado, existe uma tendência de expansão contínua da oferta de serviços pelo lado dos prestadores, em particular de recursos tecnológicos, como equipamentos de exames de alto custo (tomógrafos e ressonâncias).

(...) Nestes casos, observamos crescimento contínuo da oferta, levando o país para o topo do ranking internacional em termos de disponibilidade de recursos por número de beneficiários, e indícios de capacidade ociosa crescente. Por outro lado, as operadoras de planos de saúde têm uma base relativamente estável de beneficiários, com variações conforme as flutuações econômica e do emprego formal, e seguem consolidação de mercado.

(...) Em particular: novos entrantes e novos modelos de negócios têm levado os principais grupos incumbentes a enfrentarem cada vez mais competição por participação de mercado. A capacidade limitada de reajustar mensalidades em contratos cujos parâmetros são de livre negociação no mercado, e assim de aumentar receita, unida à dificuldade de conter custos na barganha com prestadores, têm apertado margens e trazido dificuldades aos principais incumbentes do setor.

(...) Pelo lado dos custos, o equilíbrio nos preços e pagamentos por serviços dos prestadores ocorre via mercado, que é concorrencial, mas assimetrias de informação, em princípio, permitem que os prestadores sejam capazes de ganhar margem junto às operadoras. Do seu lado, estas têm atuado pressionadas via aumento de frequência onde a capacidade ociosa é maior (por exemplo, exames) e via preços, onde a oferta relativa é menor (por exemplo, terapias).

(...) As dificuldades enfrentadas pelas operadoras mais tradicionais, devido ao aumento da concorrência e de falhas de mercado, podem ter levado às mais variadas reações do setor, dentre elas: movimentos de fusões e aquisições, inovações em modelos de negócio, de pagamento e parcerias, revisão de contratos com beneficiários, incluindo reajustes mais altos e rescisões unilaterais, e

mobilização política por viabilização de novos produtos financeiros, como planos com cobertura mais limitada.

(...) Isso gera consequências visto que o envelhecimento das carteiras, que muitas vezes se encontram fechadas e por isso envelhecendo, envolve aumentos nas despesas assistenciais ao longo do tempo. Observa-se, portanto, uma segmentação entre um pool de contribuintes com maior capacidade de contribuir e menor necessidade de serviços em contratos empresariais, e um pool de contribuintes com menor capacidade de contribuir e maior necessidade de serviços em contratos coletivos por adesão e individuais.

(...) Existe um desalinhamento de incentivos entre operadoras e prestadores. De um lado, prestadores têm incentivo para aumentar a oferta de recursos tecnológicos que geram retornos maiores por procedimento realizado. De outro, as operadoras enfrentam dificuldades para conter custos. Em última instância geram-se aumento de custos e ineficiência. Soma-se a isso, a falta de disciplina nos processos de incorporação de novas tecnologias, tanto no segmento privado como no SUS.

Propostas veiculadas para o encaminhamento de soluções para os entraves da indústria

Desde pelo menos o ano de 2008, após a criação do IEES, foram desenvolvidas várias propostas pelas representações institucionais das operadoras de saúde, com o intuito de flexibilizar as regulações subsequentes à edição da Lei nº 9.656, de 1998. Já àquela época apresentavam-se disfunções que poderiam, pelo menos, restringir o acesso de mais camadas da população à solução da saúde privada.

Entretanto, por um lado, essa era uma visão que não encontrava grande aderência por parte dos demais elos da cadeia produtiva. Por outro lado, a maior parte das propostas demandavam mudanças legislativas de difícil adesão parlamentar. Relembre-se que, inclusive, havia cogitação do retorno à oferta facultativa do plano referência, criação de planos segmentados, cobertura optativa de tratamentos como fisioterapia e fonoaudiologia, criação de caderneta de saúde com plano de acumulação, para suportar o pagamento da ampliação de franquias, liberação do reajuste dos planos de saúde, entre outras mudanças estruturais.

Tendo em vista que as mesmas disfunções do sistema privado permaneciam se acumulando, outras propostas, desta vez de acomodação e adaptação do espectro regulatório, foram retomadas por oportunidade, em 2022, das manifestações setoriais para os candidatos ao pleito presidencial – as chamadas “cartas aos presidenciáveis”.

A compilação dessas propostas, e o seu cotejo com outras mais recentes, mostram que os eixos permanecem basicamente os mesmos. Por essa razão, buscaremos aqui qualificá-los, classificando-os pelos temas mais frequentes, recorrendo às propostas que explicitamente tratam da indústria privada da saúde. São elas as i) do INSPER – Comitê Alumni, 2023; ii) do Instituto Coalizão Saúde (ICOS), 2022; iii) da Confederação Nacional da Indústria, 2022; iv) do Sindicato da Indústria Farmacêutica

(SINDUSFARMA), 2022; v) e dos já mencionados estudos do IESS após o lançamento do “Saúde Suplementar em 2035”, no ano de 2025.

Então, em apertada síntese, seguem as convergências de propostas de aperfeiçoamento do sistema privado de saúde, utilizando-se como referência principal o estudo do INSPER – Alumni. Estima-se que esses deverão ser os eixos a pautar o futuro da saúde suplementar brasileira.

Maior Papel da Atenção Primária

Ementa: Atual tema recorrente da indústria privada. Há várias abordagens em curso, limitadas, embora seja apontada inexistência de incentivo regulatório explícito.

Centralidade da Coordenação do Cuidado: Linhas de Cuidado e Gestão de Pacientes Crônicos

Ementa: Outro tema recorrente; dependente tão somente da coordenação entre os atores do sistema em ambiente competitivo.

Integração SUS/Saúde Suplementar, com mais Parcerias Público-Privadas

Ementa: Existem recentes intenções e novos regulamentos do Ministério da Saúde. Estima-se que mais avanços serão requeridos para consolidação.

Migração do Atual Modelo de Pagamento por Procedimento para Modelos de Valor Agregado

Ementa: Igualmente, outro tema recorrente. Cujas possibilidades de sucesso é atribuída à pactuação e coordenação entre os participantes da indústria. Haveria maior dificuldade pela necessidade de garantia de equivalência do resultado econômico-financeiro entre os modelos, com ganhos compensatórios de estabilidade.

Implantação Plena da Conectividade Digital, Interoperabilidade e Telessaúde

Ementa: O avanço em progressão geométrica da Inteligência Artificial (IA) e o seu impacto na competitividade é mencionado como atributo que poderá ensejar maior avanço a médio prazo. A maior participação do Governo é requerida pelas evidentes interrelações com o SUS.

Maior Capacitação dos Profissionais de Saúde para a Conectividade e Interoperabilidade

Ementa: Da mesma forma que na conectividade, o ambiente competitivo trazido pela IA é mencionado para desempenhar papel importante.

Aumento da Captura de Dados e Inteligência Artificial para Decisões Baseadas em Evidências

Ementa: Tema decorrente dos temas anteriores frequentemente citados e cuja implementação estaria a depender de integração e coordenação entre os participantes da indústria. Estima-se que o Governo teria papel central, notadamente no avanço de modelos de evidência científica que discipline a evidência clínica.

Criação da Matriz Industrial de Insumos para a Saúde

Ementa: Tema trazido pela CNI; dependente exclusivamente de ações governamentais.

Compartilhamento, pela Escala, da Gestão de Estoques e Logística de Distribuição de Insumos

Ementa: Tema frequentemente citado e também mencionado como dependente de pactuação em ambiente competitivo.

Incentivo a Fusões, Aquisições e Parcerias Estratégicas entre Operadoras e Prestadores

Ementa: Tema que não encontra aprofundamento de suas possibilidades sem aceitação e coordenação do Governo. A convergência das avaliações é quanto à ausência de escala em grande parte das operadoras autorizadas a funcionar.

Criação de Agência Única para Avaliação de Custo-Efetividade e Incorporação Tecnológica

Ementa: A necessidade de Agência única é mencionada há pelo menos uma década. A sua criação não consta das prioridades do Ministério da Saúde. Poderá ser um eixo que trará racionalidade e ganhos estruturais para todo o sistema, seja público ou privado.

Desenvolvimento de Modelos de Produtos mais Flexíveis e Inclusivos

Ementa: A flexibilização, embora sempre citada, não encontra convergência de propostas, parecendo haver muitos enfrentamentos pelas anteriores propostas de mudanças dos marcos regulatórios. Aprofundamentos e assertividade dos modelos serão requeridos.

Ampliação do Combate a Fraudes e Abusos no Sistema Privado

Ementa: Ações estão sendo empreendidas por grandes operadoras da saúde suplementar. É outro tema que tem interfaces com abusos existentes no lado da prestação de serviços médico-hospitalares. A ampliação de ações dependeria de pactuação setorial.

Revisão da Metodologia das Autorizações de Reajuste de Mensalidade dos Planos Individuais e por Adesão

Ementa: Embora seja tema restrito às operadoras, e ainda não suficientemente endereçado em seu alcance por estas, estima-se que os efeitos de uma revisão criteriosa que atenda às expectativas do Governo e dos consumidores possam ter alcance positivo para a sustentabilidade do sistema de saúde privado como um todo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos aprendendo com o ex-Ministro da Saúde Nelson Teich, reconhecido estudioso e gestor, que qualquer melhora na eficiência e na entrega dos sistemas de saúde dependerá de projetos de longo prazo. E eles teriam que integrar os sistemas público e privado.

Ele cita que o ponto de partida ideal depende de que o Ministério da Saúde assuma a coordenação e liderança da reestruturação da saúde no país, focando na sociedade, com uma abordagem que não segmenta público e privado, mas sim os trata como partes interdependentes, tendo uma visão global e com estratégia, liderança e coordenação que se desdobram em ações coordenadas na ponta, nos estados e municípios.

Não há como discordar dele e, ao mesmo tempo, sabe-se intuitivamente que o longo prazo é resultado de vontades, possibilidades e ações em prazos mais curtos. Disso decorre a necessidade de priorização e posta em marcha daquelas 14 propostas acima elencadas. Essa priorização não dependerá de apenas um “elo da cadeia produtiva”, mas de uma pactuação mais ampla cuja configuração muda a cada momento institucional e do quadro competitivo.

Com todas as limitações deste artigo, já mencionadas, estimamos que sua contribuição seja a de estimular mais aportes qualificados e aprofundados sobre o futuro da saúde suplementar, que, em face de mudanças vertiginosas que sempre veio registrando, está cada vez mais próximo.

Referências

1. Confederação Nacional da Indústria (CNI). Propostas da Indústria para as eleições 2022. CNI, 2022.
2. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). Carta aos Presidenciais. CONASS, 2022.
3. Confederação Nacional das Seguradoras (CNSEG). Centro de Documentação e Memória do Mercado Segurador (CEDOM). CORIOLANO, Marcio Serôa de Araujo Coriolano, depoimento A história da saúde suplementar no Brasil. CNSEG, 2015.
4. Insper – Comitê Alumni de Gestão de Saúde. Análise crítica da situação e propostas para um modelo sustentável. Relatório reflexões. Insper, outubro de 2024.
5. Instituto Coalizão Saúde (ICOS). Propostas para a Saúde do Brasil 2023-2030. ICOS, 2022.
6. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Saúde Privada no Brasil: evolução recente, conjuntura atual e tendências à frente. IEPS, outubro de 2024.
7. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). A história e os desafios da saúde suplementar – 10 anos de regulação. IESS, 2008.
8. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Texto interno. Projeto Saúde Suplementar 2035. IESS, janeiro de 2025.
9. Sindicato da Indústria de Produtos Farmacêuticos (SINDUSFARMA). Carta aos Presidenciais, Desenvolvimento do ponto de vista sobre formas de aumento de acesso à saúde. SINDUSFARMA, 2022.