

LÊDA LÚCIA COUTO DE VASCONCELOS

**OS ATORES SOCIAIS E A ATENÇÃO À SAÚDE NO
SETOR SUPLEMENTAR:
organização da atenção, dados assistenciais e qualificação**

CAMPINAS

2006

LÊDA LÚCIA COUTO DE VASCONCELOS

**OS ATORES SOCIAIS E A ATENÇÃO À SAÚDE NO
SETOR SUPLEMENTAR:**
organização da atenção, dados assistenciais e qualificação

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: DR. EMERSON ELIAS MERHY

CAMPINAS

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

V441a Vasconcelos, Lêda Lúcia Couto de
Os atores sociais e a atenção à saúde no setor suplementar;
organização da atenção, dados assistenciais e qualificação / Leda
Lúcia Couto de Vasconcelos. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador: Emerson Elias Merhy
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Sistema de saúde. 2. Regulamentação Governamental. 3.
Qualidade. 4. Seguro saúde. I. Merhy, Emerson Elias. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

Slp/fcm

(slp/fcm)

**Título em inglês : Social actors and the health care in the supplemental
sector : health care organization, health care information and qualification**

Keywords: • Health system
• Public Regulation
• Quality
• Health care assistance

Área de concentração : Saúde Coletiva

Titulação: Doutorado em Saúde Coletiva

**Banca examinadora: Prof Dr Emerson Elias Merhy
Profª. Dra. Alzira de Oliveira Jorge
Profª. Dra. Deborah Carvalho Malta
Prof Dr Túlio Batista Franco
Prof Dr Luiz Carlos de Oliveira Cecilio**

Data da defesa: 22-02-2006

FOLHA DE APROVAÇÃO

Os Atores Sociais e a Atenção à Saúde no Setor Suplementar: Organização da Atenção, Dados Assistenciais e Qualificação

Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos

Orientador: Emerson Elias Merhy

Membros da Banca Examinadora:

1. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
2. Dra. Alzira de Oliveira Jorge
3. Profa. Dra. Deborah Carvalho Malta
4. Prof. Dr. Túlio Batista Franco
5. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

**Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 22/02/2006

DEDICATÓRIA

À minha mãezinha querida, luz da minha vida.

Aos meus amores definitivos

(eles sabem quem são)

que adicionam luz e cor

*à minha vida e à luta por uma
atenção à saúde com qualidade.*

*A todos os atores sociais do Setor Suplementar de Atenção à Saúde,
que com seus interesses tão diversos, instigam a reflexão.*

Ao Emerson Merhy, por tudo o que representa na construção de um sistema de atenção à saúde com vínculo, responsabilização e acolhimento e pela importância na minha constituição de sujeito implicado com a saúde.

Ao Fausto, pelo privilégio da companhia, por tantos anos, na estrada da saúde e da vida.

Ao Helvécio, estrupiçim-do-meu-coração, pelas inúmeras, instigantes e produtivas discussões sobre tudo, inclusive a tese.

À Alzira, amiga-irmã, que sempre desperta naqueles que têm a sorte de conviver com ela, o que a humanidade tem de melhor.

Aos meus qualificadores, inclusive enquanto pessoa, Deborah e Luís Cecílio, que são firmes sem perderem a delicadeza.

Ao Barroca, que praticamente inventou essa história de regulação do setor suplementar no país.

Aos companheiros da DIPRO, pela ousadia de construir o enfoque assistencial para o setor, particularmente o seu Comitê Diretivo (Alzira, Angélica, Braga, Hermínio, Marizélia e Mônica).

Aos companheiros da ANS, que buscam o equilíbrio da regulação para todos os atores sociais.

Aos mais que especiais companheiros estradeiros Tonim e Mina.

À minha família trabalhadora da saúde, mãezinha Iêda, maninha Yarinha, “irmão-compadre” Rogério e irmã Vânia.

À toda turma do gabinete da Presidência da ANS (Xará, Marísia, Isabel e Sidney), pela torcida.

E agradecimentos especiais para a Margarete, pela generosidade na tarefa de revisão do texto; para a Andréa, pelo carinho de cuidar de mim; e para Maria Helena, pela disponibilidade com que sempre me ajuda.

*“Mas de fato, somos e não somos sujeitos.
Ou melhor, somos sujeitos que sujeitam em certas situações,
e somos sujeitos que se sujeitam em outras.
Isto é, somos muitos sujeitos e não sujeitos em diferentes situações.
Instituídos e instituintes.
Melhor dizendo, somos sujeitos que sujeitam
sem que com isso deixemos de ser sujeitados também.
(...)
E podemos, de modo intencional, ambicionar
ser mais sujeitadores que sujeitados em certas circunstâncias
e para isso explorar nossas capacidade de agir,
nossas capacidades de interpretar o lugar onde nos territorializamos
procurando interferir em suas regras, abrindo linhas de fuga.
Partir para novos mapas.
Novos sentidos territoriais.
Fazemos isso, bem como os outros também o fazem,
muitas vezes sem ter claro o conjunto das intenções em jogo.
Às vezes, acontece. Outras, planejamos.
Somos protagonistas ao mesmo tempo que somos protagonizados.”
(MERHY, 2002)*

	PÁG.
RESUMO.....	<i>xxxiii</i>
ABSTRACT.....	<i>xxxvii</i>
1- INTRODUÇÃO.....	41
2- CAMINHO METODOLÓGICO.....	61
3- A PRODUÇÃO DA SAÚDE E O SETOR SUPLEMENTAR.....	77
4- OS ATORES SOCIAIS E A ATENÇÃO À SAÚDE NO SETOR SUPLEMENTAR.....	111
5- ALGUNS DADOS DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DO SETOR SUPLEMENTAR.....	197
6- O PAPEL DE INDUÇÃO DO ATOR GOVERNO NA CONFORMAÇÃO DE MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SETOR SUPLEMENTAR: REAÇÕES, POSSIBILIDADES E LIMITES.....	231
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	257
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	271
9- ANEXOS.....	281
Anexo 1- Planilhas com as posições dos atores sociais, no Simpósio e no Fórum.....	283
Anexo 2- Posição do atores sociais referentes à MP-43, no Simpósio.....	361
Anexo 3- Diretrizes do Ministério da Saúde para o Setor Suplementar colocadas no Fórum.....	367
Anexo 4- Reações dos atores às diretrizes do Ministério da Saúde.....	369

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEMID	Associação Brasileira de Empresas Médicas de Internação Domiciliar
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASPE	Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ADUSEPS	Associação de Defesa dos Usuários de Planos de Saúde
AFB	Associação Franco Basaglia
AG	Atenção Gerenciada
AMB	Associação Médica Brasileira
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM	Associação Paulista de Medicina
ASSPRES	Associação de Empresas de Serviços de Gestão
BRASILCON	Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor
CAT	Central Autônoma dos Trabalhadores
CBHPM	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGT	Central Geral dos Trabalhadores
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças

CIEFAS	Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
CIH	Comunicado de Internação Hospitalar
CMB	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS (a)	Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
CNS (o)	Conselho Nacional de Saúde
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
COBAP	Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas
CONAMGE	Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPT	Cobertura Parcial Temporária
CQT	Controle de Qualidade Total
CSS	Câmara de Saúde Suplementar
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DESAS	Departamento de Saúde Suplementar
DIGES	Diretoria de Gestão
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras

DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
DLP	Doenças ou Lesões Preexistentes
EUA	Estados Unidos da América
FARBRA	Fórum Nacional de Entidades de Portadores de Deficiências e Patologias
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FENASEG	Federação Nacional da Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
GGTAP	Gerência Geral Técnico Assistencial dos Produtos
HEDIS	<i>Health Plan Employer Data and Information Set</i>
IBA	Instituto Brasileiro de Atuaria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IT	Incorporação Tecnológica
JCAHO	<i>Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations</i>
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
NCQA	<i>National Committee of Quality Assurance</i>
NISIS	Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde
PAC	Procedimentos de Alta Complexidade
PROCON	Fundação de Proteção ao Consumidor

PROCON SJC	Procon de São José dos campos
PROCON SP	Procon de São Paulo
PRO TESTE	Associação Brasileira de Defesa do Consumidor
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RN	Resolução Normativa
SBAC	Sociedade Brasileira de Análise Clínica
SBPC	Sociedade Brasileira de Patologia Clínica
SEPLAN	Secretaria de Planejamento
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAMGE	Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo
SINASC	Sistema de informações de Nascidos Vivos
SINOG	Sindicato Nacional de Odontologia de Grupo
SIP	Sistema de Informações dos Produtos
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
UEME	União de Empresas Médicas
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIODONTO	União dos Odontólogos
UNIMED	União dos Médicos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

	PÁG.
Tabela 1- Beneficiários de planos de saúde, por modalidade da operadora, agosto de 2005.....	56
Tabela 2- Grau de cobertura populacional por planos de saúde, por região, em junho de 2005.....	57
Tabela 3- Número de eventos e distribuição percentual do custo, por item de despesa, de 2002 a 2004.....	202
Tabela 4- Número de eventos e distribuição percentual do custo, por item de produção no SUS, de 2002 a 2004.....	202
Tabela 5- Valor médio da internação, por regime, segundo ano de competência, no Brasil.....	203
Tabela 6- Frequência de utilização por tipo de contratação de plano de saúde e por item de despesa, de 2002 a 2004.....	205
Tabela 7- Custo médio, por tipo de contratação de plano de saúde e por item de despesa, de 2002 a 2004.....	206
Tabela 8- Frequência de utilização, por porte de operadora de planos de saúde e item de despesa, de 2002 a 2004.....	208
Tabela 9- Custo médio, por porte de operadora de plano de saúde e item de despesa, de 2002 a 2004.....	209
Tabela 10- Frequência de utilização, por item de despesa e por modalidade de operadora de planos de saúde, de 2002 a 2004.....	211
Tabela 11- Custo médio, por item de despesa e por modalidade de operadora de operadora de planos de saúde, de 2002 a 2004.....	213

Tabela 12-	Distribuição percentual de internações referentes às operadoras, por modalidade de operadora, de 2002 a 2004, nos hospitais vinculados à ANAHP.....	216
Tabela 13-	Frequência de utilização e custo médio, por item de despesa e total, da modalidade de Auto gestão, de 2002 a 2004.....	218
Tabela 14-	Frequência de utilização e custo médio, por item de despesa e total, da modalidade de Cooperativa Médica, de 2002 a 2004.....	221
Tabela 15-	Frequência de utilização e custo médio, por item de despesa e total, da modalidade de Filantropia, de 2002 a 2004.....	223
Tabela 16-	Frequência de utilização e custo médio, por item de despesa e total, da modalidade de Medicina de Grupo, de 2002 a 2004.....	225
Tabela 17-	Frequência de utilização e custo médio, por item de despesa e total, da modalidade de Seguradoras, de 2002 a 2004.....	226

	PÁG.
Gráfico 1- Percentual de operadoras de planos de saúde, por modalidade, em agosto de 2005.....	55
Gráfico 2- Custo médio de internações, por tipo de contratação de planos de saúde, de 2002 a 2004.....	207
Gráfico 3- Custo médio da internações, por porte de operadora de planos de saúde, de 2002 a 2004.....	210
Gráfico 4- Frequência de utilização de internação, por modalidade de operadora de planos de saúde, de 2002 a 2004.....	214
Gráfico 5- Custo médio de internação, por modalidade de operadora de planos de saúde, de 2002 a 2004.....	215
Gráfico 6- Percentual das modalidades de operadoras que enviaram programas de prevenção, referentes à RN n.º 94, em 2005.....	243
Gráfico 7- Percentual das Linhas de Cuidado enviadas pelas operadoras referentes aos programas de prevenção da RN n.º 94, em 2005.....	244
Gráfico 8- Distribuição do IDSS por modalidade de operadoras de planos de saúde, referente a 2003.....	251

	PÁG.
Quadro 1- Lógica Interna da Investigação.....	66
Quadro 2- Atores sociais do setor suplementar, interesses percebidos e a qualificação do setor.....	99
Quadro 3- Caracterização de algumas modalidades de Operadoras (representações).....	116
Quadro 4- Atores sociais do SUS e o setor suplementar.....	129
Quadro 5- Síntese da posição dos atores sociais quanto à organização da atenção à saúde.....	193
Quadro 6- Algumas posições dos atores sociais antes da regulamentação da Lei 9656/98.....	195
Quadro 7- Alguns dados assistenciais por modalidade de operadora, em 2004.....	217

RESUMO

A investigação pretende discutir a inserção do setor suplementar dentro do campo da produção da saúde e para isso interroga qual a lógica organizacional que os atores sociais relacionados com o setor imprimem ao mesmo. As posições dos atores sociais são checadas em dois momentos importantes para o setor - o Simpósio no Senado Federal e o Fórum Nacional de Saúde Suplementar – e obtidas através de alguns analisadores considerados essenciais para a composição de um modelo de atenção à saúde, como: integralidade, práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças, organização de rede, multiprofissionalidade, acompanhamento de doenças crônicas, incorporação de tecnologias, sistema de informações assistenciais, mecanismos de avaliação e qualidade. Para a análise das posições foi utilizado o método hermenêutico-dialético.

Verifica-se, também, se existem diferenças na produção assistencial das operadoras, analisando o porte, tipo de contratação e modalidades, utilizando-se os seguintes dados do Sistema de Informações dos Produtos: frequência de utilização e custo médio por consultas médicas, exames, atendimentos ambulatoriais, internações e terapias, para os anos de 2002 a 2004.

Por fim, analisa-se a reação dos atores sociais a algumas iniciativas do Governo que tentam imprimir lógicas de atenção à saúde, tais como: a Medida Provisória 1277-43, de 2001; as Diretrizes do Ministério da Saúde colocadas no Fórum Nacional de Saúde Suplementar, em 2003; a Resolução Normativa n.º 94 /2005 e o Programa de Qualificação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Finaliza-se com algumas indicações para o setor suplementar, privilegiando-se uma organização da atenção à saúde qualificada, voltada para as necessidades dos usuários.

ABSTRACT

The inquiry objective is to discuss the insertion of the supplemental sector in the field of health production, by seeking which kind of organizational logic the social actors related with this sector are imprinting on it. The positions of the social actors were checked twice, at two important times for this sector – once at the Federal Senate Symposium and again at the Supplemental Health National Forum, and obtained based on analytical structures considered essential for the composition of a health care model, such as: integrality, practices of health promotion and disease prevention, network organization, the multidisciplinary working mode, chronic disease follow-up, incorporation of technologies, health care information, and mechanisms of assessment and quality. An interpretative-argumentative approach was used to analyze these positions.

Differences in health care organization assistance were observed with analysis of company size, and type of contracts and modalities, using data from the Products Information System, such as frequency of utilization and the average cost of medical consultations, exams, outpatient services, inpatient care, and therapies, for the years of 2002 to 2004.

Finally, the inquiry examines the reaction of the social actors to governmental initiatives which intend to imprint some health care logics, such as: the Provisory Measure 1277-43, of 2001; the Directives of the Ministry of Health, taken at the Private Health National Forum, in 2003; the Normative Resolution n° 94 /2005, and the Qualification Program of the National Supplemental Health Agency.

The study concludes with indications for the supplemental health sector, favoring a health care organization aimed at the needs of its customers.

1- INTRODUÇÃO

A Constituição brasileira refletiu a luta de interesses travada na sociedade por dois grandes grupos no setor saúde: o grupo da reforma sanitária e o do setor privado. Mas o texto constitucional é apenas o reflexo de uma disputa que já vinha ocorrendo há muito tempo, como pode ser identificado em alguns momentos da história, vistos a seguir.

Em fins de 1981, o governo federal reconhece a “crise da previdência” e cria o Conselho Consultivo de Saúde Previdenciária – CONASP, com o objetivo de elaborar uma proposta de moralização da assistência médica da Previdência. No entanto, à margem do CONASP, foi gestada uma proposta entre os titulares do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência, em articulação com a Secretaria de Planejamento - SEPLAN, para a elaboração de um plano de unificação a partir de uma estratégia completamente oposta àquela que vinha sendo desenvolvida e proposta pelo Conselho. Com a argumentação de que era um atraso apostar no desenvolvimento do setor público, a proposta separava o sistema nacional de saúde em três subsistemas: o privado autônomo, não dependente de recursos públicos diretos, com previsão de cobrir cerca de oito milhões de pessoas; o sub-sistema de assistência à saúde delegado, em que, por meio da modalidade tipo “convênio-empresa” poder-se-ia cobrir cerca de 70 milhões de habitantes vinculados ao mercado de trabalho; e o sub-sistema público, correspondendo aos serviços públicos federais, estaduais e municipais, assim como aos contratados por estes, para cobrir em torno de 40% da população considerada fora do sistema produtivo regular. Esta proposta foi desmontada por ocasião da realização de um Simpósio de Saúde na Comissão de Saúde da Câmara Federal, impedindo que a mesma fosse adotada pelo CONASP (RODRIGUES NETO, 1997).

Um momento histórico importante para a saúde brasileira foi a realização, em 1986, da Oitava Conferência Nacional de Saúde, cujas conclusões não conseguiram consenso no interior do movimento social na área da saúde por duas polarizações: uma, pela não inclusão das teses do setor privado de prestação de serviços de saúde que mesmo convidado, negou-se a participar da conferência; outra pela derrota, pelo voto, da tese/tática da “estatização imediata”, defendida pelos setores sindicais ligado à CUT e pelo PT e PDT. Estas posições foram reiteradas nos vários momentos de discussões que se seguiram, especialmente no correr dos trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária - CNRS,

que contou com a participação de representantes da iniciativa privada (RODRIGUES NETO, 1997).

O processo constituinte também é rico na identificação dos interesses dos grupos organizados em torno da questão da saúde. Até chegar ao texto final, as propostas da saúde tiveram que realizar o seguinte percurso: Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, Comissão de Ordem Social, Comissão de Sistematização e Plenário da Constituinte.

Na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente as considerações e propostas feitas aos constituintes podem ser divididas em três grupos:

- as derivadas e orgânicas com a 8ª Conferência, apresentadas pela CNRS, pelo CONASS e pelas entidades sindicais, associações profissionais, conselhos federais, ABRASCO, CEBES, entre outras;
- aquelas em defesa da prática liberal e da iniciativa privada, representadas pela AMB, FBH, cooperativas médicas, entre outras. O grande motivo de união deste grupo era ser contra qualquer perspectiva estatizante;
- e as institucionais, especialmente representadas pelas posições dos Ministros da Saúde e da Previdência Social, cada qual na defesa da preservação e valorização corporativa da sua pasta (RODRIGUES NETO, 1997).

A essência da proposta que o movimento sanitário vinha defendendo para a saúde não encontrou grandes obstáculos na Subcomissão, mas na fase da Comissão da Ordem Social, apesar da votação ainda ser relativamente tranqüila, já se percebia, pela diferença no número de votos, que o plenário da Comissão tinha mais representantes do setor privado que na Subcomissão, havendo uma maior polarização com relação às questões da saúde. No momento da Comissão de Sistematização houve uma fase de emendas populares, que necessitavam, cada uma, de pelo menos 30 mil assinaturas de eleitores para serem admitidas e receberem defesa na tribuna. A emenda popular da saúde teve menos de 60 mil assinaturas, enquanto a da Reforma Agrária obteve mais de três milhões de assinaturas e a do Ensino Público mais de um milhão. Esta dificuldade na

colheita de assinaturas demonstrou um certo distanciamento que existia entre as lideranças do movimento sanitário com as entidades realmente populares. Uma outra emenda “popular” foi apresentada conjuntamente pela Federação Brasileira de Hospitais, pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo, pela Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde, pela Associação Brasileira de Hospitais e pelo Instituto de Estudos Contemporâneos da Comunidade, e teve cerca de 70 mil assinaturas, com indícios de pertencerem a funcionários da área hospitalar privada. Essa emenda propunha que o Sistema Nacional de Saúde deveria respeitar os princípios da universalidade do atendimento, do pluralismo de sistemas médico-assistenciais, do livre exercício profissional e da livre opção do indivíduo entre os diversos sistemas.

Apesar de ter se distanciado bastante das propostas iniciais, a apreciação feita pelo movimento sobre o projeto aprovado na Comissão de Sistematização foi positiva, ao contrário do que pensavam os setores conservadores, que achavam que as propostas no texto levariam a uma estatização do setor da saúde. Assim, a bandeira contra a estatização uniu, no plenário da Assembleia Nacional Constituinte, o setor hospitalar privado, o setor de medicina de grupo, o setor das cooperativas médicas e o setor liberal da medicina. Destaca-se que,

(...) ainda que unidos em relação à bandeira contra a estatização, os interesses particulares dos grupos ligados ao setor hospitalar privado contratado pelo setor público, ao setor do pré-pagamento (medicina de grupo, seguros e cooperativas), indicavam caminhos organizativos distintos para o Sistema de Saúde. Enquanto aquele lutava pela preservação da tutela do Estado, este pleiteava a independência do mesmo (RODRIGUES NETO, 1997, p.83).

Houve ainda um projeto apresentado pelo “Centrão” (setor ligado aos interesses patronais e ao governo que se constituiu em um bloco suprapartidário, que se chamou de Centro Democrático, e envolvia os segmentos mais conservadores do PMDB, PFL, PTB, PDS e outros partidos), que atendia basicamente às reivindicações do setor hospitalar privado, conforme analisado por técnicos vinculados à “plenária da saúde” (reunião de diversas entidades vinculadas à saúde, que inicialmente se uniram para a colheita de assinaturas para a emenda popular da saúde).

No momento final do processo, eram duas as questões que polarizaram as discussões: a inclusão ou não da saúde ocupacional como componente do Sistema Único de Saúde - SUS; e a natureza pública ou não dos serviços de saúde, com suas implicações decorrentes sobre o relacionamento entre os setores públicos e o privado. A essa altura o texto-base da discussão era fruto da fusão entre a proposta da “Sistematização” e uma proposta trazida pelo Deputado Adolfo de Oliveira, ou seja, o texto original do “Centrão” já não estava mais em jogo.

Havia, ainda, uma preocupação com o texto pela possibilidade de participação da iniciativa privada na cobertura assistencial pública, com recursos públicos, fora do SUS. Esta preocupação não era compartilhada pelos parlamentares e seus assessores que entendiam que a combinação do “contrato de direito público” e a “forma de financiamento”, garantia a totalidade dos recursos públicos do setor para o SUS, assegurando que o setor privado só receberia recursos públicos de custeio sob contrato de direito público e dentro do SUS.

Os avanços conseguidos no texto constitucional foram creditados ao trabalho, desde o começo e melhor, que as esquerdas tinham realizado, tornando certas conquistas difíceis de serem revertidas na última hora (RODRIGUES NETO, 1997).

A Constituição significou um grande avanço na luta da saúde como um direito, traduzido nos Artigos 196, 197 e 198, quando dizem que : a Saúde é direito de todos e dever do Estado; o acesso é universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação e que as ações e serviços de saúde são de relevância pública. No entanto, em seu Art. 199, refere que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Na Constituição brasileira

(...) transparece a estrutura do sistema nacional de saúde: as ações e os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, são de relevância pública, pois protegem a vida, ficando todos eles sujeitos à regulação, ao controle e à fiscalização do Poder Público, fazendo parte desse Sistema, como um subsistema, o Sistema Único de Saúde (público) e a iniciativa privada, componente também do sistema nacional (SANTOS, 1997, p.257).

Mesmo que a Lei 8.080/90, em seus artigos 20 a 23, tenha dado um tratamento tímido ao funcionamento dessa atividade no âmbito privado, a Constituição determinou ao Poder Público que o regule, controle e fiscalize (SANTOS, 1997).

Ainda com relação a qualificação dada as ações e aos serviços de saúde pela Constituição (Art. 197), com a expressão de “relevância pública”, SANTOS (1997) faz alguns comentários bastante relevantes:

- O Constituinte, ao referir-se à relevância pública das ações e dos serviços de saúde, pretendeu elevar a saúde à mesma condição do direito à vida e da dignidade da pessoa humana.
- Não se pode perder de vista que o conceito de relevância pública contém o aspecto da indisponibilidade. A saúde, assim como a vida, são bens indisponíveis, não estando sujeito ao livre arbítrio do indivíduo, não tendo ele o direito de se desfazer de sua vida, de vender parte de seu corpo, de ser objeto de pesquisas científicas, sendo por isso, igualmente também responsável pela sua saúde.
- Por isso, ao Estado cabe, também, a função de conscientizar o indivíduo na proteção de sua saúde como requisito do seu bem-estar físico e psicológico e da fruição de bens sociais. As iniciativas do Poder Público na proteção e defesa da saúde do indivíduo exigem, como contrapartida mínima do indivíduo, cuidados próprios com a sua saúde, devendo o Estado e o indivíduo, serem co-responsáveis pela saúde coletiva e individual.
- A organização de serviços – sejam públicos ou privados - deve-se dar a favor da saúde e não a favor de outros interesses. Ainda que nos serviços privados o seu intuito seja o lucro, não se pode perder de vista que se está atuando em área considerada de “relevância pública”, fundada na dignidade da pessoa humana. A regulação neste campo não pode desconsiderar este princípio constitucional. É lícito obter lucro atuando na área da saúde, mas não se pode perder de vista que os valores aqui protegidos são a vida e a dignidade da pessoa humana, tanto que o Código Penal tipifica como crime a omissão de socorro.

1.1- A Conformação do Setor Suplementar de Atenção à Saúde

Tendo sido abordado como foi legitimado no texto constitucional a existência do setor privado no Sistema Nacional de Saúde, será explicitado agora como se deu a constituição de uma parte deste setor, o setor da atenção suplementar à saúde e depois detalhado como ocorreu o seu processo de regulamentação.

As Empresas de Planos de Saúde - EPS - brasileiras emergem no período do desenvolvimento industrial, diferentes das americanas que foram decorrentes da depressão dos anos 30. O desenvolvimento industrial brasileiro, progressivo até a metade dos anos 70, proporcionou a formação de um mercado crescente para as EPS, basicamente por três questões: a formação de um trabalhador integrante de uma categoria específica (e reivindicador de um acesso a assistência médica diferenciada), o grande crescimento desta parcela de trabalhadores, e a unificação dos Institutos de Previdência Social no INPS em 1966 (que foi sentida como uma queda na qualidade no atendimento) (SALM, 2005).

Assim é que, entre os anos 50 e o começo dos 60, o empresariamento privado da Medicina efetiva-se como uma extensão dos ambulatórios das fábricas. A organização de serviços médicos próprios de empresas, destinados a prestarem assistência médica a trabalhadores e seus familiares, correspondem à instalação das indústrias de base e ao início do processo de industrialização, manifestando o interesse do empresariado para organizar a oferta de serviços médicos para seus empregados, com o objetivo de aumentar a produtividade por meio da manutenção e recuperação da força de trabalho (BAHIA, 2005).

A partir de meados da década de 60, os convênios-empresa mudaram as relações entre os financiadores e os provedores de serviços, possibilitando que as empresas médicas (cooperativas médicas e medicina de grupo) se expandissem. Estes convênios, financiados pela Previdência Social, pagavam as empresas que optassem pelo atendimento de seus trabalhadores por empresas médicas ou que organizasse uma rede de serviços de saúde administrada pela própria empresa.

As décadas de 60 e 70 foram marcadas pela constituição de redes de serviços privados contratadas pelo Estado. No final dos anos 70, os convênios-empresa passaram a ser celebrados diretamente entre os empregadores e as empresas médicas, sem a

intermediação da Previdência. No início dos anos 80, já existiam cerca de 15 milhões de pessoas vinculadas aos planos de saúde, conforme os dados da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE - e pela Federação das Unimed's. Até meados dos anos 80, o mercado de planos era praticamente todo composto por planos de empresa. No final da década de 80, grandes operadoras e os planos próprios de grandes montadoras, empresas estatais e associações de categorias, já estavam consolidadas e este mercado modificou-se substancialmente, adquirindo as características atuais. Houve a intensificação da comercialização de planos individuais, a entrada de grandes seguradoras, a adesão de novos grupos de trabalhadores como os funcionários públicos da administração direta, alguns planos começaram a garantir atendimento nacional e houve uma ampliação da oferta para serviços especializados (TEIXEIRA et al., 2002).

1.2- Histórico da Regulamentação dos Planos

A Constituição, promulgada em outubro de 1988, deu um prazo de seis meses para que o poder Executivo enviasse ao Congresso os Projetos de Lei referentes à organização e funcionamento da Seguridade Social. Ao descumprir os prazos constitucionais, o Executivo deu margem a que parlamentares apresentassem os seus projetos. Ao final da tramitação da Lei Orgânica da Saúde, o texto aprovado contemplou muitos interesses, ainda que a maioria por meio da omissão ou da ambigüidade, postergando-se o tratamento definitivo das mesmas, tendo assim a necessidade de se tramitar outros projetos complementares à Lei Orgânica, para dirimir polêmicas, como no caso dos Planos de Saúde (RODRIGUES NETO, 1997).

Assim, enquanto o SUS tem seus fundamentos legais consolidados na Lei n.º 8080, a Lei Orgânica da Saúde, de 1990, o mesmo não ocorreu com o setor suplementar, que mesmo existindo projetos para sua regulação desde 1991, encontrava muita resistência das empresas de planos contrárias a se submeterem a qualquer regulação estatal.

Segundo SCHEFFER e BAHIA (2005), dois movimentos foram fundamentais para o processo de regulação ser acelerado: o primeiro referente à entrada no segmento de duas grandes seguradoras, vinculadas ao capital estrangeiro, que criticavam as auto-regulações em curso, consideradas lesivas à concorrência e necessitavam de amparo jurídico-legal para a adoção de regras de competição e à entrada do capital estrangeiro; e o segundo movimento foi uma convergência das demandas e necessidades levantadas particularmente por consumidores, médicos e secretarias de saúde. Antes de 1998, a norma mais usada para tentar dirimir os conflitos nas relações entre usuários e empresas de planos, era o Código de Defesa do Consumidor, e diante da grande quantidade de problemas, o assunto era presença freqüente nos Procon's, nos Tribunais e nos meios de comunicação.

Alguns outros atores sociais somam-se ao interesse pela regulação do setor: alguns governos estaduais, que formulavam as primeiras normas de controle do fluxo de pacientes privados aos estabelecimentos públicos, baseadas na cobrança do atendimento prestado; as entidades de defesa de usuários portadores de patologias e deficiências tradicionalmente excluídas da cobertura dos planos; e ainda, os conselhos e entidades representativas de profissionais da saúde não-médicos, interessados em uma regulamentação que ampliasse as coberturas para além da assistência médica. Formou-se, então, uma coalizão de interesses em torno da necessidade da regulamentação, com vocalização política, espaço garantido na mídia e respaldo da opinião pública (SCHEFFER e BAHIA, 2005).

Foi em outubro de 1997, que a Câmara dos Deputados aprovou uma primeira versão da Lei de Regulamentação dos Planos. Essa versão era focada em uma forte regulação da atividade econômica, e apenas indutora na dimensão da assistência à saúde, havendo a possibilidade de exclusões da cobertura assistencial. A regulação seria feita pela Superintendência de Seguros Privados –SUSEP com as diretrizes básicas emanadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP configurando-se, portanto, um modelo de regulação de atividade econômica, atribuída ao Ministério da Fazenda. Ao Ministério da Saúde cabia apenas a função de assessoramento (MONTONE, 2004).

No primeiro semestre de 1998, o projeto foi debatido no Senado e recebeu alterações fundamentais como: o fortalecimento do pólo assistencial da regulação e conseqüente fortalecimento do papel do Ministério da Saúde; o sistema de regulação bipartite, com a regulação da atividade econômica na esfera do Ministério da Fazenda e a regulação da atividade assistencial no Ministério da Saúde e ao Conselho de Saúde Suplementar - CONSU; foram reforçadas ou criadas regras de proteção ao consumidor, como controle de reajuste de preço, proibição da seleção de risco e proibição do rompimento unilateral dos contratos dos planos individuais; e foi criada a Câmara de Saúde Suplementar -CSS, como órgão consultivo na regulação da assistência à saúde. Essas alterações foram viabilizadas através de uma Medida Provisória, para evitar que o projeto fosse remetido de volta à Câmara e adiasse mais uma vez sua aprovação (MONTONE, 2004).

Desta forma, a Lei n.º 9.656/98 foi promulgada conforme o texto aprovado na Câmara, no dia 3 de junho de 1998, e em 5 de junho foi editada a Medida Provisória n.º 1.665, alterando a Lei e considerando o que havia sido negociado no Senado.

A partir deste momento e até a entrada em vigor da lei, que ocorreu em janeiro de 1999, foram editadas várias resoluções pelo CONSU, para serem viabilizadas as exigências da legislação.

Ao final de 1999, já tendo sido observados os limites de um modelo bipartite, todas as atribuições de regulação foram reunidas no Ministério da Saúde. Além da transformação do CONSU em Conselho Ministerial e da ampliação das atribuições da CSS, a grande novidade da revisão do modelo de regulação foi a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

A ANS foi criada por meio da Lei 9.961/00, para regular uma atividade já existente, extremamente complexa, em um setor essencial e que nunca havia sido objeto de regulação do Estado. E ainda tinha que superar, na sua implantação, dois pontos críticos: a ausência de informações estruturadas sobre o setor e a inexistência de quadro de pessoal próprio (MONTONE, 2004).

O marco legal da regulação do setor suplementar de atenção à saúde é formado, assim, pelo conjunto da Lei n.º 9.656/98, de 3 de junho de 1998, com a MP n.º 2.177-44 (originalmente MP n.º 1.665, de 5 de junho de 1998, que foi reeditada várias vezes por força legal), além da Lei n.º 9.961/00, que criou a ANS e da Lei n.º 10.185/01, que instituiu a figura da seguradora especializada em saúde.

1.3- Conformação Atual do Sistema Nacional de Saúde

Como foi verificado, o texto constitucional permite a constituição de um Sistema Nacional de Saúde, que atualmente está conformado da seguinte forma:

- Sistema Único de Saúde: formado pelos serviços próprios municipais, estaduais e federal e os serviços privados complementares (contratados ou conveniados ao SUS);
- Setor Suplementar de Atenção à Saúde: privado, formado pelos serviços próprios das empresas de planos de saúde ou por elas contratados;
- Setor Privado Autônomo ou de Procura Direta: privado, formado por serviços de saúde que não são nem vinculados ao SUS nem as empresas de planos de saúde. Este, em quantidade cada vez menor no país, não será tratado neste trabalho.

Os bem estabelecidos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, e seus aspectos organizativos, diferenciam-no dos outros setores. Segundo CECÍLIO (2001), a universalidade, integralidade e equidade da atenção se constituem em um tríplice conceito-signo, com forte poder de expressar o ideário da Reforma Sanitária brasileira, traduzido no SUS. Desta forma, poderíamos considerar o setor suplementar quase como o signo oposto ao SUS, traduzido nas seguintes contraposições:

- Universalidade X População restrita (acesso por pagamento).
- Integralidade X Segmentação (ambulatorial, hospitalar com ou sem Obstetrícia e odontológico).

- Equidade X Capacidade de Compra (os planos mais “completos” e com prestadores “diferenciados” são mais caros).

As características do Setor Suplementar, de ter que pagar um plano para se fazer parte, ou seja, seu aspecto restrito; a possibilidade de segmentar a assistência por tipos de planos, que vai na contramão da integralidade, e as condições de renda que possibilitam acesso diferenciado a planos mais abrangentes e com unidades de serviços de saúde mais reconhecidas pela qualidade, depõem contra a possibilidade de equidade no setor. Assim temos, no setor suplementar de atenção à saúde, o oposto do preconizado para o Sistema Único de Saúde.

No entanto, mesmo que alguns defendam que este setor não deveria existir ou que deveria ser extinto ou que é de difícil, quase impossível governança (MENDES, 2002), não se pode negar a importância que hoje tem para a sociedade brasileira: são mais de 40 milhões de contratantes (mesmo que uma pessoa possa ter mais de um contrato, o número ainda assim é significativo); existe uma grande quantidade de recursos envolvidos (que de outra forma não seria destinada para a saúde) e uma representativa participação de atores sociais; o grupo de usuários tem um poder de vocalização muito grande (composta por pessoas que podem desembolsar mensalmente uma certa quantia de dinheiro para pagar um plano de saúde ou por trabalhadores de empresas contratantes de planos). Geralmente a justificativa para o crescimento do setor é imputada a uma certa dificuldade no acesso ao SUS ou pela falta de qualidade do mesmo. Também existem aqueles que defendem o setor suplementar pelo fato de se constituir em uma possibilidade de opção, como uma liberdade democrática, e por se constituir como um mercado de trabalho para os profissionais de saúde.

Mas, o que é necessário enfatizar, é que o setor saúde independente da natureza (pública ou privada) da relação, é o encontro de um grupo portador de alguma necessidade com outro grupo que carrega uma promessa de ajuda nessas necessidades e tem as seguintes características, dentre outras: envolve o conjunto dos cidadãos desde o nascimento à morte; lidam com o corpo humano; podem provocar nas pessoas e famílias danos catastróficos; os juízos são feitos com base em experiências pessoais; dominância

profissional; indução da demanda pela oferta; grande variabilidade na oferta de um mesmo serviço e muitos eventos não previsíveis.

Também independente da natureza, já foi visto que por terem relevância pública e, principalmente, por estarem implicados com a qualidade de andar a vida das pessoas, os serviços de saúde precisam ser organizados, para cumprir o objetivo de cuidar das necessidades de saúde das pessoas a eles vinculados.

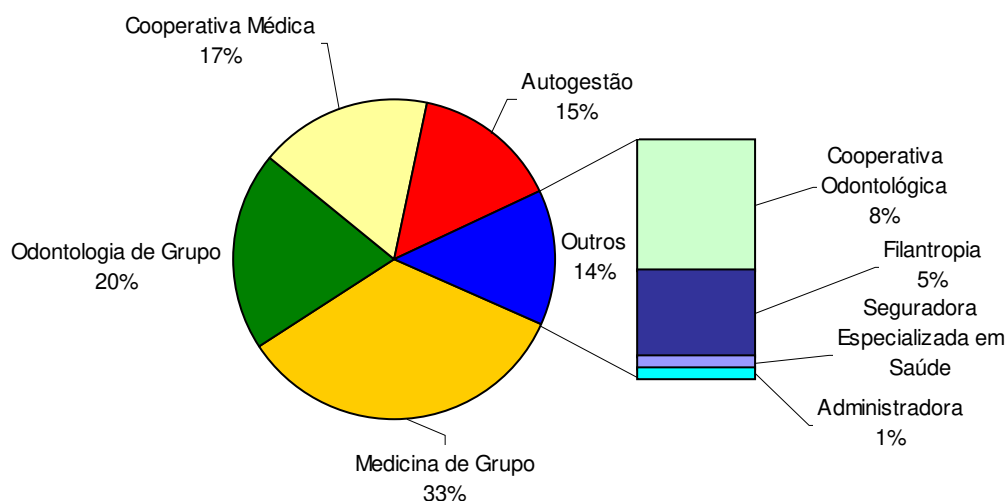
Em síntese, acha-se relevante o estudo do setor suplementar de atenção à saúde:

- Porque é do campo de produção da saúde;
- Porque os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, são de relevância pública;
- Porque os serviços de saúde devem se organizar para atender as necessidades de saúde dos usuários, provendo cuidados; e
- Pela magnitude que o setor tem hoje para o sistema nacional de saúde.

1.4- Alguns Dados Gerais do Setor Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS tem em seu cadastro de beneficiários (cujo termo se refere a vínculos aos planos, podendo existir vários vínculos para um mesmo indivíduo) referente a setembro de 2005, um total de 41.811.425 registros com a seguinte distribuição geográfica pelas regiões do país: 3,0% na Região Norte, 12,8% na Região Nordeste, 4,3% na Região Centro-Oeste, 12,8% na Região Sul e 67,1% na Região Sudeste. Esses beneficiários estão distribuídos por 1.762 operadoras de planos. Existem 2.100 operadoras de planos de saúde registradas como ativas. No entanto, existe uma concentração, percebida através dos dados, com cerca de 80% dos beneficiários estando vinculados a 277 operadoras (15,7% do total) (BRASIL, 2005).

As operadoras estão distribuídas por modalidade, conforme pode ser visto no Gráfico 1, existindo um maior número de operadoras na modalidade de Medicina de Grupo.



Fonte: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 28/08/2005

Nota: Operadoras ativas

Gráfico 1- Percentual de operadoras de planos de saúde, por modalidade, em setembro de 2005.

A distribuição dos beneficiários por modalidade de operadora pode ser verificada na Tabela 1, com 33,77% dos beneficiários vinculados às operadoras de medicina de grupo.

Tabela 1- Beneficiários de planos de saúde, por modalidade da operadora, em agosto de 2005

Modalidade	Beneficiários	%
Medicina de Grupo	14.119.929	33,77%
Cooperativa Médica	11.198.250	26,78%
Autogestão	5.083.731	12,16%
Seguradora Especializada em Saúde	4.717.642	11,28%
Odontologia de Grupo	3.873.232	9,26%
Cooperativa Odontológica	1.510.528	3,61%
Filantropia	1.307.521	3,13%
Administradora	592	0,00%
Total	41.811.425	100%

Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 09/2005

Cadastro de Operadoras/ANS/MS - 25/10/2005

Os planos de saúde quanto ao tipo de contratação são classificados da seguinte forma:

- Individual ou familiar: contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar).

- Coletiva:

a) com patrocinador: planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade total ou parcialmente paga à operadora pela pessoa jurídica contratante. Inclui também os contratos mantidos por autogestão em que o beneficiário paga parcialmente o prêmio ou contraprestação (mensalidade).

- b) sem patrocinador: planos contratados por pessoa jurídica, pagos integralmente pelos beneficiários à operadora.

Quanto ao tipo de contratação são 21,1% de individuais, 64,5% de coletivos e 14,3% de não identificados. Quando separamos os tipos de contratação por planos novos e planos antigos, temos a seguinte distribuição: para planos novos, são 76,7% de coletivos e 23,3% para os individuais; já, para os planos antigos, são 44,8% de coletivos, 17,7% de individual e 37,6% de não identificados.

Com relação à vigência dos planos, são 38,1% de beneficiários com planos anteriores à vigência da Lei 9.656/98 e 61,9% posteriores, segundo o cadastro de beneficiários da ANS de setembro de 2005.

Na Tabela 2, pode-se observar o percentual de beneficiários em relação à população, com maior grau de cobertura na Região Sudeste.

Tabela 2- Grau de Cobertura populacional por planos de saúde, por região, em setembro de 2005

Região	Beneficiários	População	Grau de Cobertura
Sudeste	28.056.808	78.472.017	35,8
Sul	5.348.607	26.973.511	19,8
Centro Oeste	1.787.777	13.020.767	13,7
Nordeste	5.338.642	51.019.091	10,5
Norte	1.273.704	14.698.878	8,7
Exterior	251	-	-
UF não Identificada	5636	-	-
Total	41.811.425	184.184.264	22,7

Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS - 09/2005

População estimada por município 2004 - IBGE

Nota: Grau de cobertura: percentual de beneficiários em relação a população.

Observando-se os beneficiários por segmentação dos planos, encontra-se a seguinte distribuição, incluídos os planos antigos e novos:

- 56,3% de planos hospitalares e ambulatoriais;
- 14% de planos não identificados;
- 12,6% de planos odontológicos;
- 10,9% de planos- referência;
- 4,7% de planos ambulatoriais;
- 1,5% de planos hospitalares.

Com relação à atenção à saúde, temos um setor com muitas diferenças quanto à qualidade da atenção oferecida, com a maioria das operadoras não desenvolvendo atividades de promoção à saúde nem prevenção de doenças e praticando modelos assistenciais centrados na doença, nos hospitais e nos procedimentos médicos. A lógica da assistência é fragmentada, desarticulada e é restrita basicamente aos aspectos curativos.

1.5- Objetivos da Investigação

Este trabalho representa um esforço de compreensão da lógica organizacional da atenção à saúde do Setor Suplementar e da implicação de seus atores sociais com essa lógica.

Objetivo Geral:

- Analisar as diferenças de percepção e de enfrentamento dos diversos atores sociais componentes do setor suplementar, com relação à organização da atenção à saúde.

Objetivos Específicos:

1. Identificar e caracterizar os atores sociais implicados com o setor e verificar a posição de cada um com relação a alguns analisadores de organização de atenção à saúde;
2. Verificar se existem diferenças de produção assistencial entre os diferentes tipos de operadoras;
3. Analisar a reação dos atores sociais quando o governo coloca questões de organização da atenção à saúde no setor;
4. Identificar possibilidades de instituição de uma lógica organizacional da atenção à saúde no setor suplementar voltada para as necessidades dos seus usuários.

Além deste primeiro capítulo introdutório, a investigação será apresentada em mais seis capítulos:

- Capítulo 2 – **Caminho Metodológico** – apresentação e discussão da metodologia utilizada na investigação.
- Capítulo 3 - **A Produção da Saúde e o Setor Suplementar** - parte que apresenta uma revisão bibliográfica, posicionada, sobre modelagens assistenciais e a qualidade e avaliação dos serviços de saúde, e se discute as características da atenção à saúde do setor suplementar.
- Capítulo 4 - **Os Atores Sociais e a Atenção à Saúde no Setor Suplementar** – onde é feita uma discussão sobre atores sociais, identificando quais são os atores sociais do setor com suas características, e realizada a verificação da posição dos atores sobre a atenção à saúde, através de algumas categorias analíticas, em dois momentos importantes para o setor (o Simpósio no Senado, em 2001 e o Fórum Nacional, em 2003), utilizados como analisadores.

- Capítulo 5 – **Alguns Dados de Produção Assistencial do Setor Suplementar** – são apresentados alguns dados do setor, principalmente aqueles contidos no Sistema de Informações dos Produtos (SIP), e ainda alguns dados obtidos de publicações das operadoras.
- Capítulo 6 - **O Papel de Indução do Ator Governo na Conformação de Modelos de Atenção à Saúde no Setor Suplementar: Reações, Possibilidades e Limites** – capítulo onde são abordadas algumas reações dos atores sociais frente a algumas iniciativas do governo, utilizadas como analisadores (MP-43, de 2001; Diretrizes para o Setor feitas pelo MS, em 2003; RN 94 e Projeto de Qualificação, ambos de 2005), referentes à organização da atenção à saúde.
- Capítulo 7 - **Considerações Finais** – apresentam-se algumas reflexões sobre as questões levantadas com algumas indicações.

Na sequência, são apresentadas as **Referências Bibliográficas** utilizadas neste trabalho e os documentos anexos.

2- CAMINHO METODOLÓGICO

Segundo MERHY (2004), todo pesquisador, além de sujeito epistêmico é sujeito ideológico, ou seja, um sujeito interessado que dá valor e faz opções por determinadas coisas e concepções ideológicas e não a outras. Mas tem, também, os pesquisadores que são mais que sujeitos interessados, são sujeitos implicados, militantes, sendo ao mesmo tempo, pesquisador e pesquisado. Isso porque “procuram submeter a processos investigativos o seu próprio agir, trazendo, com isso, para a análise o seu próprio modo de dar sentido ao que é problema a ser investigado, no qual também significa claramente a si mesmo e aos outros” (MERHY, 2004, p.25).

O sujeito implicado carrega em si duas rupturas: a da neutralidade do analista/pesquisador e a da separação entre o sujeito que conhece e o objeto a ser conhecido.

Como esta investigação se inclui neste tipo de conhecimento, lança-se mão de uma citação do mesmo autor, que clareia o pensamento ao qual a investigadora se filia:

A produção deste saber militante é novo e auto-analítico, individual e coletivo, particular e público. Opera sob os vários modos de se ser sujeito produtor do processo em investigação e em última instância interroga os próprios sujeitos em suas ações protagonizadoras e os desafios de construir novos sentidos para os seus modos de agir, individual e coletivo. Interroga e pode repor suas apostas e modos de ação. Ao passar pela auto-análise das implicações do sujeito, acorda o do seu silêncio instituído e abre-se para novos sentidos e significações para os fenômenos, reconhecendo-se como seu produtor, ressignificando a si e os sentidos de seus fazeres. Nesse tipo de estudo o mais importante do ponto de vista metodológico é a produção de dispositivos que possam interrogar o sujeito instituído no seu silêncio, abrindo-o para novos territórios de significação, e com isso, mais do que formatar um terreno de construção do sujeito epistêmico, aposta-se em processos que gerem ruídos no seu agir cotidiano, pondo-o sob análise. Aposta-se na construção de dispositivos auto-analíticos que os indivíduos e os coletivos em ação possam operar e se auto-analisar (MERHY, 2004, p.32).

A pesquisadora encontra, ainda, muita identidade com outra passagem do mesmo texto do autor, quando afirma que:

A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação protagonista pode gerar como acontecimento, mobilizando que as várias dimensões do sujeito interajam para conduzir a um saber militante, igualmente válido e legítimo, permitindo-lhe compreender 'mais' sobre a situação e a ação, para continuar agindo. Nesse tipo de processo a implicação é estruturante do processo, coloca-se sob análise a si mesmo em ação e intenção. O processo é obrigatoriamente auto-analítico (MERHY, 2004, p.43).

Portanto, a mobilização para realização desta investigação deve-se à inserção da investigadora no setor suplementar de atenção à saúde desde 1998, tendo participado ativamente, desde então, na construção de uma abordagem de regulação assistencial para o setor.

E, conforme assinala MINAYO (2004), nada pode ser intelectualmente um problema, se já não tiver sido um problema da vida prática, porque a escolha de um tema não surge espontaneamente, esta inserção militante gerou a necessidade de se buscar respostas para alguns questionamentos:

- 1- A organização de atenção à saúde no setor suplementar tem especificidades?
- 2- Os atores sociais do setor suplementar se reconhecem como participantes do campo de produção à saúde?
- 3- Qual lógica organizacional de atenção à saúde os atores sociais tentam imprimir ao setor?
- 4- Existem diferenças de organização de atenção à saúde entre as diversas operadoras de planos de saúde que se refletem em sua produção assistencial?
- 5- Como reagem os atores sociais quando se coloca no setor alguns mecanismos indutores de determinadas lógicas assistenciais?
- 6- Como se poderia instituir, no setor suplementar, uma lógica de atenção à saúde voltada para as necessidades dos usuários?

É importante, também, destacar que neste estudo, pela identificação e implicação da pesquisadora com a construção de uma organização de atenção à saúde que seja defensora da vida, o olhar ético-analisador (JORGE, 2002) que permeará a investigação, será aquele na defesa de um modelo que considere prioritariamente as necessidades de saúde dos usuários.

A junção destes dois lugares - de inserção militante no setor suplementar e da defesa de uma organização de atenção à saúde voltada para as necessidades dos usuários - é o eixo condutor de toda a investigação.

Na busca das respostas para os questionamentos assinalados, e fazendo um esforço para que a investigação não desqualificasse o sujeito epistêmico frente ao sujeito implicado, buscou-se construir um percurso metodológico que desse conta da complexidade das questões. E no desenvolvimento da investigação é que se foi reconhecendo a conveniência dos métodos disponíveis, frente às informações que se fizeram necessárias para o cumprimento dos objetivos e questionamentos colocados para o trabalho. Com certeza, a pesquisa restritamente quantitativa não daria conta da complexidade pretendida. Assim, optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa com a utilização da triangulação metodológica, aqui restrita apenas à multiplicidade de fontes e de técnicas de coleta de dados.

Frente a estes dois grandes objetos de estudo – a qualificação da organização da atenção à saúde no setor suplementar e os atores sociais do setor – colocados diante de alguns indagadores sobre suas inter-relações, buscou-se organizar o trabalho para conseguir atender seus objetivos específicos, agregando-se algumas perguntas da seguinte forma, para alcançar as respostas, ou seja: o que pensam (perguntas 2 e 3), como fazem (pergunta 4) e como reagem (pergunta 5) os atores sociais do setor suplementar de atenção à saúde, frente a uma lógica de atenção à saúde?

Esta forma de agrupamento corresponde a organização dos capítulos da investigação: a pergunta 1, tem sua reflexão no capítulo 3; o que pensam os atores sociais, tem a correspondência do capítulo 4, dos atores sociais e a atenção à saúde (correspondente ao primeiro objetivo específico); como fazem, está no capítulo 5 dos dados de produção

assistencial (correspondente ao objetivo específico 2), e como reagem, está no capítulo 6 do papel de indução do ator governo (correspondente ao objetivo específico 3). A pergunta 6, sobre as possibilidades de indução de uma nova lógica organizacional (correspondente ao objetivo específico 4), encontra suas ponderações também no capítulo 6. Desta forma, organizou-se os capítulos para buscar responder aos questionamentos e atender os objetivos específicos, de forma agregada e organizada, construindo-se, assim, uma lógica interna da investigação, sintetizada no Quadro 1, abaixo.

Quadro 1- Lógica Interna da Investigação

GRUPO	PERGUNTAS	OBJETIVOS	CAPÍTULOS	FERRAMENTA
Características	1		3	Revisão bibliográfica
O que pensam	2 e 3	1º	4	Planilhas Simpósio e Fórum
Como fazem	4	2º	5	Dados do SIP Publicações
Como reagem	5	3º	6	MP-43, Diretrizes e Qualificação
Indução	6	4º	6	

Importante destacar a adoção, nesta investigação, da conceituação de MATUS (1996), para os atores sociais, para quem são:

(...) os motores da mudança, aqueles que declaram as insatisfações, que processam ou ignoram as teorias para entender a realidade em que vivem, acumulam vontade, valores, preconceitos, ideologias, poder de mudança e incapacidades; criam visões diferenciadas, como se usassem óculos que os fazem ver a realidade com lentes de diferentes cores e graus, rebelam-se contra o evitável e geram conflito; lutam pelo poder e governam no âmbito particular de seus domínios. São portadores e, às vezes, criadores de idéias (MATUS, 1996, p.203).

O autor afirma que “o ator social é a cúpula ou a direção de uma organização e, excepcionalmente, uma personalidade” que deve preencher os seguintes requisitos: sua ação é criativa; tem um projeto; controla uma parte relevante de recursos críticos, tendo capacidade de produzir fatos no jogo social; participa do jogo; tem organização estável, que lhe permite atuar com o peso de um coletivo ou presença forte e estável, que lhe permite atrair uma coletividade; pode ser um ator-pessoa ou um ator-grupo, produzindo atos de fala e jogadas. Também afirma que a ferramenta do ator é a ação na *praxis* e que

o ator vive em risco e incerteza, ao mesmo tempo que gera risco e incerteza para os outros. Produz a realidade e é produto dela. Diferencia-se de qualquer convenção analítica em que fale por si mesmo, pode auto-analisar-se e ser parte de um diálogo com outros atores (MATUS, 1996, p.205).

Como exemplos de atores sociais, cita, dentre outros, os dirigentes de partidos políticos, as forças sociais, os grupos de pressão organizados, os dirigentes de instituições ou organizações de qualquer natureza, sindicatos, associações de classe, órgãos de defesa regional e organizações religiosas e militares, por terem capacidade de ação e peso coletivo.

Não se pretende neste trabalho realizar um estudo de cada ator do setor suplementar de atenção à saúde, conforme é proposto por MATUS (1996) com todos os seus elementos (os valores e afinidades, as intenções e motivações, a capacidade e habilidade, as invariantes do código de personalidade ou o estilo de ação, o vetor de força acumulado e a história de atuações) mas apenas descrevê-los e abordar alguns aspectos das variáveis de aprendizagem e perícia, como o foco de atenção e a posição frente a atenção à saúde.

A representação dos interesses dos atores pode se dar das mais diferentes formas, pois os atores não são blocos homogêneos, mas se conformam em diversos tipos, além de condicionarem sua forma de agir ao agir do outro, constituindo alianças, lutas e acordos entre si e com os outros.

Como já referido, para se conseguir atingir os objetivos específicos e cada agregação de perguntas, houve a verificação da melhor forma de obtenção de respostas.

Sobre a organização da atenção à saúde e as especificidades do setor suplementar, buscou-se estabelecer um diálogo com os autores que há bastante tempo já discutem as modelagens assistenciais da área da saúde.

Para se conseguir identificar o que pensam os atores sociais sobre o campo de produção da saúde e sobre a organização da atenção à saúde, inicialmente foi necessário caracterizar quais são os atores sociais implicados com o setor e identificar situações onde se ficasse clara a posição dos mesmos com relação à organização da atenção à saúde.

Para a identificação dos atores sociais componentes do setor suplementar, lançou-se mão da composição da Câmara de Saúde Suplementar - CSS, estabelecida pela lei n.º 9961/00 (Art. 13), mesmo que não se descreva todos os seus componentes. Foram considerados os seguintes atores sociais, conforme representação existente na CSS e nos dois momentos escolhidos que contaram com suas representações: operadoras de planos de saúde (e sua tipologia, destacando-se as empresas de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Auto gestões e Seguradoras), prestadores de serviços de saúde (representantes hospitalares e de profissionais de saúde), usuários de planos de saúde e governo. Alguns intelectuais vinculados à saúde e alguns membros do legislativo tiveram participação em alguns momentos nos dois eventos e serão, apenas superficialmente, referidos.

Para a verificação da posição dos atores sociais foram escolhidos dois momentos importantes para o setor suplementar, caracterizados como analisadores, onde os atores sociais tiveram representação formal, manifestaram-se sobre diversas questões de forma sistematizada, com objetivo de avaliarem a regulação do setor e que são os principais momentos de discussão sobre o setor após a edição da lei e da instalação da ANS. Os dois momentos analisadores escolhidos foram:

- o Simpósio sobre a Regulamentação dos Planos de Saúde, que foi uma iniciativa conjunta do Conselho Nacional de Saúde e do Congresso Nacional, com o apoio da ANS e do Ministério da Saúde, ocorrido nos dias 28 e 29 de agosto de 2001, e

- o Fórum Nacional de Saúde Suplementar, promovido pelo Ministério da Saúde, ocorrido no ano de 2003

Simpósio no Senado Federal

Teve a finalidade de debater os três anos da regulamentação do setor, sendo precedido por intensa polêmica em torno da edição da Medida Provisória n.º 2.177- 43 (MP-43). Foi realizado em dois dias, tendo sido composto por seis mesas, além da mesa de Abertura: Interface e articulação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro (mesa 1); Coberturas e modelos assistenciais (mesa 2); Fiscalização, defesa do consumidor e direito à saúde (mesa 3); Estrutura das operadoras (mesa 4); Regulação de preço (mesa 5) e encaminhamentos das propostas (mesa 6).

Segundo SCHEFFER E BAHIA (2005), o Simpósio foi marcado pela explicitação das divergências existentes entre as posições defendidas por representantes de operadoras, entidades médicas, de profissionais da saúde, de defesa dos consumidores, parlamentares e diretores da ANS, tendo ressaltado a importância para o Brasil de um sistema de saúde com qualidade, eficiência e atendimento universal além da necessidade de melhor regular as relações nos setores público e privado de saúde. Os mesmos autores dizem, ainda, que ao mesmo tempo que houve o reconhecimento de alguns avanços trazidos pela legislação, ficou registrado o descontentamento com o papel desempenhado pela ANS até aquele momento e que a conclusão foi de que o processo de regulamentação precisava ser ampliado para além da ANS, com maior envolvimento do Congresso Nacional, do Conselho Nacional de Saúde e de outras instâncias.

O Fórum de Saúde Suplementar

O Fórum de Discussão do Setor de Saúde Suplementar foi convocado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria n.º 581, com o objetivo de identificar os pontos críticos e apresentar propostas para o desenvolvimento do setor da saúde suplementar.

O Fórum foi coordenado pelo Ministério da Saúde (através de Fausto Pereira dos Santos – coordenador-geral), Conselho Nacional de Saúde (representado pelo Mario Scheffer) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (através do Diretor-presidente,

Januario Montone), tendo se desenvolvido em três etapas nacionais: a primeira, de 25 a 27 de junho; a segunda, de 9 a 10 de setembro e a terceira, de 25 a 26 de novembro. Houve, ainda, uma reunião extraordinária que ocorreu no dia 8 de outubro. Na primeira etapa ocorreram seis painéis, sempre com a participação de um coordenador (ANS, CNS ou MS), um debatedor (intelectual vinculado ao setor), um relator e três painelistas representando operadora, prestador e usuário). Os painéis abordaram as seguintes questões: Abrangência da regulação; A regulamentação do mercado e a diversidade das operadoras; Financiamento do setor e a regulação de preços e reajuste; Modelo institucional de regulação e fiscalização; Atenção à saúde no setor e o direito à saúde; e Operação do setor e sua relação com o SUS. Na segunda etapa, houve a separação em três grandes grupos com representação de todos os atores que deveriam discutir três blocos de questões colocadas pelas Diretrizes do Ministério da Saúde: aspectos de atenção à saúde; aspectos econômico-financeiros; e aspectos institucionais. Cada um dos grupos contou com uma relatoria que apresentou os resultados das discussões em plenárias. Aconteceram algumas reuniões com representantes dos atores antes da terceira etapa do fórum e o resultado dessas reuniões foram apresentadas nas duas grandes plenárias ocorridas na terceira etapa, quando as propostas dos grupos foram modificadas, acrescentadas ou aperfeiçoadas.

Para a apreensão da posição dos atores sociais com relação à atenção à saúde, foi montada uma planilha, para cada um dos momentos analisadores, onde constava: o grupo ao qual o ator pertence, especificação do ator, o momento da fala e o trecho da fala.

Para o preenchimento da planilha foram consideradas as categorias analíticas importantes do ponto de vista da autora, considerando o que diz MATUS (1996 b, p.49) que “cada ator escolhe as variáveis de seu modelo porque elas lhe parecem relevantes à sua visão da realidade”.

Foram utilizadas as seguintes categorias analíticas para verificação da posição dos atores sociais com relação à organização da atenção à saúde: integralidade, práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças, multiprofissionalidade, organização de rede, incorporação tecnológica, acompanhamento de doenças crônicas, avaliação e qualidade.

A motivação da escolha destas categorias fica mais clara com a leitura do capítulo 3 (A produção da saúde e o setor suplementar), onde a investigadora realiza um diálogo posicionado com relação as modelagens assistenciais possíveis na atenção à saúde. Sinteticamente, acredita-se que estas categorias abarcam a totalidade de uma possibilidade de organização da atenção à saúde, minimamente voltada para o campo da produção da saúde, sem necessariamente significar o seu exemplo mais sofisticado ou abrangente, mas tentando capturar as possibilidades de posicionamento dos atores.

A explicitação, ou mesmo a não explicitação, da posição dos atores com relação a cada uma destas categorias foi considerada igualmente importante na consideração da lógica que orienta o ator com relação à organização da atenção à saúde.

As fontes utilizadas para o preenchimento da matriz, foram:

- Anais do Simpósio de Regulamentação dos Planos de Saúde; e
- Relatórios do Fórum Nacional de Saúde Suplementar (do qual a investigadora foi a relatora geral).

Os relatórios do Fórum referentes à primeira e segunda etapa, foram divulgados (e ainda se encontram) no sítio da ANS, na parte de eventos já realizados. O relatório da terceira etapa não recebeu divulgação, constando apenas como anotações da relatora. Por este motivo, nas planilhas referentes a esta etapa, não há, como nas outras etapas, a identificação pessoal do representante da entidade, mas apenas a entidade enquanto ator social.

Para o tratamento dos dados obtidos foi utilizada a “Hermenêutica – Dialética”, conforme proposta por MINAYO (2004), que a caracteriza mais como um caminho do pensamento do que como uma tecnologia de interpretação de textos, como se colocam a “Análise de Conteúdo” e a “Análise do Discurso”. Segundo a referida autora, o método hermenêutico-dialético é o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade porque “coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida”.

MINAYO (2004) afirma que a interpretação no método hermenêutico-dialético tem dois níveis: o primeiro é o campo das determinações fundamentais, que já deve estar estabelecido na fase exploratória, e o segundo é o encontro com os dados empíricos.

Do ponto de vista operacional, MINAYO (2004) faz a proposição dos seguintes passos para o método hermenêutico – dialético:

- 1º) Ordenação dos dados – que consiste em transcrições de fitas, releituras de materiais, organização de relatos em determinadas ordens e organização dos dados de acordo com a proposta analítica.
- 2º) Classificação dos dados – sendo o dado “construído”, propõe as seguintes etapas para este momento: leitura exaustiva e repetida dos textos para cotejar as categorias empíricas (as encontradas no material) com as categorias analíticas teoricamente construídas; constituição dos conjuntos diferenciados com re-agrupamentos em torno das categorias centrais.
- 3º) Análise Final – quando as duas etapas anteriores fazem uma inflexão sobre o material empírico.

Com relação ao produto final, MINAYO(2004) realiza a seguinte reflexão:

O produto final é sempre provisório, resultado de todas as etapas de pesquisa, é o concreto pensado do qual nos fala Marx. Mas a sua compreensão jamais é contemplativa. Ela inclui num mesmo projeto, o sujeito do conhecimento e as próprias interrogações em movimento totalizador. A interpretação, além de superar a dicotomia objetividade *versus* subjetividade, exterioridade *versus* interioridade, análise e síntese, revelará que o produto da pesquisa é um momento da práxis do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos (MINAYO, 2004, p.237).

Um outro aspecto importante destacado por MINAYO (2004) é que

(..) se chegue à conclusão do trabalho com pistas e indicações que possam servir de fundamento para propostas de planejamento e avaliação de programas, revisão de conceitos, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades (MINAYO, 2004, p.238).

A abordagem metodológica para responder às questões vinculadas ao fazer dos atores sociais, aqui restritos às operadoras de planos, que são as responsáveis pela assistência dos usuários, foi a análise das informações conseguidas através do Sistema de informações de Saúde (SIP) da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) da ANS, além de se lançar mão de algumas informações conseguidas em publicações das próprias operadoras.

O SIP foi instituído pela Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 85, de 21 de setembro de 2001, após ter permanecido em Consulta Pública no período de 22 de maio a 25 de junho de 2001, para envio de informações e emissão de relatório gerencial de acompanhamento da prestação de serviços aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. As informações são remetidas por trimestre à ANS. A RDC n.º 85 foi substituída pela Resolução Normativa - RN n.º 86, de 15 de dezembro de 2004 e, posteriormente, pela RN n.º 96, de 29 de março de 2005.

Com o SIP, pode-se obter dados como: números de beneficiários, atendimentos ambulatoriais realizados, exames complementares, terapias instituídas, internações, consultas médicas, despesas assistenciais, valores médios por eventos. As informações fornecidas são submetidas a algumas críticas, mas não são auditadas e, mesmo existindo um manual que orienta a forma do fornecimento dos dados, não se pode assegurar que ele é fielmente seguido pelas operadoras.

O SIP é uma base de dados recente, estando sujeito, ainda, a inconsistências. Com o projeto de qualificação, houve uma melhora nos dados assistenciais fornecidos pelas operadoras, particularmente nos dados de 2003 e 2004, motivada pela possibilidade de divulgação dos dados.

Foi feita uma análise dos dados do SIP, na seguinte ordem: dados gerais, por tipo de contratação, por porte e depois por modalidade.

Abordando o terceiro grande bloco de questões, aquelas que dizem respeito a reação dos atores a algumas iniciativas governamentais, foram identificadas algumas iniciativas do âmbito governamental referentes à organização da atenção à saúde, consideradas como analisadores artificiais.

Entende-se aqui analisadores artificiais ou construídos, como aqueles descritos por BAREMBLITT (1996):

São dispositivos inventados e implantados pelos analistas institucionais para propiciar a explicitação dos conflitos e sua resolução. Para tal fim, pode-se valer de qualquer recurso (procedimentos artísticos, políticos, dramáticos, científicos etc.), qualquer montagem que ponha de manifesto o jogo de Forças, os desejos, interesses e fantasmas dos segmentos organizacionais (BAREMBLITT, 1996).

As iniciativas analisadoras foram as seguintes:

- MP – 43: esta Medida Provisória pretendeu implantar alterações profundas e polêmicas principalmente relativas às modalidades de organização da assistência (que propunha ser de reembolso, rede e acesso) e com relação à subsegmentação. Houve uma grande manifestação contrária por parte, principalmente, dos profissionais de saúde e usuários e essa reação à MP foi verificada utilizando-se os anais do Simpósio, já que o mesmo ocorreu imediatamente após a sua suspensão;
- Diretrizes do Ministério da Saúde para o Setor Suplementar: na segunda etapa do Fórum Nacional de Saúde Suplementar foram apresentadas as diretrizes do Ministério da Saúde para o setor e a reação dos atores às diretrizes foi verificada através do relatório da segunda etapa do Fórum Nacional;
- Resolução Normativa 94/2005: a RN 94, dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de seus beneficiários, ou seja, propõe o parcelamento das reservas financeiras para as operadoras que desenvolverem programas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Os resultados deste normativo foram verificados através dos dados existentes na Gerência Geral Técnico-Assistencial dos Produtos – GGTAP – que coordena o processo; e

- Programa de Qualificação: a ANS estabeleceu um programa de qualificação para o setor, objetivando melhorar os serviços prestados pelo setor e direcionar o modelo de atenção para se focar na saúde dos beneficiários. Foram estabelecidos vários indicadores que constituem o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, que deverá ter divulgação pública. A verificação das reações dos atores foi feita utilizando-se as atas das reuniões da CSS, onde, além de ter sido lançado o Programa e discutido sua metodologia, também foram apresentados os resultados da primeira (03 de maio de 2005) e segunda (13 de dezembro de 2005) etapas da Primeira fase do programa. Também foram utilizados documentos da ANS referentes ao programa.

Em síntese, foi realizada uma interação de dados qualitativos e quantitativos, pela compreensão de que o uso combinado de técnicas amplia a possibilidade de apreensão da realidade pelo investigador. As informações foram obtidas através do material empírico construído a partir dos anais do simpósio do Senado Federal, dos relatórios do Fórum Nacional de Saúde Suplementar e das atas da CSS, que foram submetidos ao método hermenêutico-dialético; e os dados secundários foram obtidos a partir do SIP, das publicações das entidades e de documentos da ANS.

Salienta-se que para a redação da tese, foi utilizado o manual da Faculdade de Ciências Médicas, de 2004.

***6- O PAPEL DE INDUÇÃO DO ATOR
GOVERNO NA CONFORMAÇÃO DE
MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE:
Reações, Possibilidades e Limites***

Neste Capítulo, inicialmente, serão abordadas as modelagens de atenção à saúde existentes e colocados alguns indicativos de organização de uma modelagem de atenção à saúde de uma forma geral e, também, para o setor suplementar.

Existe uma inadequação na forma como vem se dando o encontro, atualmente hegemônico, das tecnologias e o mundo das necessidades de saúde, porque ele está assentado na diretriz biológica do ensino médico que segue a matriz flexneriana e os interesses de mercado das indústrias de medicamentos e equipamentos, conforme já bastante explicitado por diversos autores.

Segundo MERHY (1997), “Modelo de atenção à saúde é o modo de se produzir saúde, através do conjunto das ações individuais e coletivas, em uma dada territorialidade populacional e de acordo com a existência de determinados serviços”.

No setor privado, as modelagens assistenciais que privilegiam as ações centradas nas doenças, com poucas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, procedimento-centradas, calcadas apenas no saber médico, são ainda mais destacadas que no setor público, onde o marco legal e muitas experiências já apontam para outros caminhos.

No setor de saúde suplementar, o modelo médico-hegemônico e procedimento-centrado e as práticas de gerenciamento da atenção têm um campo fértil, porque é fundado em uma lógica comercial mais gritante do que no setor público. As pessoas têm que pagar para terem acesso ao plano de saúde, diferente da lógica de acesso público e universal do SUS (que também tem uma lógica econômica, como o privado, porque implica em gastos com o mercado das indústrias de medicamentos e equipamentos, por exemplo, mas que não é a lógica predominante).

3.1- Modelagens de Atenção à Saúde

O campo da produção da saúde foi se constituindo como campo de construção de práticas cuidadoras, mas existindo uma variedade de maneiras ou modelos de atenção que nem sempre estão comprometidos com a cura e a promoção de saúde (MERHY, 2002).

No setor privado, como também no público, se vive uma crise estrutural do setor saúde, devido ao esgotamento do modelo médico hegemônico, que é centrado na realização de tecnologias de exames e procedimentos, como um fim em si mesmo, que leva a fragmentação do cuidado com especializações de cada profissional em determinados micro-espços produtivos, oferecendo uma atenção não integral, e existindo uma desresponsabilização pelo resultado do tratamento. Neste modelo assistencial, a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, e que subordina, claramente, a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar (MERHY, 2002).

Para verificar se o usuário está recebendo os cuidados necessários à sua necessidade, é importante observar o caminho assistencial percorrido pelo usuário desde a sua entrada no sistema de saúde, que se vai construindo conforme suas necessidades de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico assim como especialidades, atenção hospitalar e outros, até sua saída do sistema. Este percurso é conhecido como Linha de Cuidado (MERHY e CECÍLIO, 2003).

Assim, Linha de Cuidado é o fluxo de assistência ao beneficiário, centrado em seu campo de necessidade. Este fluxo pressupõe: um nível de acompanhamento, ou de responsabilização da operadora/prestador/cuidador por esse usuário; tem a figura do cuidador como central; o uso intenso de tecnologia leve; a existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias; o projeto terapêutico adequado àquele usuário; e o acesso aos recursos disponíveis à assistência (MALTA et al, 2004).

Um espaço que se tem mostrado importante, pelo seu potencial transformador na organização da atenção à saúde, é o debate sobre o processo de trabalho na saúde. A organização dos processos de trabalho na saúde, de forma integrada, conformando um coletivo multiprofissional, integrando saberes e fazeres, que garanta os produtos e resultados esperados, potencializando o trabalho vivo em ato, pode ser a fonte criadora de um novo momento na configuração do modelo de atenção à saúde (JORGE, 2004).

No entanto, pode-se ter outro tipo de intervenção sobre o processo de trabalho em saúde, como a ocorrida recentemente, nos EUA, por parte das administradoras de planos e seguros. Uma intervenção sobre o processo de trabalho, partindo-se do

reconhecimento da importância do trabalho vivo da saúde, mas visando a sua captura e ao direcionamento para outras lógicas, não no sentido de seu direcionamento para práticas cuidadoras em prol do usuário, mas no sentido de introdução de mecanismos de regulação do mesmo, através da atenção gerenciada (MALTA et al, 2004).

A Atenção Gerenciada (AG) não tem *a priori* uma preocupação com a produção do cuidado, do ponto de vista do atendimento às necessidades do usuário, mas uma ação reguladora externa, visando a redução de custos. O processo de trabalho permanece centrado no modelo de produção de procedimentos e todo comando é realizado pela lógica administrativa (FRANCO, 2002).

No modelo assistencial vigente, médico-hegemônico, voltado para a consulta médica, o processo de trabalho carece de interação de saberes e práticas necessárias ao cuidado integral à saúde. Existe uma predominância do uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (MERHY, 1997).

Para se proceder a uma mudança no modelo assistencial vigente, há que se investir na inversão das tecnologias utilizadas, cuidando para que o processo de trabalho seja centrado nas tecnologias leves e leve-duras, garantindo-se assim que o serviço seja produtor do cuidado (FRANCO e MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

Também se entende Linha de Cuidado como o pacto realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais, que é estruturado através de projetos terapêuticos, entendidos como conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde e estruturados para produzir o cuidado ao usuário, para o atendimento ao usuário desde sua entrada no sistema de saúde, garantindo o acesso a todos os serviços/recursos por ele demandados para atender à sua necessidade de saúde (FRANCO e MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

São diversos os atores que influenciam a linha de cuidado, sendo responsáveis pela sua continuidade ou por sua quebra. Há os usuários de planos que buscam assistência; as operadoras e os prestadores que regulam seu funcionamento através da pactuação de

contratos e definição de fluxos; os profissionais de saúde que operam processos de trabalho tecnologicamente determinados e a ANS, no seu papel regulador. Nesse sentido, ocorre um grande pacto, entre esses atores, como condição para sua existência (FRANCO, 2003).

A priorização do território das tecnologias leves numa perspectiva mais ampla e centrada na lógica do usuário deve ser aproveitada não para o aprisionamento do trabalho médico e maior controle deste como preconizado pela AG, mas para a implementação de novas formas de operar, centradas nas ferramentas leves do trabalho em saúde.

Assim, destaca-se a necessidade, seja no componente público ou no componente privado do sistema de saúde, da construção de um modelo de atenção que seja produtor de saúde, que opere tecnologias de saúde variadas, com trabalho multiprofissional realizado em condições dignas, que ofereça atenção integral, que seja articulador de ações de saúde cuidadoras, eficientes e resolutivas e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários.

A aposta na existência de Linhas de Cuidado significa a possibilidade de organização dos processos de trabalho com o oferecimento de atenção multiprofissional, pautada pelos princípios da integralidade e do acesso facilitado, através das diretrizes de acolhimento e vínculo da clientela, com atendimento qualificado e resolutivo das necessidades de saúde dos usuários.

CECÍLIO (2001) tenta apreender a idéia de “necessidades de saúde” de uma forma mais completa, utilizando-se de uma taxonomia organizada através de quatro grandes blocos: ter boas condições de vida; ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; criar vínculos afetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional; e ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida

A lógica da atenção à saúde a ser perseguida é aquela que se organiza para atender as necessidades de saúde dos usuários:

- Possibilitando acesso e consumo, quando necessário, de todas as tecnologias disponíveis e capazes de melhorar e prolongar a vida;

- Que proporcione vínculo entre o usuário e os serviços (através de equipes multiprofissionais);
- Propicie graus crescentes de autonomia (com a informação e educação fazendo parte deste processo);
- Que se organize no princípio da integralidade (focalizada e ampliada).

A integralidade focalizada é aquela que é resultado de um esforço e confluência de vários saberes multiprofissionais, dentro do espaço concreto e singular de um serviço de saúde, enquanto que a integralidade ampliada é o resultado de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede mais complexa, composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente da área da saúde (CECÍLIO, 2001).

3.2- Atenção à Saúde no Setor Suplementar

Compreende-se que existem significativas diferenças de princípios existentes entre os modelos de atenção à saúde público e privado. Não há que se falar em universalidade e equidade no setor suplementar, já que o universo composto pelos usuários de planos de saúde é formado por aqueles que pagam um plano de saúde e cujo atendimento depende do tipo de plano contratado. Também não se pode falar em integralidade no setor suplementar, enquanto existir a possibilidade no setor de existência de segmentações da assistência, possibilitando a separação entre a atenção ambulatorial e a hospitalar.

E mais, a continuidade da existência de planos, onde existem restrições de toda ordem como os planos antigos, depõe contra a existência de integralidade do setor.

Um outro princípio que está longe da realidade do setor suplementar é o da equidade. Um estudo realizado pelo NISIS (2005), na Região Metropolitana de São Paulo, mostrou que a cobertura da população possuidora de planos de saúde é de 44,2%. No entanto,

(...) foram evidenciadas desigualdades na posse de planos de saúde entre pessoas de faixa de renda distintas. No conjunto dos cinco municípios-caso, 82,5% do grupo de maior renda possuíam planos, ao passo que no de menor renda essa cifra é de apenas 16%. Portanto, o percentual médio de 44,2% de consumidores de planos de saúde na população mascara a desigualdade existente quanto à posse de convênios e planos entre faixas de renda (NISIS, 2005).

Entendendo-se que equidade seja a superação de desigualdades, propiciada pela compreensão de que necessidades diferenciadas exigem ações diferenciadas, o setor suplementar seria ainda mais iníquo, já que populações mais abastadas podem adquirir planos mais “completos”, que são mais caros, por terem maior poder aquisitivo.

Se a universalidade e a equidade são princípios que, pela característica fundante do setor suplementar (de se ter que comprar um plano, cujas características diferenciam o preço, para se fazer parte), são inaplicáveis a este setor, o mesmo não se aplica ao princípio da integralidade, que deveria ser fortemente perseguido.

Existem, ainda, outras características no setor suplementar, com relação à sua atenção à saúde, além das dificuldades de se superar as iniquidades e de se estabelecer a integralidade no setor, que merecem cuidados:

- a existência de um rol de procedimentos, que significa a cobertura mínima obrigatória que deve ser atendida por todas as operadoras de planos, mas que ainda é muito restrita a procedimentos médicos. Existe, também, um rol de procedimentos odontológicos.
- Mesmo que a lógica econômica do setor imprima uma terminologia como equilíbrio econômico-financeiro, alienações de carteiras, etc., a taxonomia do setor ainda é muito pouco permeada por termos vinculados ao campo de produção da saúde, que são substituídos por outros mais vinculados a produtos e não pessoas, como, por exemplo, sinistralidade.

- A existência de sistemas de informação que apenas recentemente deixaram de se restringir às questões econômico-financeiras, para considerarem também as questões assistenciais.
- O pouco acúmulo no setor de utilização de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e de indicadores de saúde

Mesmo existindo restrições quanto à aplicabilidade da totalidade (porque acredita-se possível a aplicação parcial de algumas definições utilizadas) do conceito de integralidade, já tão discutido amplamente e recentemente no cenário público brasileiro (as publicações “Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde” de 2001 e a “Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde” de 2003, ambos organizados pela UERJ, atestam isso), pelo menos outras práticas já consagradas no setor público poderiam ser estimuladas, tais como: a adoção de práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças; a realização de acompanhamento de doenças crônicas; a incorporação racional de tecnologias (nem tão realizada assim mesmo no setor público); a adoção de outros saberes profissionais que não só o saber médico; a construção de sistemas de informação para acompanhamento dos eventos de saúde e a adoção sistemática de realização de avaliações.

3.3- Campo da Produção da Saúde

O campo da saúde é um terreno onde se encontram diferentes agentes: conjunto de indivíduos e grupos portadores e produtores de necessidades de saúde, com o dos que dominam certos saberes e práticas, certos modos de saber fazer atos de saúde que operam sobre as necessidades, mediados por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar e contratualizar este processo, enquanto uma dinâmica do privado e do público (MERHY, 2003)

Independente da prestação de serviços estar sendo realizada no setor público ou privado, no campo da produção da saúde os atores comparecem com seus papéis: os usuários como portadores de necessidades, os prestadores como realizadores de ações de saúde e os gestores como possibilitadores dessa relação.

O cerne da produção do campo da saúde é a intervenção das ações de saúde dirigidas como tecnologias que podem dar conta das necessidades sobre as quais elas operam.

Apesar da saúde ser um bem de relevância pública, a Constituição brasileira permite a operação de práticas lucrativas no setor saúde. Disso depreende-se que quem quiser comercializar no campo da saúde precisa cumprir a “alma” do negócio: ganhar dinheiro, mas produzindo saúde (MERHY, 2003).

Destaca-se que o consumo de ações de saúde difere do consumo de serviços em geral, pois não se operam escolhas livres, no ato da decisão do consumo. O usuário geralmente não detém as informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que irá consumir, já que o processo saúde/doença não é previsível. Ao comprar um plano de saúde não se pode prever que tipos de doença podem ocorrer, para se aferir sobre o tipo de cobertura necessária. Muitas vezes o consumo em saúde é imposto por situações de urgência/emergência, quando até as escolhas do serviço e do profissional tornam-se, muitas vezes, impostas pela proximidade e disponibilidade (MALTA et al, 2004).

Quando os atores sociais componentes da saúde suplementar se posicionam apenas a partir de seus lugares como agentes econômicos (comprador ou vendedor de serviços ou planos) não conseguem dar conta da racionalidade que a atenção à saúde exige. O posicionamento do “agente consumidor” (enquanto conhecedor do conteúdo de seu contrato), não consegue dar conta das necessidades de saúde do “agente usuário”. A racionalidade entre o encontro do mundo das necessidades com as tecnologias de saúde, exige mais do que só a razão do consumidor. O posicionamento do agente usuário como consumidor, nesse setor, é necessário, mas não é suficiente. Isso porque ele não pode ficar restrito às questões comerciais, como em outros serviços, pois o que ele está negociando é a própria capacidade de ficar vivo e viver a vida, prometido pelo cuidado que consome (MERHY, 2003).

Para o usuário, o serviço de saúde importa não só pelo que é (se hospitalar ou ambulatorial; clínica dermatológica ou cardiológica; procedimento “x” ou procedimento “y”) mas, também: onde está localizado, forma para acessá-lo

(se burocratizado ou facilitado), quantidade disponível, sua articulação com outros serviços, indicação precisa, forma da produção do procedimento ou serviço (se de forma acolhedora ou não), resolutividade, garantia de acompanhamento (se for o caso), encaminhamento (quando necessário), se todas as informações foram prestadas...

E isso vale para o conjunto dos atores do setor. A lógica exclusivamente financeira adotada por algumas operadoras ou o posicionamento de vendedor de serviços, principalmente de tecnologia de alto custo, por parte dos prestadores, é insuficiente para dar conta da racionalidade da saúde, ou seja, da eficácia e da efetividade das ações de saúde.

A atuação das operadoras de planos de saúde sempre esteve majoritariamente voltada para o campo econômico-financeiro e muito afastada das políticas de saúde e da mensuração da qualidade da assistência prestada. Como se elas não estivessem operando um produto que é a produção da saúde.

Também o que tem movido, até hoje, a relação entre operadoras de planos e prestadores de serviços, não são os aspectos da qualidade assistencial, mas sim, os aspectos econômicos, a capacidade de vendas que um prestador possa realizar para a operadora, os valores envolvidos e a presteza para o pagamento de faturas.

MERHY (2003), afirma que a finalidade de qualquer ação em saúde é produzir o ato de cuidar, e a finalidade última de qualquer trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, é a responsabilidade em operar com saberes tecnológicos, de expressão material e não material, para a produção do cuidado individual e/ou coletivo, que promete a cura e a saúde.

Sendo o campo de produção da saúde um campo de atuação com tantas particularidades, também o trabalho em saúde possui algumas especificidades que o diferencia dos outros trabalhos porque implica em um espaço relacional, que envolve o usuário e o produtor de ações de saúde e porque essa relação intercessora se dá em ato, em cada encontro, com a produção de momentos criativos, carregados de subjetividades que são determinantes no processo de recuperação da saúde (MALTA et al, 2004).

Também é particular porque, como afirma MERHY (2002), “O sentido final do trabalho em saúde é o de defender a vida dos usuários individuais e, ou, coletivos, através da produção de cuidados”.

Para o setor suplementar de atenção à saúde, é importante o campo de atuação em que os atores se colocam, porque isso implica em comportamentos e comprometimentos diferentes entre eles.

Quando os atores principais da saúde suplementar se colocam exclusivamente dentro do campo econômico, as operadoras comportam-se como intermediadoras econômicas, os prestadores de serviços de saúde como produtores de procedimentos e o usuário de plano como consumidor. Quando os atores se colocam dentro de um campo de produção da saúde qualificado, as operadoras podem ser gestoras de saúde, os prestadores podem ser cuidadores e os usuários de planos podem comportar-se como cidadãos com consciência sanitária.

O esforço inicial foi muito concentrado nos aspectos econômico-financeiros, mas agora percebe-se um esforço, por parte do órgão regulador, de estabelecer alguns componentes de regulação assistencial, que signifique uma melhor atenção à saúde do setor.

3.4- Setor Suplementar: mercado e atores imperfeitos

Segundo TEIXEIRA (2003), mercado é um lugar não necessariamente geográfico, um *locus* onde se defrontam compradores, vendedores, produtores, intermediários, para comprar, vender, transacionar produtos que são substitutos próximos entre si. Na saúde suplementar não há um grau de homogeneidade grande entre os produtos; os consumidores não têm condições de exercer sua preferência e a saúde não é um bem econômico. Portanto, o setor suplementar se constitui em um mercado imperfeito.

Já MERHY (2003), afirma que qualquer que seja o modelo econômico a ser implementado para o setor suplementar, agregado a qualquer que seja o modelo regulador a ser operacionalizado, ambos devem ser sinérgicos com a base fundamental de que agem no

campo da saúde e, portanto, sob um bem único e especial, implicando que o que dá sentido para os outros dois modelos (econômico e regulador) é o de atuarem no campo da produção da saúde. Diz ainda, que quando os atores sociais do setor suplementar de atenção à saúde se posicionam a partir de seus lugares como agentes econômicos, não conseguem dar conta da racionalidade que o encontro do mundo das necessidades com as tecnologias de saúde exige:

- que as operadoras saibam que operam um produto que é a produção da saúde;
- que os usuários não se posicionem apenas como consumidores;
- que os trabalhadores da saúde reconheçam a temática da eficácia e da efetividade para além de uma agregação cada vez maior das tecnologias duras de alto custo.

E, desta forma, além do setor suplementar ser um lugar de mercado imperfeito, também é um lugar de atores imperfeitos, é um lugar aonde os atores, ao abandonarem aquilo que dá alma ao setor, que é o campo da produção da saúde, abandonam racionalidades essenciais que estes atores têm que partilhar entre si para poderem estar falando de um negócio, mas que é um negócio na área da saúde.

Tanto TEIXEIRA (2003) quanto MERHY (2003), afirmam que este setor pede regulação porque ele atua imperfeitamente, ele atua em encontros de atores que, de uma forma imperfeita, ao se posicionarem a partir de seus lugares, dificilmente atravessam as suas racionalidades destes lugares e as completam para poderem estar operando no campo da saúde. Desta forma, é necessária a existência de um quarto ator (além das operadoras, prestadores e usuários) como um ator central neste processo, um ator que consiga trazer permanentemente essa racionalidade necessária para se poder estar falando de operar no campo da saúde. A racionalidade que permite que a imperfeição dos encontros se aproxime o máximo possível e o tempo inteiro, de que este é um lugar desta produção, no qual os valores de uso que ela implica não são quaisquer valores de uso, mas é o que autoriza a dizer que se opera neste terreno. Este ator é o governo. Mas não se quer dizer com isso que o ator governo é um ator perfeito porque ele também pode ser um ator imperfeito se não conseguir a clareza de que o setor é um local de produção da saúde.

Uma outra característica da imperfeição dos atores no setor suplementar é a dubiedade da representação. Alguns profissionais de saúde, que atuam profissionalmente, assumem a representação de usuários de planos. Mesmo que algumas agendas de reivindicação sejam compartilhadas, os interesses desses dois atores são diversos. Por exemplo, sempre faz parte da agenda dos prestadores a remuneração adequada pelos seus serviços, o que impacta no pagamento dos planos feito pelos usuários, que sempre reivindicam realizar o menos pagamento possível pelos serviços recebidos.

Pela importância que as questões da qualidade e avaliação têm para o setor saúde, será feita uma revisão sobre estas questões e apresentada uma proposta de qualificação e avaliação da atenção à saúde, no âmbito do setor suplementar de atenção à saúde, considerando que este setor deve seguir uma lógica de organização não restrita aos aspectos econômico-financeiros, mas priorizando principalmente os aspectos de produção da saúde. Discute-se, ainda, as particularidades que um processo de qualificação e avaliação de serviços de saúde tem para este setor específico e as implicações nos principais atores sociais componentes do setor.

3.5- Qualidade na Atenção à Saúde

A proposta de se estabelecer uma discussão da qualificação da atenção à saúde no âmbito da saúde suplementar já aponta um entendimento: este complexo setor, cujos atores sociais (operadoras, prestadores, usuários) têm interesses tão diversos e antagônicos, se encontra dentro do campo da produção da saúde.

A preocupação com a qualidade da atenção à saúde vem suscitando grande investigação e ampla controvérsia desde há muito tempo e só é comparada com a diversidade de enfoques que se pode verificar na literatura sobre a sua avaliação e garantia. Isso é decorrente, em grande parte, das diferentes concepções do que seja qualidade e, mais especificamente, do que seja qualidade na atenção à saúde.

Parece ser mais fácil a percepção da qualidade no setor externo à saúde. Isso fica mais evidenciado quando se refere ao setor industrial. NOVAES (1998) ressalta a especificidade, afirmando que a diferença com a área industrial é que a Medicina, como

ciência, está baseada em probabilidades, de maneira que a mesma ação nem sempre produz os mesmos resultados devido às variáveis individuais; e que o simples ajuste de métodos de avaliação da qualidade industrial para apreciação da saúde nem sempre resulta apropriado.

Alguns autores e instituições, no decorrer do tempo, vêm tentando cumprir a difícil tarefa de definir a qualidade da atenção em saúde: para KERR (1969), é uma medida da capacidade que o sistema de saúde tem em responder às demandas populacionais; RUTSTEIN (1976) afirma que qualidade é o efeito da atenção sobre a saúde do indivíduo e da população, e que as melhorias na qualidade da atenção devem refletir-se em uma saúde melhor; WILLIAMSON afirmava, em 1978, que era a diferença entre o alcançável e o alcançado, onde o alcançável é o limite do possível dado o estado de avanço da tecnologia (GÓMEZ, 1989); para a *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) é a medida em que os serviços de saúde aumentam as possibilidades de um resultado desejável para o paciente e reduzem a possibilidade de resultados indesejáveis, de acordo com o estado atual dos conhecimentos; ESCUDERO (1989) acha que é uma função do desejável e do valor; já VUORI (1989) diz que a noção de qualidade varia com o interesse de grupos diferentes - planejadores, administradores, prestadores, consumidores - e que cada um fará uma definição diferente, porque quando falamos de qualidade é necessário especificar quais aspectos, definida por quem e para quem. O Escritório de Avaliação Tecnológica do Congresso dos Estados Unidos da América entende que a qualidade de um serviço de saúde é o grau em que o processo de assistência aumenta a probabilidade de resultados desejados pelos pacientes e reduz a probabilidade de resultados não desejados, dado o estado do conhecimento médico (OFFICE OF TECHNOLOGY, 1998).

Em 1990, DONABEDIEN afirma que os atributos sobre os quais repousa a qualidade no cuidado de saúde ou as sete faces pelas quais ela pode ser reconhecida e julgada são as seguintes: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Nos EUA, o uso de diretrizes clínicas, como estratégia para a melhoria da qualidade da assistência, tem sido amplamente considerado na atenção gerenciada. A adesão de planos de saúde ao uso de diretrizes clínicas parece variar dependendo da área da assistência e tipos de organizações (PORTELA, 2004).

Mais recentemente, alguns autores colocam a questão da integralidade como questão fundamental para se ter uma atenção à saúde com qualidade, articulando essa questão com a reorganização dos processos de trabalho, informando que a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores (FRANCO e MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

A investigadora entende que a qualidade na atenção à saúde é o resultado da combinação da produção de atos cuidadores, de maneira eficaz e eficiente, com a conquista dos resultados, da cura, da promoção e proteção nos indivíduos e nas populações. É o desenvolvimento de processos dirigidos pela eficácia das ações em termos de acolhimento, vinculação, integralidade, resolutividade e autonomização. É o percurso do usuário pela linha de cuidado de uma forma tranqüila, tendo suas necessidades de saúde atendidas.

3.6- Avaliação da qualidade dos serviços de saúde

A avaliação deve ser um instrumento de gestão de serviços, que produza agilidade e que seja um facilitador de mudanças pretendidas, revelando se as atividades desenvolvidas estão impactando na realidade sanitária e produzindo melhorias no nível de saúde das populações. Ou seja, avalia-se para que se qualifique cada vez mais.

A avaliação é um componente essencial no processo de planejamento que, infelizmente, é pouco utilizada para a tomada de decisões, apesar da grande quantidade de dados existentes rotineiramente nos serviços.

Segundo ESCUDERO (1989), avaliar é, no fundo, comparar. Uma realidade comparada à outra e, por meio desta comparação, emitir um juízo de valor. Pode-se comparar uma realidade com ela mesma, através do tempo ou com outras equivalentes.

Para se realizar uma avaliação da qualidade da atenção à saúde, inicialmente há que se ter claro, do ponto de vista conceitual e operativo, o que significa qualidade na atenção à saúde. Nesse aspecto, já se verificou que se apresentam muitos problemas, pois a qualidade da atenção à saúde é uma idéia muito difícil de definir.

Quando se avalia a qualidade da atenção à saúde, o impulso motivador deve ser o objetivo último do campo da produção da saúde que é a diminuição da enfermidade, da morte, da incapacidade, do mal estar; é a ajuda ao usuário do sistema de saúde no seu bem andar na vida. E o processo de avaliação é impulsionado pela perspectiva de mudança para melhor: no modelo assistencial, nos processos de trabalho dos serviços, pela democratização dos serviços e pelo resgate da cidadania.

É importante se ter claro que são vários os caminhos avaliativos, porque não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais (PINTO, 1986).

São poucas as tecnologias em saúde que demonstraram ser respostas definitivas aos problemas relacionados à saúde. De fato, ainda não existe um único método para se garantir qualidade em saúde e, assim, temos que lançar mão de diferentes enfoques (NOVAES, 1998).

Alguns aspectos históricos da avaliação dos serviços de saúde

A preocupação com a qualidade dos serviços de saúde já vem de muito tempo e são muitos os enfoques dados no decorrer do tempo.

Inicialmente baseada em estatísticas hospitalares e práticas médicas, a avaliação passa a considerar a eficácia e eficiência dos procedimentos, com o objetivo de otimizar a aplicação dos recursos (REIS et al, 1990).

Nos anos 70, aparecem autores que defendem que a avaliação da qualidade em saúde deve se pautar pela análise dos resultados das ações e serviços de saúde e, a partir deles, estender a avaliação para todo o sistema. Dentro dos métodos com enfoque nos resultados, destacam-se os métodos de "Traçadores", de KESSNER et al (1973) e o de "Eventos sentinela", de RUSTEIN et al (1976).

O método de "traçadores" baseia-se na premissa de que alguns problemas específicos de saúde podem servir como "traçadores" para a análise da prestação de serviços. O suposto básico é o de que a própria forma como um prestador ou grupo de prestadores administre a atenção para enfermidades comuns já é um indicador da qualidade

geral da atenção prestada por todo o sistema. Nesse método, é possível que os provedores ao se saberem avaliados e conhecendo os “traçadores”, melhorem seu desempenho apenas no tratamento dessas condições (GÓMEZ, 1989).

O método de eventos sentinela, proposto por RUTSTEIN et al (1976), estabelece índices quantitativos negativos de saúde, ou seja, indicadores indesejáveis (casos de enfermidade, incapacidade e morte que são desnecessários e evitáveis). A ocorrência de tais casos indica que a qualidade da atenção necessita melhorar. O suposto é que se tudo tivesse ocorrido bem, essa condição teria sido evitada.

O autor que mais referência criou, em termos de avaliação da qualidade, foi Avedis Donabedian, com produção de artigos a partir dos anos 60 e culminando na década de 80 quando todos discutiam a trilogia por ele estabelecida, de estrutura-processo-resultado, para a avaliação da qualidade da atenção à saúde, proporcionando um instrumento útil para a classificação dos diferentes enfoques utilizados para a operacionalização da qualidade. O próprio DONABEDIEN (1992) concluiu que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (estrutura, processo e resultado).

Também na década de 80, houve um esforço na chamada gestão organizacional com ênfase na qualidade e produtividade, conhecida como Controle da Qualidade Total (CQT).

Nos anos 90, a *Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) destaca-se por defender a proposta de acreditação de serviços de saúde, realizando a certificação de redes de atenção dos serviços americanos.

Desde 1997, o Comitê Americano de Garantia de Qualidade (*NATIONAL COMMITTEE OF QUALITY ASSURANCE- NCQA*) - organização privada que atua na área de qualidade da atenção à saúde prestada pelos planos de saúde nos Estados Unidos - realiza um processo de avaliação anual comparando o desempenho dos planos e utiliza-se das informações do *Health Plan Employer Data and Information Set* (HEDIS), estabelecendo especificações padronizadas. O NCQA utiliza as diretrizes clínicas

como critério de acreditação de organizações. Apesar de as diretrizes clínicas servirem aos interesses de diversos Sistemas de Saúde, a discussão em torno do seu desenvolvimento e implementação, no âmbito dos planos de saúde, é indissociável do modelo americano de atenção gerenciada. As diretrizes clínicas ganham muita força nesse modelo (PORTELA, 2004).

Destaca-se, particularmente, a idéia da linha de produção do cuidado como analisadora da qualidade no atendimento prestado a um usuário.

A qualidade da atenção à saúde estará expressa em uma não-obstaculização ao caminhar do usuário na linha da produção do cuidado, verificando-se se ele obteve acesso tranqüilo ao serviço pretendido, se obteve as informações adequadas à sua autonomização, se pode utilizar os recursos das clínicas especializadas, se for o caso, se houve continuidade no atendimento, se obteve o diagnóstico e tratamento adequados, se foi bem acolhido e ficou seguro com as informações recebidas e se houve um atendimento satisfatório à sua necessidade.

Sugere-se que a avaliação de serviços de saúde se dê pelo mapeamento de determinadas linhas da produção do cuidado, com a escolha de indicadores que sinalizem situações de alerta. Trabalha-se, assim, com a idéia de "linhas de cuidado" servindo como "traçadores" em conjunto com "eventos-sentinela", e com a representação das situações sendo feita por meio dos indicadores.

3.7- Qualificação e Avaliação da Atenção à Saúde na Suplementar

No Setor Suplementar, os problemas não são muito diferentes dos existentes para a área da saúde como um todo. É claro que existem especificidades, que devem ser identificadas, para se possibilitar um processo de qualificação adequado ao setor.

Nas conclusões de uma pesquisa qualitativa, FARIAS (2001) afirma que os entrevistados admitem a superioridade dos planos de saúde em relação ao SUS nas três dimensões analíticas trabalhadas pela pesquisa: qualidade da atenção, condições de acesso e

segurança. Os informantes reconhecem que os médicos do SUS, de forma geral, não diferem dos médicos dos planos de saúde em relação à competência técnica e demonstram ter clareza quanto ao fato de que muitos profissionais trabalham em ambos os sistemas. O que é identificado como melhor qualidade do atendimento refere-se ao maior tempo dedicado pelos médicos dos planos de saúde.

Um diagnóstico feito por TEIXEIRA, BAHIA e VIANNA (2002) afirma que a especialização, a possibilidade de escolha dos provedores de serviços, a ausência de responsabilidade pelo acompanhamento dos clientes e a baixa ocorrência de ações voltadas para a prevenção e a promoção da saúde configuram-se como as principais características dos modelos de atenção da saúde suplementar que têm o foco voltado para o pronto atendimento curativo dos seus beneficiários.

Esse entendimento, sobre a forma de funcionamento do setor, é compartilhado por JORGE (2004), que afirma ser a lógica de mercado provocadora de tensionamentos, tendo as operadoras desenvolvido mecanismos microrregulatórios para regulação da utilização dos serviços e de seus prestadores e que muitos desses mecanismos induzem a uma prática assistencial fragmentada, com atendimento restrito ao que está colocado nos contratos e não na perspectiva de uma atenção integral e cuidadora. Afirma que as operadoras utilizam-se de modelos assistenciais médico-centrados, produtores de procedimentos e que resultam numa atenção fragmentada e carente de acolhimento, vínculo e responsabilização, sendo pouco cuidadora e resolutiva.

A grande característica diferenciadora do sistema público do setor suplementar, de ser necessário pagar para obter os serviços oferecidos pelos planos de saúde, determina alguns interesses antagônicos entre os atores sociais componentes do setor suplementar, ou serve como amplificador de algumas características também existentes no setor público. A questão dos gastos em saúde, com seu componente de incorporação tecnológica, pode ser utilizada como exemplo.

Já em 1982, DONABEDIAN afirmava que à medida que os gastos aumentavam, o interesse na qualidade dos serviços adquiridos também aumentava, não só devido à pressão para determinar se esses serviços eram de qualidade satisfatória, mas

também devido à maior inquietação a respeito da magnitude de alguns gastos em relação ao incremento correspondente de qualidade.

Nos Estados Unidos, os planos de saúde estão sendo cada vez mais alvo de ações jurídicas e sendo obrigados a especificar não apenas o tipo e o custo das intervenções que cobrem, mas também como essas intervenções afetam os resultados. Mais de 300 desses planos são submetidos a um processo de acreditação com base em padrões e indicadores, favorecendo uma comparação dos seus resultados, dando oportunidade à população de escolher aquele com melhor desempenho (NOVAES, 1998).

Como na área da saúde de uma forma geral, o caminho da qualificação da atenção é o que deve ser percorrido pelo setor suplementar. A busca da qualificação da atenção neste setor, mesmo tendo uma lógica de mercado (e talvez deva ter até mais por conta disso), tem um grande espaço a ser vencido. Em um mercado efetivamente competitivo, a questão da qualidade serve como um diferencial importante para a escolha de prestadores e operadoras por parte dos usuários.

Uma aposta...

Já foi dito que se parte do entendimento de que o setor da saúde suplementar está colocado dentro do campo da produção da saúde. Também foi dito que algumas operadoras referem que sua missão é a gestão financeira, sendo meras intermediadoras econômicas, trabalhando com eventos e sinistros que devem ter seu custo reduzido ao máximo possível.

A aposta da investigadora, enquanto componente de um coletivo, é que na saúde suplementar, com os atores sociais do setor se colocando dentro do campo da produção da saúde, pode ser criado um local de encontro de interesses de todos os atores, que é o da qualificação do setor, particularmente da atenção à saúde.

A aposta deve envolver todos os atores do setor, buscando-se uma mudança profunda que significa uma transformação onde as operadoras de planos, no lugar de meras intermediadoras econômicas, podem se tornar gestoras de saúde, conhecendo a população

pela qual é responsável e atuando para melhorar seus processos de saúde/doença; permite que os prestadores de serviços não sejam simples produtores ou executores de procedimentos, mas sim cuidadores de seus pacientes, dando acolhimento e resolutividade aos seus males e, finalmente, permite que os usuários de planos de saúde extrapolem seu papel de contratante de um serviço, para assumirem o papel de cidadãos com consciência sanitária.

Um ator social muito importante no setor público de saúde, mas que geralmente não está atento às questões do setor suplementar é o gestor do SUS (seja municipal ou estadual) e só mais recentemente é que o Ministério da Saúde está se colocando como o responsável também pela política de saúde no setor suplementar.

No entanto, como dizem MERHY e CECÍLIO (2003), "o que dá sentido ao gestor é a construção de políticas de saúde dirigidas para serem instrumentos de qualificação dos modos de se viver e de se gastar a saúde em sociedade". Desta forma, o gestor de saúde em seu espaço de gestão deve, necessariamente, se apropriar de toda a dinâmica que ocorre nesse espaço para bem desenvolver sua atribuição. E, pela quantidade de beneficiários e prestadores envolvidos no setor suplementar, não se pode ignorar o impacto que essa interação provoca em seu espaço de gestão.

Sem ter a perspectiva de esgotar os interesses dos principais atores sociais envolvidos no setor suplementar de atenção à saúde, nem de colocar todos os resultados esperados com o processo de qualificação do setor, coloca-se sinteticamente, no Quadro 2, alguns desses interesses percebidos pela investigadora e alguns resultados esperados:

Quadro 2- Atores sociais do setor suplementar, interesses percebidos e a qualificação do setor.

Atores sociais da suplementar	Alguns Interesses percebidos	Alguns resultados esperados com a qualificação
Usuários	Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	Sempre que for necessário, poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar na vida.
	Ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe	Poder acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema.
	Pagar o mínimo possível pela maior quantidade de serviços	Segmentação contratada sendo oferecida dentro de padrões adequados de qualidade e com a integralidade possível
Prestadores	Necessidade de autonomia na produção de atos de saúde (procedimentos individuais e coletivos, acolhimentos, vínculos e responsabilizações)	Estabelecimento de diretrizes clínicas acordadas entre os prestadores e as operadoras para prestação da atenção com efetividade e qualidade.
	Necessidade de ganhos	Processo de contratualização com regras claras entre as partes
Operadoras	Necessidade de lucro	Ter lucro, mas com a produção de saúde
	Desejo de regulação mínima por parte do Estado	Existência de normativos suficientes para a operação, tendo a saúde como alma do negócio
Órgão Regulador	Obter o cumprimento de seus normativos	Estabelecimento de normativos operacionais, assistenciais e institucionais claros e objetivos, com agilidade em seus cumprimentos
	Desejo de equilíbrio entre os atores	O órgão regulador deve atuar no sentido de equilibrar a relação entre os atores sociais, mas deve sempre se posicionar para que as ações desenvolvidas sejam para o cumprimento da centralidade que o usuário deve ter no recebimento das ações de saúde
Gestores do SUS	Necessidade de conhecimento de seu espaço de gestão	Agenda partilhada e compactuada do setor público com a suplementar

Uma questão que se destaca na própria observação do quadro é que dentro de um processo de qualificação da atenção à saúde, não se pode desconsiderar que outros espaços de qualificação repercutem grandemente no da atenção à saúde. Assim, uma proposta de qualificação da atenção à saúde deve estar contida dentro de um projeto maior de qualificação do setor como um todo, envolvendo os espaços econômico-financeiro e operacional, além da própria qualificação do órgão regulador. Explica-se: uma operadora de planos de saúde que não se encontra em equilíbrio econômico-financeiro, pagando adequadamente seus prestadores (que são os grandes responsáveis pela prestação de cuidados), terá muita dificuldade de atender a processos de qualificação da atenção; operadoras que não conheçam o perfil epidemiológico de seus beneficiários, para organizarem grupos de usuários portadores de patologias específicas ou que criem obstáculos ao acesso rápido aos serviços, não podem ser consideradas adequadas para o oferecimento de um serviço voltado para a integralidade do cuidado e para o conforto e segurança do usuário; um órgão regulador que não estipule prazo para a execução de seus processos e priorize a burocratização de suas relações, também não está contribuindo para a qualificação do funcionamento do setor como um todo.

Assim, há que se construir um processo amplo de qualificação para todo o setor, dando-se a prioridade necessária para a qualificação da atenção à saúde, por se entender, como já mencionado anteriormente, que a produção da saúde e sua qualificação são a alma do negócio da saúde suplementar, que, por sua vez, é parte importante da área de saúde do país.

Uma proposta...

Muito do que está aqui colocado já vem sendo tentada a implantação, no âmbito da ANS. Esta é uma das características da ação do sujeito-implicado-investigador: realização da pesquisa-ação, com o investigador envolvido na ação da pesquisa. Ao mesmo tempo que formula, age e reflete, para reformular.

Fazendo parte do processo de qualificação da atenção à saúde e destacando-se como um componente importante, deve ser estruturado um processo de avaliação da qualidade da atenção à saúde no setor suplementar.

Todo processo avaliativo gera algum nível de tensionamento e precisa ser conduzido com prudência (sem que isso implique, necessariamente, atraso no processo de implantação).

Segundo NOVAES (1998), nos Estados Unidos, na primeira metade do século XX, após a primeira avaliação de hospitais, todas as fichas de avaliação foram queimadas pelos auditores, com receio de que sua divulgação levasse ao pânico toda a população, pelo lamentável estado em que foram encontrados os hospitais visitados. Refere, ainda, que a comissão de acreditação de hospitais daquele mesmo país, durante seus vinte primeiros anos, trabalhou com base em *standards* mínimos, e não ótimos, como faz hoje em dia. Essa comissão apenas conseguiu ver os hospitais aplicarem os *standards* propostos quando o governo vinculou a obrigatoriedade da acreditação ao recebimento dos pagamentos feitos pela seguridade social, pois estes representam mais da metade dos ingressos financeiros dos hospitais norte-americanos. O autor afirma que a qualidade dos serviços não é implementada espontaneamente, mas que devem existir pressões governamentais e comunitárias para sua aplicação.

Outra questão importante para ser destacada é que deve existir uma decisão política de aceitar e incorporar, como problema a ser solucionado, os possíveis resultados negativos de um processo avaliativo (SILVA e FOMIGLI, 1994).

Salienta-se, também, como importante, a organização de um processo de avaliação, que deve ter uma preparação adequada com a escolha dos atributos a serem avaliados; a escolha da estratégia de avaliação; a escolha do fenômeno a ser avaliado; a formulação de critérios e padrões; a obtenção de informação relevante; a submissão dos dados aos critérios; a divulgação do resultado e a realização das adequações para o aprimoramento.

As prioridades e escolhas devem ser importantes para os usuários e para a instituição e terem viabilidade operacional.

Com essas ponderações em mente, apresenta-se a seguinte proposta para um processo avaliativo da qualificação da atenção à saúde no setor suplementar:

- que seja um componente do processo de qualificação do setor como um todo;
- que utilize critérios transparentes e de conhecimento de todos os atores envolvidos;
- que esteja articulado com um processo de qualificação da atenção também do setor público (possibilitando inclusive o compartilhamento dos bancos de dados. Citando-se como exemplo: os Sistemas de Informações de Mortalidade - SIM, de Nascidos Vivos - SINASC e do Comunicado de Internação Hospitalar - CIH, todos vinculados ao Ministério da Saúde);
- que tenha impacto positivo na saúde da população usuária;
- que tenha um tempo de maturação e aprimoramento, podendo ser desenvolvido em etapas;
- que tenha regularidade na obtenção e divulgação dos dados.

Na impossibilidade de se realizar estudos especiais voltados para a aferição do impacto das ações sobre o nível de saúde das populações, o acompanhamento no tempo de indicadores de morbi-mortalidade podem fornecer alguns padrões indicativos das modificações esperadas (SILVA e FOMIGLI, 1994).

De uma forma ideal, os indicadores deveriam reunir os seguintes requisitos: serem válidos, ou seja, medir realmente o que se supõe que devam medir; serem objetivos e confiáveis, isto é, dar o mesmo resultado quando a medição é feita por pessoas distintas em circunstâncias análogas; e serem sensíveis, quer dizer, terem a capacidade de captar as mudanças ocorridas na situação (OMS, 1981). Também devem ser discriminantes e a coleta

de dados ocorrer de forma contínua e confiável. Para as comparações, é necessário padronizar as medidas que compõem o indicador, assim como a forma de cálculo. A aplicação e a disseminação de indicadores de qualidade tecnicamente bem sustentados possibilitam a combinação de várias abordagens qualitativas e quantitativas, aprimorando a gestão dos serviços de saúde (CORDEIRO, NORONHA e GARCIA ROSA, 2001).

A qualificação da atenção à saúde deve ser uma das dimensões de um projeto de qualificação que deve ainda ter outras dimensões que dêem conta de outros aspectos da operação do setor suplementar, abarcando desde as formas de funcionamento efetivo das operadoras até os aspectos econômico-financeiros. Também devem ser buscadas formas de aferição da qualidade tanto do órgão regulador quanto da satisfação dos usuários para observação do sucesso ou não das medidas implementadas.

Especificamente com relação à qualificação da atenção à saúde, sugere-se a escolha de algumas linhas de cuidado que serviriam como traçadores da situação do atendimento como um todo. Essas linhas de cuidado devem ser significativas para uma parcela importante da população usuária, como, por exemplo, as linhas da produção do cuidado para a atenção materno-infantil, para os transtornos cardiovasculares e para algumas patologias oncológicas (aquelas mais prevalentes como as de mama e de colo uterino, p.ex.).

Deve-se buscar a utilização de indicadores com as características já descritas e que consigam alcançar toda a trajetória possível de um usuário no sistema, ou seja, que identifiquem aspectos da promoção à saúde, prevenção de doenças, assistência ambulatorial e hospitalar, e também indicadores de insucesso, como os de mortalidade.

Para abarcar a grande diversidade da avaliação da atenção à saúde, já entendida, mais amplamente, como cuidado, há que se lançar mão de várias técnicas avaliativas:

- situações traçadoras: situações que representem determinado processo ou conjunto de processos que ocorram em determinado local de atenção, com a escolha de algumas linhas de cuidado que sejam relevantes, como já referido;

- análise da linha de cuidado: dividir a linha de cuidado em fases, para possibilitar comparações entre fases de vários locais, no próprio local de atenção ou comparações ao longo do tempo de determinado local;
- eventos-sentinela: observação da linha de cuidado com a identificação daquilo que não deveria ocorrer, mas que ocorrendo deve desencadear processos de avaliação/intervenção imediatos.

É importante considerar que:

- existe a possibilidade de entrada em qualquer momento da linha de cuidado, mas os indicadores deverão retratar essa entrada, pois, quanto mais tarde a entrada na linha, mais necessário o uso de tecnologias de maior custo;
- haja clareza de que a prevenção pode (e deve) ocorrer em todos os pontos da linha, com o objetivo de prevenir situações mais graves;
- cada ponto da linha de cuidado deve ter indicadores que representem a situação de cada momento;
- devem ser selecionados alguns eventos-sentinela para cada linha de cuidado
- a ocorrência de um determinado evento em um ponto na linha de cuidado pode ser sinal de alerta para um ponto anterior.

Deve ser destacado que a divisão da linha de cuidado em fases (promoção, prevenção, atenção ambulatorial, atenção hospitalar) ocorre apenas do ponto de vista didático e sem querer forçar uma linearidade no trajeto a ser percorrido pelo usuário. Outra questão importante é perceber que em cada fase da linha do cuidado devem ser utilizados todos os tipos de tecnologias disponíveis, o que permite que o usuário seja atendido na integralidade de sua necessidade e, possivelmente, diminuir a gravidade do seu quadro ou diminuir a possibilidade de agravá-lo.

Mais um ponto a ser observado é o resultado que foi obtido com o recebimento (ou não recebimento) dos cuidados ofertados pelos profissionais de saúde.

Utilizando-se a linha de cuidado de uma usuária gestante, como exemplo para a escolha de alguns indicadores, poderíamos ter a seguinte orientação:

- Promoção - partindo-se do pressuposto de que a gravidez foi uma escolha consciente, deveriam ser verificados: acesso a informações sobre planejamento familiar e a métodos contraceptivos observando a existência de materiais para distribuição e grupos com mulheres em idade fértil. Um evento-sentinela poderia ser a gravidez ocorrendo na adolescência;
- Prevenção - identificação de fatores de risco familiares (pré-eclampsia e eclampsia), identificação precoce de doenças de base que podem complicar o parto (como cardiopatias e diabetes);
- Atenção ambulatorial - início da utilização da assistência pré-natal com número de consultas de pré-natal iniciadas no primeiro, segundo ou terceiro trimestres; número de consultas de pré-natal oferecidas que foram realizadas. Também a relação de exames por consulta e se está sendo seguido algum protocolo clínico. Evento-sentinela: interrupção do acompanhamento por aborto;
- Atenção hospitalar - internações por transtornos maternos na gravidez; percentual de partos normais e cesáreos; complicações que demandem utilização de CTI para mãe ou criança; taxa de prematuridade; índice de internações no período do puerpério;
- Resultado – a) por alta: consulta pós- parto; acompanhamento da criança durante o primeiro mês de vida;⁴ b) por óbito: coeficiente de natimortalidade (estabelecer referência, após a qual é evento-sentinela) e coeficiente de mortalidade materna;

Esses indicativos devem ser submetidos a um estudo técnico para que os indicadores resultantes tenham os critérios de serem válidos e sensíveis mostrando as variações (melhoras ou pioras) que forem ocorrendo na linha de cuidado.

Não se pode esquecer as particularidades de um processo avaliativo no setor suplementar, por envolver operadoras com áreas de atuação diferentes, com portes distintos e com oferta de produtos diferentes por segmentação assistencial, o que deve ser considerado para a análise dos dados.

Não é demais destacar a importância de se garantir espaço para aprimoramentos progressivos tanto com relação aos indicadores, que devem cada vez mais e melhor representar a realidade, quanto com relação à confiabilidade das informações (o que remete para um sistema de informações regularmente alimentado e analisado).

A divulgação do resultado da avaliação do setor suplementar reveste-se de grande relevância porque pode servir de referência para o consumidor no momento da contratação de um plano de saúde ou incentivar a mudança para operadoras que possuam um desempenho melhor que outras. Ou seja, a divulgação do resultado de uma avaliação da qualidade do setor pode ser um mecanismo dinamizador da concorrência entre as operadoras, que vão querer (ou, pelo menos, deveriam querer) sempre obter cada vez melhores resultados na avaliação.

Enfim, a autora acredita que se fazendo a identificação de algumas linhas de cuidado relevantes, com a identificação de eventos-sentinela e estabelecendo os indicadores com parâmetros claros, observando as particularidades do setor da saúde suplementar, pode-se ter um processo avaliativo que identifique se o setor está percorrendo um caminho seguro e gradual de qualificação da atenção à saúde dos serviços prestados aos usuários de planos de saúde no país.

MALTA et al (2004) identificam alguns fatores que podem romper ou fragmentar a linha de cuidado e, portanto, induzir o usuário a fazer o seu próprio caminho pelas redes de serviços, o que faz aumentar o consumo de procedimentos:

- a) a ausência das práticas de promoção e prevenção
- b) deficiência da rede de serviços
- c) a segmentação dos planos

- d) atitudes de desresponsabilização do cuidados
- e) atitudes de cerceamento ao acesso por parte da operadora
- f) prestador com falta de insumos, perda de exames, qualidade questionável na prestação da assistência

Portanto, deve-se operar um modelo assistencial que, orientado por um processo cuidador, oriente o usuário no seu percurso na linha do cuidado.

3.8- Categorias Analíticas

A construção, no setor suplementar, de modalidades de atenção à saúde que contemplem a integralidade, a continuidade do atendimento, o acolhimento, a resolutividade, a vinculação, a prática de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, a multiprofissionalidade e a qualidade dos serviços e seu aprimoramento constante é um (senão o principal) dos grandes desafios para o setor.

Por tudo que foi exposto neste capítulo, as principais questões que se gostaria de destacar são as seguintes:

- 1- O setor suplementar, apesar de também ocupar um papel importante no campo econômico, é, prioritariamente, do campo de produção da saúde.
- 2- Sendo do campo de produção da saúde, quando seus atores sociais se posicionam como se não pertencessem a ele, tornam-se imperfeitos, porque não se comprometem com o resultado do encontro entre o grupo portador de necessidades com o grupo que promete atendê-las.
- 3- O campo de produção da saúde deve, permanentemente, preocupar-se com a qualidade de sua produção e estabelecer mecanismos de avaliação permanentes e regulares, com divulgação pública de seus resultados.

- 4- Existe uma lógica de organização de atenção à saúde, que se foi construindo basicamente dentro do setor público, mas que pode ser apreendida pelo setor suplementar e que tem as seguintes características:
- a existência de gestores preocupados com a organização da atenção à saúde;
 - existência de linhas de cuidado organizadas para atender as necessidades dos usuários;
 - uma rede de serviços que suporte as ações necessárias suprida de tecnologias leves, leves-duras e duras (conforme estabelecido por MERHY, 1998), baseada nas diretrizes da integralidade, responsabilidade, resolutividade e qualidade;
 - serviços cuidadores, acolhedores e com atendimento multiprofissional;
 - usuários comprometidos com sua produção de saúde;
 - existência de sistema de informações assistenciais; e
 - existência de um sistema de avaliação das ações produzidas e de seu impacto na população.

Compreende-se que esta composição não deixa de ter uma certa dose de idealização, apesar de já existirem algumas experiências públicas que caminham firmemente na construção de modelos de atenção com estas características.

Com esta compreensão é que se pensou em apreender a realidade do setor suplementar através das seguintes categorias analíticas, mesmo que restringindo-as à dimensão específica do setor, ou seja, não utilizando a completude de seus significados:

- integralidade: ainda não dá para se falar em integralidade ampla, apenas na focalizada, como estabelecido por CECÍLIO (2001). Neste setor, em que a segmentação compõe o marco legal, e mesmo que a subsegmentação também seja referida na legislação do setor suplementar, é importante observar os atores que fazem sua defesa e utilizando-se de qual argumentação.

- práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças: são práticas amplamente estabelecidas no setor público, mas ainda pouco utilizadas no setor suplementar, sendo importante que sejam adotadas porque marcam fortemente o campo de produção da saúde.
- multiprofissionalidade: o setor suplementar é marcado fortemente pela presença, quase exclusiva, de médicos e dentistas, existindo um rol de procedimentos médicos e um rol de procedimentos odontológicos.
- organização de rede: este analisador tem sua tradução no setor com a discussão do credenciamento universal e a livre escolha, que não são lógicas de rede organizada.
- incorporação tecnológica: sua discussão tem grande impacto no setor, sendo apreendida pelos atores sociais principalmente pela implicação nos custos.
- acompanhamento de doenças crônicas: o setor suplementar historicamente é reconhecido como de pouco estabelecimento de vínculo com seus usuários, estabelecendo contatos apenas quando procurado pelos mesmos, de forma assistemática.
- sistema de informações assistenciais: com pouco tempo de acúmulo no setor suplementar, tendo sido estimulada a sua existência, principalmente, pela implantação do SIP, em 2001.
- avaliação e qualidade: motivo de muita discussão e de pouca execução, mesmo no âmbito do setor público, mas extremamente importante para acompanhar o impacto das ações de saúde nas populações.

O setor suplementar de atenção à saúde poderia trabalhar pelo menos com estes referenciais, mas adotando a plenitude de seus conceitos e perseguir, assim, uma organização da atenção à saúde que coloque o setor em um outro nível dentro do campo de produção da saúde.

Na tentativa de responder ao primeiro questionamento, sobre as especificidades da organização da atenção à saúde no setor suplementar, viu-se que o setor suplementar caracteriza-se como signo oposto ao SUS, carregando as características atuais de ser restritivo, não integral e iníquo. Também se destaca por ter uma lógica econômica muito forte, o que impacta na taxonomia utilizada, mais próxima ao campo econômico que da saúde. Algumas outras características organizacionais podem ser destacadas: a existência de um rol de procedimentos como cobertura mínima e obrigatória; a existência de atendimento de assistência por segmentação (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e odontológica); a existência de sistemas de informação praticamente restritas às questões econômico-financeiras; ainda pouca utilização de práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças; pouca utilização de outros saberes profissionais, que ficam restritos aos médicos e dentistas; inexistência de critérios para organização de rede; desconhecimento do perfil epidemiológico de sua população, o que dificulta o acompanhamento de doenças crônicas ou estabelecimento de linhas de cuidado. Além destas questões, existe uma radicalização, no setor, do modelo médico-hegemônico e procedimento centrado, sendo mais caro, internando mais e realizando mais cesáreas, do que o SUS.

***4- OS ATORES SOCIAIS E A ATENÇÃO À
SAÚDE NO SETOR SUPLEMENTAR***

4.1- Os Atores Sociais do Setor Suplementar

O setor suplementar de atenção à saúde é marcado pelo antagonismo dos interesses de seus atores sociais. Esse antagonismo dos atores se explicita quando se radicaliza o desejo de cada ator, verificando, de um lado, uma parte que quer a maior quantidade de serviços pelo menor preço, enquanto a outra parte quer o maior lucro possível gastando o mínimo necessário. Ligando esses extremos - e também radicalizando seus desejos - encontramos os prestadores reivindicando autonomia de atuação sem a preocupação com os custos dela decorrentes.

Nesse setor, permeado pela lógica econômica - já que as pessoas têm que comprar um plano de saúde para receber atendimento - apesar de decorridos mais de sete anos da publicação da Lei n.º 9.656/98 e mais de seis de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, até muito recentemente ainda existiam operadoras de planos privados de assistência à saúde que reivindicavam o papel de meras intermediadoras financeiras na relação entre sua população usuária e os prestadores de serviços. Também existiam aquelas que ainda insistiam em desconhecer o papel de regulação da ANS. Mas essa não é mais a realidade para a grande maioria das operadoras do setor.

Neste trabalho, foram abordados os seguintes atores sociais implicados com o setor suplementar de atenção à saúde:

- As operadoras de planos de saúde;
- Os prestadores de serviços de saúde;
- Os usuários de planos de saúde;
- O governo.

Apesar de se ter coletado os posicionamentos de representantes do legislativo e de alguns intelectuais, explicitados no Simpósio e no Fórum (principalmente na primeira etapa), como não houve uma participação regular destes atores, em todos os momentos, achou-se oportuno não realizar comentários mais aprofundados sobre os mesmos.

Também o judiciário tem uma participação importante no setor, tanto para as questões vinculadas ao reajuste dos planos como para a questão das coberturas, mas este ator também não será abordado neste trabalho de forma sistematizada.

4.1.1 - As Operadoras de Planos de Saúde

Na Lei n.º 9656, de 03 de junho de 1998 alterada pela MP n.º 2.177-44, de 24 de agosto de 2001 (Art. 1º, inciso II), as operadoras de plano de assistência à saúde recebem a seguinte definição: “pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo”. O inciso I define o que é Plano Privado de Assistência à Saúde.

As operadoras são classificadas, conforme seu estatuto jurídico, nas seguintes modalidades:

Administradoras, Autogestão, Cooperativa Médica, Cooperativa Odontológica, Filantropia, Medicina de Grupo, Odontologia de Grupo, Seguradoras Especializadas em Saúde.

Administradora: empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, financiados por outra operadora, sem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. Não podem ter beneficiários.

Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes. Podem ser patrocinadas ou não patrocinadas pelo empregador. É a modalidade dominante nas empresas estatais e órgãos da administração pública e é a forma na qual as próprias empresas administram programas de assistência à saúde para seus empregados. Podem também contratar terceiros para administrar os programas.

Cooperativa médica: sociedades constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Nessa modalidade, os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços, recebendo pagamento tanto pela sua produção individual, como pela divisão do superávit obtido pela cooperativa. Têm uma ampla cobertura territorial.

Cooperativa odontológica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos órgãos dos governos Estaduais e Municipais. São, principalmente, os planos de saúde das Santas Casas.

Medicina de Grupo: demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde. O usuário, vincula-se ao plano mediante pré-pagamento e tem direito à cobertura prevista contratualmente, tanto na rede própria, quando há, como na rede conveniada.

Odontologia de Grupo: demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos

Seguradoras Especializadas em Saúde: pessoas jurídicas constituídas sob a forma de sociedade anônima, operam produtos com todas as características de planos privados de assistência à saúde. Uma entidade seguradora cobre ou reembolsa gastos com assistência médica ao prestador ou segurado, de acordo com as condições contratuais. No setor suplementar são regulamentadas pela Lei 10.185/2001.

Neste trabalho, optou-se pela abordagem de cinco modalidades de operadoras: Autogestão, Cooperativa Médica, Medicina de Grupo, Seguradora e Filantropia. Isso devido à importância e permanência destas modalidades no setor, além da disponibilidade de dados, conforme pode ser verificado no Quadro 3.

Quadro 3- Caracterização de Algumas Modalidades de Operadoras (representações)

CARACTERIZAÇÃO	MODALIDADE DAS OPERADORAS				
	COOP.MÉDICA (1)	FILANTROPIA (2)	MEDICINA DE GRUPO (3)	AUTOGESTÃO (4)	SEGURADORA (5)
Representação	Unimed do Brasil (maior) Aliança Cooperativista Nacional Unimed	Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas - CMB	ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo. O braço sindical do sistema é representado pelo Sinamge – Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo, patronal.	Até 2002, a Associação dos serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (Abraspe) e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (Ciefas). As entidades uniram-se sendo representadas pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas)	FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
Missão declarada	Além da preservação do caráter liberal da profissão médica, as cooperativas se diferenciam por não visar lucro e atuar com vistas ao resgate da ética e do papel social da Medicina	A CONFEDERAÇÃO tem como objetivo maior proporcionar condições para o desenvolvimento técnico-científico da assistência médico-hospitalar às populações de baixa renda, coberta pelo Sistema Único de Saúde, preconizado pela Constituição Federal, colaborando, assim, com os poderes públicos nos campos social e de saúde, como autênticos parceiros e sem qualquer fim lucrativo.	Estimular o crescimento do setor, facilitar o entrosamento entre as empresas do segmento para que a abrangência do atendimento nacional possa ser ampliada, divulgar as novas tecnologias, destacar junto às empresas filiadas a importância do trabalho em parceria com a classe médica, os fornecedores e prestadores de serviço, a fim de que o sistema possa proporcionar um alto grau de atendimento a seus beneficiários	Promover o fortalecimento do segmento da autogestão em todo o território nacional, fomentando a excelência em gestão de saúde e a democratização do acesso a uma melhor qualidade de vida, contribuindo para o aperfeiçoamento do sistema de saúde do país	Prestar assistência à saúde por sistema supletivo de saúde através de uma forma particular de intermediação financeira segundo a qual a empresa seguradora paga diretamente ao prestador do serviço de atenção médica credenciado ou reembolsa as despesas feitas pelo segurado sob regime de livre escolha.
Organizativa	O Sistema Unimed é composto por 386 cooperativas médicas, entre Singulares (Unimed locais), Federações Estaduais, e a própria Confederação Nacional (Unimed do Brasil)	A confederação é composta por 14 federações estaduais	300 associadas em todo o Brasil	Atua em âmbito nacional, através de 27 Superintendências Estaduais e congrega 143 instituições.	09 seguradoras especializadas
Participação no setor	10,8 milhões de	1,2 milhões de beneficiários	13,7 milhões de beneficiários (33,39%)	5,3 milhões de beneficiários (12,97%)	4,6 milhões de beneficiários (11,35%)

CARACTERIZAÇÃO	MODALIDADE DAS OPERADORAS				
	COOP.MÉDICA (1)	FILANTROPIA (2)	MEDICINA DE GRUPO (3)	AUTOGESTÃO (4)	SEGURADORA (5)
	beneficiários (26,39%) 367 operadoras (17%) 33% da receita de 2004	(3,09%) 108 operadoras (5%) 3% da receita de 2004	718 operadoras (33%) 34% da receita de 2004	316 operadoras ativas (15%) 3% da receita de 2004 (não incluídas as patrocinadas)	14 operadoras (1%) 24% da receita de 2004

Fontes: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS – 06/2005

Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 26/08/2005

Diops/FIP - 06/2005

- (1) www.unimed.com.br
- (2) www.cmb.org.br
- (3) www.abramge.com.br
- (4) www.unidas.com.br
- (5) www.fenaseg.com.br

4.1.2- Os prestadores de Serviços de Saúde

Existe uma diferença entre as unidades hospitalares (e entre estas, aquelas consideradas como de ponta), as unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e os consultórios.

Assim, as representações também são diferenciadas:

- Unidades hospitalares: Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS).
- Consultórios e Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM).

Federação Brasileira de Hospitais (FBH)

Em seu sítio, a FBH declara a missão de congregar os hospitais, estabelecendo diretrizes práticas e políticas que impliquem fortalecimento empresarial e otimização de resultados da rede hospitalar nacional. Foi fundada em 1965, sendo uma entidade associativa, sem fins lucrativos, tendo como finalidade a representação da rede hospitalar brasileira, composta por 6.895 hospitais, sendo 4.561 hospitais privados e 2.334 hospitais públicos. Alguns de seus representados possuem planos de saúde próprios.

Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP)

Revela, em seu sítio, a missão de promover a qualidade da assistência médico-hospitalar brasileira, representando os legítimos interesses de seus associados, por meio de iniciativas inovadoras e modelos de excelência. Quer ser a principal instituição representativa dos hospitais privados de excelência do Brasil. Foi fundada em maio de 2001, por 23 hospitais particulares. Seu Comitê de Informação, Análise e Qualidade mantém um Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares (Sinha), para oferecer aos associados indicadores periódicos e permanentes para estimular os processos de melhoria, tanto na oferta de serviços como no uso de recursos.

Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS)

Conforme consta em seu sítio, a CNS foi criada em 1994 e é uma entidade sindical de terceiro grau. Congrega oito federações (Fenaess, Fehosul, Feherj, Fehospar, Fehoesc, Fehoesg, Fbase e Fehoesp) e 86 sindicatos de saúde em atividade no país. São hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios de análises clínicas e patologia clínica, serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia, entre outros estabelecimentos. Congrega prestadores de serviços de saúde privados (lucrativos ou filantrópicos) e operadoras de planos de saúde. Destaca como objetivo principal zelar pelos direitos e interesses do segmento de saúde junto aos órgãos governamentais e políticos do país e que compete à entidade, inclusive, defender os interesses coletivos ou individuais da categoria, no que se refere a questões judiciais, administrativas e trabalhistas. O fato de também representarem operadoras de planos, caracteriza uma certa dubiedade de representação.

Associação Médica Brasileira (AMB)

A AMB é uma sociedade sem fins lucrativos, fundada em 26 de janeiro de 1951 e que, atualmente, congrega cerca de 250 mil médicos sócios em todo Brasil. Destaca, em seu sítio, que como representante legítima desse enorme contingente, mantém-se firme em sua missão de lutar na defesa dos interesses da categoria. A entidade tem sob seu comando 27 unidades federativas filiadas em todo território nacional e 52 Sociedades Brasileiras de Especialidades.

Refere que tem como finalidades, definidas em seu estatuto, defender a categoria no terreno científico, ético, social, econômico e cultural; contribuir para a elaboração da política de saúde e aperfeiçoamento do sistema médico assistencial do País, orientar a população quanto aos problemas da assistência médica, preservar e recuperar a saúde e, ainda, elaborar a classificação de honorários para prestação de serviços médicos para convênios e concessão de título de especialista.

Ressalta que entre as atividades em desenvolvimento está a implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, da qual também participam o CFM e as Sociedades de Especialidade, assessorados pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe).

Refere que a elaboração das Diretrizes é outra área em que a AMB e o CFM atuam em conjunto. Juntos, conseguiram uma parceria com o Ministério da Saúde que passou a adotá-las. Entre os temas de maior relevância dentro das especialidades, o Projeto Diretrizes já conta com mais de 200 consensos.

Faz referência especial a parceria AMB - CFM que rendeu o lançamento nacional da campanha contra os abusos cometidos por algumas empresas operadoras de planos e seguros-saúde. Diz que o principal objetivo da campanha é mostrar à sociedade que, além dos aumentos abusivos, as operadoras estão descredenciando médicos e hospitais unilateralmente, restringindo e reduzindo valores de exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos. Além de fixar prazos mínimos entre consultas, colocando em risco a qualidade do atendimento e o bem-estar dos usuários, existe a ameaça de cancelamento do cadastro e suspensão dos pagamentos aos profissionais, caso não aceitem alterar o registro de pessoa física para jurídica.

Conselho Federal de Medicina (CFM)

O CFM é um órgão que possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica, conforme consta em seu sítio. Criado em 1951, sua competência inicial reduzia-se ao registro profissional do médico e à aplicação de sanções do Código de Ética Médica.

Diz que nos últimos 50 anos, o Brasil e a categoria médica mudaram muito, e hoje, as atribuições e o alcance das ações deste órgão estão mais amplas, extrapolando a aplicação do Código de Ética Médica e a normatização da prática profissional.

Destaca que atualmente, o Conselho Federal de Medicina exerce um papel político muito importante na sociedade, atuando na defesa da saúde da população e dos interesses da classe médica destacando sua luta em prol dos interesses da saúde e do bem estar do povo brasileiro, e que está sempre voltado para a adoção de políticas de saúde dignas e competentes, que alcancem a sociedade indiscriminadamente.

Refere que ao defender os interesses corporativos dos médicos, o CFM empenha-se em defender a boa prática médica, o exercício profissional ético e uma boa formação técnica e humanista, convicto de que a melhor defesa da medicina consiste na garantia de serviços médicos de qualidade para a população.

É responsável por edição de resoluções significativas referentes ao setor suplementar, seja através do próprio Conselho Federal, seja através dos Conselhos Regionais, que apontam para questões consideradas fundamentais para a corporação médica: autonomia profissional na realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, cobertura de enfermidades, liberdade do paciente na escolha do médico, assim como a questão do pagamento dos honorários médicos.

4.1.3- Os Usuários de Planos de Saúde

Existem algumas diferenças internas importantes dentro do setor suplementar com relação a este ator: se são participantes de planos antigos ou novos (o que faz uma grande diferença com relação a coberturas assistenciais e variação quanto ao reajuste) e se são de planos individuais ou coletivos (que diferencia quanto ao poder de negociação). Com este raciocínio, os usuários em situação de maior fragilidade seriam aqueles vinculados a planos individuais antigos, que são identificados como 2.557.218, representando 6,2 % do total de vínculos com idade consistente.

As representações mais presentes deste ator social são: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), Fundação Procon, Proteste, Brasilcon, Conselho Nacional de Saúde (representação de usuários) e Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde (ADUSEPS).

IDEC

Em seu sítio consta ser uma associação de consumidores fundada em 1987 e que não tem fins lucrativos. Os recursos financeiros para o desenvolvimento de suas atividades têm sua origem principal nas anuidades pagas pelos seus associados.

Diz que sua missão é promover a educação, a conscientização, a defesa dos direitos do consumidor e a ética nas relações de consumo, com total independência política e econômica; realiza orientações e informa seus associados sobre seus direitos; atua em temas de grande relevância para o interesse coletivo dos consumidores e da sociedade como

um todo; testa comparativamente e avalia produtos e serviços; move ações judiciais contra empresas e governos; edita a revista do Idec e mantém um portal.

Dentre as ações desenvolvidas envolvendo o setor, destaca: ter ajuizado dezenas de ações judiciais relativas aos reajustes; ter publicado o guia de planos de saúde; ter realizado um teste, no final de 2002, para avaliar o cumprimento da legislação específica do setor, por parte de oito grandes empresas, que foi determinante para a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Planos e Seguros, em 2003, onde participou intensamente. Pediu desligamento da CSS.

PROCON SP

A Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon), particularmente o que é vinculado à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo, tem uma participação ativa no setor suplementar. É uma fundação de direito público e suas atividades tiveram início oficialmente em 1976. Faz atendimento a consultas, reclamações, denúncias e entrega de material de orientação, tendo inclusive feito um Guia Prático de Orientação ao Consumidor sobre planos privados de assistência à saúde. Em seu sítio, refere que, por meio da Procuradoria-Geral do Estado, tem representado os interesses e defendido os direitos dos consumidores e vítimas de eventuais danos junto ao poder judiciário em diversas ações coletivas, difusas e individuais homogêneas.

PRO TESTE

É uma entidade civil sem fins lucrativos, apartidária, independente de governos e de empresas, e tem como objetivo a defesa do consumidor no Brasil, segundo declara no seu sítio. Diz pretender contribuir cada vez mais para a melhoria da qualidade de vida, pela participação ativa do consumidor na relação de consumo, facilitando inclusive seu acesso à Justiça. Ressalta que possibilita a organização, sem se submeter a interesses nem governamentais nem empresariais. Diz ter como objetivos: informar, intermediar e defender o consumidor coletivamente, lutando pela melhoria das relações de consumo no Brasil; promover e implementar o cumprimento da legislação de defesa do consumidor e o aprimoramento de toda a legislação pertinente; e promover a melhoria da qualidade de vida

dos consumidores no Brasil, especialmente quanto à qualidade de produtos e serviços, facilitando inclusive o acesso do consumidor à Justiça. Teve participação ativa nas discussões do Fórum.

BRASILCON

É o Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor, sendo uma associação civil, de âmbito multidisciplinar, sem fins lucrativos e filiação partidária, tendo objetivos científicos, técnicos e pedagógicos, mantendo estreito relacionamento com instituições e universidades. Busca compatibilizar a proteção ao consumidor com o desenvolvimento econômico e social, sempre com vista a realização de um mercado transparente e voltado para atividades de pesquisa, estudos, coleta e difusão de dados.

ADUSEPS

É uma entidade sem fins lucrativos que visa conscientizar, educar e defender, inclusive em juízo, os interesses dos usuários dos serviços públicos e privados de saúde. Foi criada em 30 de junho de 1996. Destaca ser pioneira por atuar especificamente junto aos consumidores de serviços públicos e privados de saúde. Impetrou 204 ações em 2004, quase todas visando as operadoras de planos.

Conselho Nacional de saúde (o CNS)

O Conselho Nacional de Saúde é um órgão colegiado com representação de diversos setores da sociedade e também de entidades nacionais de trabalhadores que possuem papel relevante para a sociedade brasileira. Tem o caráter deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde..

A Lei Federal 8.142/90, em seu § 2º, define:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Através do Decreto n.º 4.878, de 18 de novembro de 2003, foi ampliado o número de integrantes do Conselho Nacional de Saúde de 32 para 40 membros titulares e suplentes e mantém a proporcionalidade das representações: usuários dos serviços de saúde (50%); trabalhadores do setor (25%); gestores e prestadores de serviços (25%).

O CNS mantém comissões e grupos de trabalho que não são deliberativos, nem normatizadores. Seu papel consiste em discutir e articular as políticas, normas e programas das instituições e setores de interesse do Sistema Único de Saúde, como também submetem ao pleno do CNS as suas recomendações. Existe uma Comissão de Saúde Suplementar.

4.1.4- O Governo e os Planos de Saúde

Desde o período anterior à criação da ANS, no âmbito do então Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) do Ministério da Saúde, já se discutia a importância de serem adicionados aos elementos de regulação e fiscalização das condições contratuais dos produtos e do cumprimento estrito da nova legislação reguladora pelas operadoras e prestadores a questão da organização da prestação de serviços, dos parâmetros de rede, dos indicadores de qualidade, relacionados à assistência, e já eram componentes estratégicos do novo ambiente regulatório existente. Nas primeiras resoluções do CONSU, temas relacionados a este campo foram objeto de regulamentação e normalização, como a saúde mental, urgência e emergência, atenção odontológica e os próprios mecanismos admitidos de regulação do uso dos serviços.

Já no período de organização da DIPRO, após a criação da ANS, a preocupação da sua direção (particularmente de seu diretor, João Luis Barroca de Andrea) com esta questão foi concretizada com a criação, ainda que sem referência no Regimento Interno da Agência, da Coordenação dos Grupos Técnicos e na insistência da discussão com o grupo diretivo de temas relacionados à gestão e regulação da assistência prestada pelas operadoras.

Há que se explicitar que existia uma concentração quase restrita à DIPRO, na ANS, de profissionais com formação em saúde. Esta constatação aumentava, em muito, a responsabilidade com a implementação do projeto proposto. Era quase só da DIPRO a

tarrafa de ficar insistentemente lembrando ao restante da ANS, que ela é uma Agência de Saúde, mesmo que suplementar. Também se entendia ser da DIPRO a missão de esclarecer aos demais membros da agência que regular a saúde era diferente da regulação de outros setores, porque o produto final oferecido deveria ser o cuidado à saúde de uma das partes contratantes. Se fosse para haver uma simples reprodução de antigas formas de regulação anteriormente existentes, não se justificaria a entrada do Ministério da Saúde neste processo, nem mesmo a criação de uma agência. Se foi exigida pela sociedade a intervenção do Estado neste setor é porque uma das partes sempre ficava lesada com a contratação dos serviços. Se a regulamentação do setor ficou no âmbito da saúde, foi pela necessidade de uma diferenciação com os demais consumidores.

Definidas as prioridades e feita uma avaliação do funcionamento da diretoria, o passo seguinte foi a formulação de uma alteração na estrutura e no funcionamento cotidiano da diretoria, de forma a guardar coerência com o projeto assumido e as operações necessárias. Um de seus resultados foi a criação da nova Gerência -Geral Técnico-Assistencial dos Produtos (GGTAP) com a definição de suas macrofunções, expressas formalmente no Regimento Interno da ANS.

Portanto, a implementação da GGTAP veio no bojo deste conjunto de discussões, reflexões, produção conceitual, e avaliação das ações realizadas para o conjunto da DIPRO.

Deve ser destacado que durante todo este processo, a direção da DIPRO buscou a consultoria de sanitaristas comprometidos (Dr. Emerson Elias Merhy e Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior) com o processo de formulação de organização de atenção à saúde no país.

No entanto, apesar do avanço que significou para o órgão regulador a existência desse *locus* de regulação da assistência, não se conseguiu superar as barreiras de isolamento do funcionamento das diretorias nem a concepção francamente majoritária de concepção de regulação econômica predominante na Agência.

Também merece ser destacado que, mesmo depois da mudança ocorrida no Ministério da Saúde, em 2001, quando assumiu Humberto Costa e um grupo de sanitaristas que sempre estiveram envolvidos com a construção do SUS no Brasil, a aproximação da

ANS com o MS, fundamental para a discussão da regulação assistencial do setor suplementar, ficou praticamente restrita ao ministro da saúde que era o único (mesmo com toda importância que isso representa) da equipe dirigente ministerial a perceber a relevância da discussão sobre o setor.

Um outro destaque fundamental de ser feito, é a inflexão dada pela ANS para a regulação assistencial, quando assume a presidência da agência, em 2004, um médico sanitário, Fausto Pereira dos Santos.

4.1.5- O Legislativo e os Planos de Saúde

Apenas se gostaria de destacar o papel relevante que tem o legislativo para o setor, que pode ser compreendido com citação dos eventos em que o mesmo está envolvido: as leis que regulamentam o setor (Lei n.º 9656/98, Lei n.º 9961/00), a ajuda na organização do Simpósio, a realização da CPI dos planos de saúde, além dos inúmeros projetos de leis que têm como objeto o setor suplementar.

Deve ser lembrada a participação dos seguintes deputados e senadores nos momentos submetidos a análise: senadores Romeu Tuma e Sebastião Rocha; e os deputados Rafael Guerra e Henrique Fontana.

4.1.6- O Judiciário e os Planos de Saúde

Mais recentemente, o judiciário vem assumindo grande relevância não só no setor suplementar como em toda área da saúde, com a existência de um grande número de liminares dando acesso aos usuários a alguns procedimentos não previstos ou não autorizados na rotina normal dos serviços. No setor suplementar, além das questões envolvendo os reajustes das contraprestações pecuniárias, estão existindo inúmeras decisões judiciais garantindo coberturas não previstas contratualmente.

4.1.7- Intelectuais da Saúde e o Setor Suplementar

De acordo com SHEFFER e BAHIA (2005), existe uma abordagem superficial e tardia sobre a regulamentação do setor nos fóruns de debate do movimento sanitário, no meio acadêmico, na atuação cotidiana dos gestores do SUS, nos conselhos e conferências de saúde. Referem haver um desconhecimento a respeito do segmento, sua história, seus fundamentos econômicos e assistenciais, sobre os movimentos e atores que influenciam a regulação. Citam, como questões que dificultam abordagens mais realista do setor: as costumeiras e equivocadas analogias entre os planos e seguros de saúde no Brasil e nos Estados Unidos; o não entendimento das diferentes lógicas que movem o mercado dos contratos individuais e coletivos; a escamoteação das singularidades do empresariamento da prática médica no Brasil; visões sobre a legislação exclusivamente centradas na avaliação da ampliação das coberturas ou as obcecadas pela análise do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras.

PAIM (2005) reconhece o “acanhamento em pensar o privado para além das questões de valores e ideologias” porque, segundo o autor, tiveram

(..) durante todo esse período uma luta tão grande para não deixar que o SUS (o estatal ou o SUS público) sucumbisse diante do consenso de Washington, do neoliberalismo, da Reforma de Estado e do garroteamento dos gastos públicos pela falta de injeção de recursos, que praticamente (...) não sobrou tempo nem energia para encarar a questão do privado (...) creio que o Movimento Sanitário ficou acuado. Esteve na defensiva, lutando para não perder o espaço conquistado no plano jurídico e para não deixar asfixiar o sistema devido às restrições do financiamento. Procuramos preservar o serviço público consumindo nessa luta quase toda nossa energia política. Pouco avançamos até naquilo que, a meu ver, a legislação permitia. Nem os governos ousaram cumprir a lei, nem os atores sociais estabeleceram na agenda política, com a devida ênfase, a relação público-privado no SUS (PAIM, 2005, p.117 e p.119).

Mesmo reconhecendo o distanciamento com o setor, este autor não se exime de fazer críticas ao governo com relação a duas questões: a proposta de migração dos planos, que diz ter sido um desastre causando inclusive uma elevação do preço das mensalidades e com relação à briga entre os médicos e os planos de saúde (diz que o Executivo ficou observando, olímpicamente, o que iria acontecer). E parabeniza a ação do Ministério Público.

Outros autores, vinculados à saúde pública, percorrem o mesmo caminho.

Não se pode (e não se deve) impedir que autores tão consagrados da saúde pública manifestem suas opiniões sobre qualquer assunto que seja, mas se espera que, fazendo jus ao seu compromisso com a área da saúde, estes autores se responsabilizem por buscar informações que subsidiem suas manifestações, para saírem do nível de superficialidade que é encontrada em qualquer pessoa que tenha um contato mínimo com o setor.

Destaca-se a participação dos seguintes intelectuais em, pelo menos, uma parte dos dois momentos abordados neste estudo: Jose Noronha; Lígia Bahia (estes participantes dos dois eventos); Pedro Barbosa; Aloísio Teixeira; Amélia Cohn e Emerson Mehry. Estes formuladores de políticas de saúde têm uma grande importância na colocação da discussão do setor com o nível de profundidade que merece.

4.2- A Inter- relação com o Setor Público

O Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS, 2005) realizou um estudo sobre os “Desafios para a Equidade em Saúde na Região Metropolitana de São Paulo”, no período de 2002 a 2004 e um dos procedimentos utilizados na pesquisa foi a realização de entrevistas com diferentes atores do SUS: os secretários de saúde dos cinco municípios-caso; representantes e atores-chaves da esfera estadual; conselheiros representantes dos prestadores de serviços ao SUS e conselheiros representantes dos usuários do SUS, além de entrevista com profissionais das áreas técnicas de Planejamento e Programação, Avaliação e Controle e de outras áreas técnicas dos sistemas municipais e

estadual de saúde. Uma das agregações feitas pelo NISIS foi a abordagem do material empírico com o intento de organizar, com base nas falas, o que cada uma das partes entendia por relação público-privado e também de que maneira os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS estão traduzidos nas experiências quotidianas dos entrevistados. Essa agregação feita pelo NISIS pode ser observada no Quadro 4, abaixo:

Quadro 4- Atores Sociais do SUS e o Setor Suplementar

Secretários Municipais	SUS atende a todos sem distinção; para a entrega de remédios com receita de fora do SUS encaminha para a assistência social. A relação mais problemática é interesferas de governo, principalmente a esfera estadual; deve haver ressarcimento para todo e qualquer procedimento. O SUS deve regular o setor suplementar; há pontes entre o setor público e privado pela ação do médico com duplo vínculo. A relação público-privado é obstada pelo teto financeiro do SUS. Em razão da universalidade do SUS, o atendimento do segurado não deve ser obstruído. A relação entre os usuários e os planos deve ser regulada pelo mercado; o código de defesa do consumidor deve regular a relação do setor suplementar e os usuários; o SUS está cobrindo a alta complexidade; o plano deve ser integral e o preço também; não deve haver ressarcimento; idem à renúncia fiscal; o setor privado acha que o setor público deve pagar a conta de tudo.
Conselheiros representantes dos prestadores	Não se deve atender possuidores de planos; o maior problema na relação estado-município está na omissão do primeiro. Não deveria haver plano. O acesso é universal no SUS, mas não deveria; quem tem plano não usa o SUS; não deve haver dupla porta nos equipamentos públicos do SUS; há excesso de regulamentação da ANS sobre o setor privado. O SUS deve ser universal e a relação com o privado deve ser de complementariedade. Há problemas entre as operadoras e as prestadoras mais do que entre as prestadoras e o SUS, pois este atrasa mas paga, as operadoras nem sempre pagam. A relação é obstruída pela falta de diálogo do setor público com o privado, pois aquele deveria saber o que este tem para oferecer; a rigidez da pactuação dos procedimentos impede aproveitar a ociosidade do privado quanto à oferta de leitos e exames; há incerteza no cumprimento do pactuado. O SUS é o ideal de política pública, mas quem tem plano deveria arcar com os custos; SUS deveria atender somente urgência; emergência dos usuários de planos; há uma relação de desconfiança dos conselheiros representantes dos usuários com o setor privado, visto como vilão.
Conselheiros representantes dos usuários	O SUS deve ser universal. O SUS deve atender a todos, mas deve privilegiar quem não tem plano. O SUS deve atender a todos, mas quem tem plano deve procura-los. Não deveria haver planos, não confia nos planos. O privado deve ser visto como parceiro, mas hoje a relação é de parasitismo do privado sobre o público, pois o alto custo vai para o SUS. É necessário o ressarcimento

Fonte: NISIS, 2005

4.3- Verificação da Posição dos Atores quanto à Atenção à Saúde

As posições dos principais atores (operadoras, usuários, prestadores e governo), serão analisadas de forma agregada para cada uma das seguintes categorias analíticas: Integralidade, Organização de Rede, Incorporação Tecnológica, Ações de Promoção e Prevenção, Multiprofissionalidade, Acompanhamento de casos crônicos, Sistema de Informação Assistencial, e Avaliação e Qualidade. Ao final será feita uma síntese da posição de cada um dos atores com relação ao conjunto das categorias.

As planilhas de coleta das posições dos atores sociais, encontram-se no Anexo 1.

4.3.1- Integralidade

Operadoras

- No Simpósio: As operadoras de MEDICINA DE GRUPO dizem que a ampliação de coberturas assistenciais aumenta os custos para as operadoras e afasta os consumidores de menor poder aquisitivo. Por isso defendem a subsegmentação. Não se pode exigir da iniciativa privada a ampliação de obrigações, sem contrapartida financeira, sob pena de levar o setor à ruína. Atendimentos de altíssima complexidade, como os transplantes múltiplos de órgãos ou casos de custo catastrófico, são impossíveis de serem atendidos pelos planos de saúde. No entanto, está-se impondo a estes a prestação de coberturas cada vez mais extensas, seja por meio da legislação, seja pelo próprio poder judiciário, que vem obrigando a atendimentos não previstos no contrato. As AUTOGESTÕES defendem, de uma forma geral, a ampliação de coberturas, mas dizem que é preciso avaliar o impacto financeiro, principalmente sobre os planos já contratados. A UNIMED defende a cobertura mais ampla possível, mas diz que isso gera custos e que é preciso se preocupar com o equilíbrio. As SEGURADORAS defendem a subsegmentação e dizem que a mudança de cobertura implica em alteração no custo do risco

- No Fórum1: As SEGURADORAS afirmam que a integralidade não é possível no setor suplementar e que os princípios de integralidade e equidade são próprios do setor público. E que apesar de o ideal ser que todos tivessem assistência a tudo, existe o limitador da capacidade de pagamento do sistema, por isso a subsegmentação é uma questão de custos e não de saúde. A UEME defende a subsegmentação porque se pode fazer uma boa Medicina em 80% dos casos sem alta tecnologia. A UNIMED manifesta preocupação com os planos sem cobertura de alguns procedimentos e que os consumidores vão à Justiça e conseguem liminares para a realização de procedimentos sem o cálculo atuarial para isso, e a operadora tem que arcar com o custo alterando seu equilíbrio econômico-financeiro e atuarial. A CMB defende a subsegmentação. O SINAMGE propõe o controle do plano-referência e para aqueles que querem ter planos internacionais e com helicóptero deveria se cobrar mais porque eles podem pagar. A ABRAMGE diz que já existe a segmentação e quem impede a migração são os órgãos de defesa do consumidor porque os custos estariam fora do alcance das pessoas que possuem planos antigos. As COOPERATIVAS dizem que tem que ter subsegmentação porque é inviável vender a mesma cobertura em todo o país e só quem tem toda a cobertura do rol é São Paulo. As ADMINISTRADORAS dizem que se deveria usar a subsegmentação como moeda de troca para a migração de planos antigos. O SINOGE defende a subsegmentação dos planos odontológicos.
- No Fórum 2: O SINOGE acha que a integralidade na área vai produzir desemprego. As SEGURADORAS assumem que a integralidade significa cobertura a qual tem custo, e que a subsegmentação permitiria oferecer ao mercado produtos ao alcance dos consumidores. Afirmam que não são gestores de saúde e que trabalham com a modalidade de reembolso. As MEDICINAS de GRUPO protestam contra a diretriz que impede a subsegmentação. O SINAMGE pede para mudar o termo de subsegmentação para progressividade; que a prevenção é importante, mas não é barata, e reclama da judicialização que está determinando coisas que nem o SUS cobre.

O SINOZ diz que a odonto não tem adotado muito a segmentação e que existem diferenças entre a odonto e a médico-hospitalar. As ADMINISTRADORAS defendem a subsegmentação, principalmente no interior do país. A UNIODONTO quer discutir a subsegmentação no setor odontológico e propõe o fim do controle de preços com mobilidade entre as operadoras.

- No Fórum 3: A UNIMED defende que a cobertura seja qualitativamente igual a do SUS, mas defende a segmentação. A ALIANÇA defende o cumprimento do contrato naquilo que foi pactuado entre as partes e não se pode comprar um quitinete e querer morar em uma cobertura. A COOPERATIVA. MÉDICA diz que tem que fornecer procedimentos que não estão no contrato desequilibra a relação.

Síntese: De uma maneira geral, as operadoras defendem a subsegmentação e entendem que a ampliação de cobertura deve ser acompanhada por contrapartida financeira, manifestando grande preocupação com os custos e com a judicialização da relação contratual (liminares garantindo coberturas não cobertas contratualmente) e que a integralidade é uma questão para o setor público.

Prestadores

- No Simpósio: A AMB diz ser compreensível a busca pela cobertura integral. Coloca o plano referência como extensão de cobertura assistencial, mas que poucos têm migrado para o plano referência, por causa do preço abusivo colocado pelas operadoras e que as diversas resoluções e a própria segmentação colocam restrições, dificultando o acesso, citando, como exemplos, as urgências e emergências, reprodução humana, DLP e procedimentos de alta complexidade. Diz que houve uma diminuição da cobertura pela Lei n.º 9656/98 e que as entidades médicas, junto com os órgãos de defesa do consumidor e portadores de patologias e deficiências, vêm lutando nos últimos três anos para manter a cobertura assistencial conquistada na lei. Ressalta que foram criadas medidas restritivas, em

diversas medidas provisórias e resoluções editadas pelo Consu, logo após a aprovação da Lei 9.656/98 e que a segmentação dos planos, o ambulatorial ou somente o hospitalar, poderia ser um exemplo desse processo, ou poderia ainda colocar outras restrições, no que tange, por exemplo, ao campo da governabilidade das urgências e emergências, ou na área da reprodução humana, ou, mais recentemente, na regulação das doenças preexistentes, onde diversos procedimentos foram colocados em carências especiais, dificultando o acesso da clientela. Diz que ao se realizar o balanço dos três anos de regulamentação de planos de saúde, pode-se observar que houve um movimento crescente de diminuição da cobertura estabelecida pela Lei 9.656/98, principalmente ao se levar em consideração a MP nº 2.177-43, que previa subsegmentações, restrições por área geográfica, sem contar o plano de acesso, que abria possibilidades infinitas de manipulação da cobertura assistencial. Considera que tal questão é consequência natural da RDC nº 42, dos procedimentos de alta complexidade em carências especiais – diante das doenças preexistentes – e da MP-43, ao permitir, principalmente, restrições por área geográfica, onde o beneficiário teria acesso apenas aos procedimentos existentes na região, definidos pelo plano de saúde. Julga que quando se coloca um plano mais barato para se poder ampliar o acesso da população a esse plano, ele vai ter uma série de restrições como subsegmentações e restrições geográficas. Afirma que, com certeza, nessas restrições não se estará compreendendo a alta complexidade.

- No Fórum 1: A FBH diz que o aumento da cobertura, com a proibição da segmentação, limita o mercado, impedindo o seu aumento. Esse aumento poderia se dar com pessoas que poderiam pagar por um plano, com cobertura menor. Afirma que a obrigação da universalidade e da integralidade é do Estado; e ofertar planos próximos a estas características é querer elitizar a saúde particular no país. E que houve um aumento de custos devido a novas coberturas e novas tecnologias e exigências de informações. As empresas também estão em uma situação difícil e procuram planos mais baratos ou serviços com qualidade pior. A FENAM faz uma defesa do SUS esperando

que ele possa oferecer tudo que o setor suplementar oferece. O CFM diz que no passado havia restrição de cobertura, seletividade de usuários e falta de garantias de atendimento na vigência do contrato e que após a lei houve o oferecimento de cobertura integral, mas com a manutenção da prevenção ainda opcional; também ainda há atraso na implementação de normas para credenciamento e descredenciamento. Destaca a Resolução n.º 1.401/93 do CFM que estabeleceu a obrigatoriedade aos planos de saúde de garantirem atendimento integral a todas as enfermidades relacionadas na Classificação Internacional de Doenças. A CMB defende a subsegmentação porque diz que está havendo sobrecarga do SUS (as pessoas não estão tendo dinheiro para pagar) e a situação dos hospitais filantrópicos está cada vez mais grave. A ANAHP entende que existem outras formas criativas para se flexibilizar os produtos, não parecendo adequado que uma pessoa, na mesma faixa etária mas que é obeso, fumante, sedentário e alcoólatra pague a mesma coisa que outra que não é descuidada com sua saúde.

- No Fórum 2: Para a ANAHP não há a necessidade de subsegmentação porque já existem produtos e prestadores diferenciados. Diz que os hospitais já vêm adotando uma visão de saúde que congrega baixos custos com baixa invasividade e ressalta que a assistência à saúde deve ser prestada de modo integral, mas interroga a dificuldade que é a extensa rede de prestadores, bem como a falta de articulação entre eles. A AMB diz que entende a posição das operadoras a favor da subsegmentação sob o aspecto financeiro, uma vez que o SUS não conseguiu ofertar à toda população as coberturas necessárias, mas do ponto de vista médico é contrário à subsegmentação, uma vez que perpetuariam os problemas já existentes nos contratos antigos e que inviabilizariam a atenção integral à saúde dos clientes. A Confederação Médica Brasileira é contra a subsegmentação que impede a integralidade e fere a consciência ética e profissional; acha que o governo deve arbitrar quanto à subsegmentação e controle social; também afirma que o SUS não é sub-segmentado, mas sub-financiado. A CMB vincula a questão da cobertura a questão da recomposição do equilíbrio financeiro.

- No Fórum 3: A CMB diz que na subsegmentação as operadoras fariam o que é barato e deixariam a alta complexidade para o SUS.

Síntese: Existe uma diferença no posicionamento entre os prestadores hospitalares, que se manifestam favoravelmente à subsegmentação e os prestadores profissionais de saúde, que apesar de entenderem as questões financeiras implicadas na cobertura integral, são contrários à subsegmentação.

Usuários

- No Simpósio: O CNS entende que a regulamentação da saúde suplementar deve nortear-se nos marcos doutrinários do SUS de universalidade, equidade e integralidade; e o acúmulo de denúncias de negativas e restrições de coberturas, controles de utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos, problemas de credenciamento e descredenciamento, dentre outros, uniu as entidades de defesa do consumidor, dos usuários e entidades de defesas de profissionais, especialmente os médicos e foi criado o Fórum Nacional de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde que passou a ter presença constante na mídia e ações junto ao Judiciário e que estas entidades estariam por trás da agenda da cobertura. O IDEC diz que está há mais de uma década lutando, no campo da regulamentação do setor privado, para que sejam respeitados os princípios constitucionais de defesa do consumidor na ordem econômica, da relevância pública das ações de saúde e da integralidade na atenção à saúde. Diz que a definição da cobertura assistencial foi o ponto mais polêmico durante anos de debate no Congresso Nacional. Faz duras críticas à MP-43, que em seu Art. 12-A faz oferecimento de coberturas diferenciadas dependendo da disponibilidade do serviço na área de assistência ou organizado em sistemas hierarquizados e gerenciados. Defende o plano-referência, dizendo que ele foi um pleito de todas as entidades de consumidores e das profissões de saúde. Disse discordar da oferta fragmentada em quatro segmentos, mas que pelo menos em todos os planos exigia-se a cobertura de todas as doenças e dos procedimentos previstos para o segmento. Reconhece como avanços da Lei 9.656/98: proibiu a limitação da

participação de usuários; restringiu o descredenciamento; limitou os prazos absurdos de carências até então existentes; tornou obrigatória a cobertura ao recém-nascido; proibiu a rescisão contratual unilateral; garantiu a cobertura à saúde mental até então, geralmente, excluída; assegurou algum grau de atenção ao demitido e ao aposentado; definiu ressarcimento ao SUS e a obrigatoriedade da cobertura de urgência e emergências. E identifica como problemas: a possibilidade de atenção fragmentada entre o ambulatorial e o hospitalar, por exemplo, porque sabe que as doenças não param na porta do hospital; identifica a falta de uma política clara de atenção preventiva e assistência farmacêutica. O BRASILCON identifica os seguintes pontos polêmicos na MP-43: adaptação dos contratos antigos, subsegmentação, hierarquização e regionalização do atendimento; e se manifesta fortemente contrário à subsegmentação apesar de saber que ela está prevista na legislação.

- No Fórum 1: A FARBRA falou que a luta pela regulamentação dos planos de saúde sempre esteve, para os usuários, inserida em uma luta mais ampla em defesa do direito à saúde, pelo direito à assistência integral e digna para todos os brasileiros. O PROCON SP faz uma defesa dos direitos do plano coletivo, que pode ter o contrato rescindido unilateralmente; defende um tempo menor de CPT para DLP e defende a modificação da Resolução CONSU n.º 13 sobre urgência e emergência, que após 24 horas tem que ter cobertura total e não após seis meses. A CUT defende o SUS e repudia com veemência a subsegmentação e critica as Santas Casas que viraram operadoras de planos, oferecendo “planinhos”. A PRO TESTE não aceita, em hipótese alguma, abrir discussão sobre a subsegmentação, afirmando que os planos ambulatoriais já representam uma segmentação. Afirma que a legislação avançou em alguns pontos isolados: instituiu o plano referência como uma das opções dos usuários com cobertura total; previu cobertura em saúde mental e transplantes; assegurou o direito do aposentado e do demitido; teve a definição do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde e ditou regras para o ingresso de novos planos. Existe um dissenso a respeito de uma série de

assuntos, porém, a respeito da subsegmentação teria que se buscar um consenso. Afirma que a saúde não é um produto qualquer e que não pode ser tratada aos pedaços, tem que ser por inteiro. Se começar a discutir o que já está fechado, será retrocesso. Destaca que para o consumidor tanto faz a natureza, o porte e os produtos ofertados porque ele acaba aceitando o que é possível dentro da sua condição econômica. A ADUSEPS diz que a subsegmentação pode ser legal, mas é imoral, prejudicial à saúde e que não existe uma doença pequena ou doença grande, existe uma doença. O usuário de baixa renda paga pelo plano mas na hora do atendimento é excluído. Diz que a prática da subsegmentação é uma forma de encher o “saco de dinheiro” das operadoras e que este saco não pode ser enchido com a miséria.

- No Fórum 2: A PROTESTE lembra que o SUS é deficiente na integralidade, vista a partir do acesso. E considera a subsegmentação inviável para a maioria dos consumidores. Os representantes de usuários enfatizam as dificuldades de acesso ao SUS como um dos problemas da integralidade, mas defendem a adoção dos princípios do SUS. Diz que há planos “antigos” nos quais o usuário já vem pagando a conta, e que na migração dos contratos mais subsegmentados, o mercado retroage. A ADUSEPS afirma que a diretriz 2, que trata da integralidade, é ilusória; diz ser contra a subsegmentação e que a indicação médica é soberana. A Central Autônoma dos Trabalhadores (CAT) afirma que não precisa de planos com pequena cobertura para o interior, a subsegmentação não interessa aos trabalhadores porque se o trabalhador urbano não tem condições de pagar seu plano, nem migrar, muito menos terá o trabalhador rural, por isso não entende a defesa para a segmentação dirigida para o interior. O PROCON SP parabenizou as diretrizes, principalmente a não subsegmentação. O BRASILCON reafirma a defesa da não subsegmentação. O IDEC diz que não admite a subsegmentação por doenças e procedimentos, uma vez que os consumidores não têm capacidade para compreender os termos contratuais que tratam do tema. Afirma, ainda, que é contrário à segmentação atualmente existente. A CUT, as entidades médicas e os órgãos de defesa do consumidor se posicionaram contra a segmentação da

Lei n.º 9.656/98. Afirma que o SUS e a Saúde Suplementar não podem ser sistemas isolados, e sim suplementares, e que o sistema suplementar cresceu por dificuldade de acesso ao SUS. Destacou que as entidades de defesa dos consumidores e as entidades médicas, desde a época da discussão da Lei n.º 9.656/98, já se posicionavam contrários ao processo de segmentação, e que continuavam com a mesma posição de serem contrários à segmentação.

- No Fórum 3: O PROCON SJC diz que a cobertura da saúde tem que ser integral. A ADUSEPS manifesta preocupação se o que se está dizendo sobre integração com o SUS é que ele deveria cobrir o que não for coberto pela suplementar, que é a questão da segmentação; e que a doença não é diferente porque se mora em um lugar diferente. A CAT diz ter uma posição contrária à segmentação e que isso está sendo amparado por todas as Conferências Estaduais de Saúde. Dos 260 delegados dos usuários que vêm de São Paulo para a Conferência, essa é uma das primeiras propostas que é consenso entre os representantes.

Síntese: Os usuários manifestam-se fortemente contrários não só à subsegmentação, como à própria segmentação. Fazem uma defesa dos princípios do SUS, particularmente da integralidade e a vinculam ao oferecimento do plano-referência.

Governo

- No Simpósio: O ministro Serra afirma que se tem um plano que oferece um plano integral a baixo preço, tem que fechar, porque isso representa o esquema da cadeia da felicidade. O CONASS faz a defesa da integralidade, hierarquização e regionalização dos serviços do SUS. O CONASEMS defende o SUS, seus princípios, suas instâncias de pactuação e seu controle social. Também defende o plano-referência como forma de assistência integral à saúde e que se deve evitar as variantes de segmentação e subsegmentação dos produtos tomando cuidado para não imputar mais responsabilidades ao SUS. O diretor-presidente da ANS (Montone) afirma que dois terços dos usuários são de contratos antigos, que não contemplam

uma atenção integral à saúde. Faz uma defesa da MP-43 dizendo que a hierarquização também é um princípio de organização do SUS. Na cobertura assistencial, destaca o rol de procedimentos de alta complexidade e o plano-referência. Diz que 92% dos usuários fizeram a opção de um plano ambulatorial mais hospitalar, e não de um segmento isolado. Fala que no projeto de migração constante na MP-43, constava que a migração seria para um plano referência e não para uma segmentação inferior. O diretor da DIPRO (Barroca) explicou que a retirada da odontologia da obrigatoriedade do plano referência foi acertada com os diversos atores. Coloca como avanço a vinculação da segmentação ao rol de procedimentos. Acha ser possível discutir a subsegmentação depois de uma política de incentivo à adaptação.

- No Fórum 1: O ministro Humberto Costa manifesta preocupação com as diversas insatisfações dos diversos setores incluindo as limitações de cobertura para os usuários. Barroca diz que todos queriam mais e melhores coberturas e que o objetivo final do setor era prestar um bom atendimento dentro das suas características.
- No Fórum 2: o MS coloca as diretrizes 2 (*Diretriz 2 - A saúde suplementar deve observar os princípios da integralidade da atenção - na segmentação contratada - da resolutividade e da qualidade dos serviços prestados*) e 3 (*Diretriz 3 - Quanto à cobertura assistencial, não será permitida a subsegmentação*) e diz que na diretriz de número dois, a saúde suplementar deveria observar os princípios da integralidade da atenção, no caso específico da segmentação contratada pela operadora, da qualidade dos serviços prestados e que esta diretriz era uma consequência da primeira, na medida em que se a operadora era responsável pela atenção à saúde, ela também era responsável pela discussão da qualidade e da resolutividade dos serviços por ela ofertados ao seu beneficiário. Afirmou que a diretriz três referia-se a discussão da cobertura e que a subsegmentação, além da segmentação que já estava colocada no processo de regulamentação, no entendimento do governo, não deveria prosperar. O diretor-presidente da ANS (Montone)

disse que com relação à subsegmentação era uma discussão de fundo que teria que ser aprofundada e que era uma diretriz apresentada pelo MS para a regulação dos setores da saúde suplementar. O ministro Humberto Costa manifestou preocupação com os problemas de cobertura dos planos antigos, que distorcia a imagem do mercado, de uma forma geral. O CONASEMS se manifesta fortemente contrário a subsegmentação.

- No Fórum 3: O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) tem dúvidas de como o setor praticaria a integralidade da atenção. O diretor-presidente da ANS (Montone) diz que só se teria uma visão real do quanto as operadoras induzem ou não a utilização do SUS quando todos os usuários de plano de saúde estivessem com a cobertura integral que é exigida pela Lei, porque nos planos antigos existiam falhas de cobertura que eram usadas nos processos jurídicos.

Síntese: Com relação à integralidade existe uma posição comum do governo, em torno de sua defesa. A diferenciação ocorre na questão da subsegmentação, encarada como possível pela direção da ANS e fortemente rejeitada pelo MS.

A discussão da integralidade no setor é permeada por questões como a segmentação e subsegmentação e ampliação ou não de coberturas e suas implicações financeiras.

4.3.2- Organização da Rede

Operadoras

- No Simpósio: A ABRAMGE diz que a ampliação das demandas pressionou por extensão de coberturas e, como consequência, promoveu a organização de redes credenciadas, que se somaram aos serviços próprios das empresas médicas. Afirma que o processo levou à formação de uma teia de relações extremamente complexa, envolvendo, de um lado, empresas médicas e

empresas empregadoras contratantes de seus serviços e, de outro, os provedores na área de saúde, sejam eles hospitais ou médicos. O CIEFAS diz que os órgãos de representação de defesa do consumidor - muitas vezes - empunham bandeiras de maneira acrítica, como no caso do credenciamento universal. E que a autogestão é frontalmente contra essa prática. Afirma que já viu alguns órgãos de defesa do consumidor defendendo o credenciamento universal, e por conta do mercado imperfeito, por conta da responsabilização das operadoras em cima do ato médico, essa bandeira é indefensável porque pode não ser a defesa de um benefício para os usuários. Também entende que os freqüentes descredenciamentos imotivados são prejudiciais aos usuários e também contrariam os interesses médicos. Mas não acha que uma entidade médica, que não tem poder de legislar, possa interferir numa relação que é prevista no Código Civil e que é amparada em contratos perfeitos, como costumam fazer as empresas de autogestão. Mas defende o sistema apoiado em medicina da família, que passa a orientar melhor o usuário, para que se possa voltar a ter médicos que enxerguem o doente, e não apenas a doença, oferecendo um serviço que coleciona as informações de saúde das pessoas e as orientem nas suas necessidades de acesso à rede. A ABRASPE diz que, salvo algumas exceções dentro da autogestão, não há sistemas de mecanismos de regulação, de acesso ao sistema. Afirma que o usuário recebe uma carteirinha, um manual, e utiliza o serviços que estão disponíveis na rede. A CMB defende a implantação dos planos nas empresas filantrópicas dizendo que o Governo também beneficiou-se com a diminuição de usuários de procedimentos feitos pelo SUS, pois, na montagem desses planos, sempre houve a preocupação de atender à capacidade financeira do consumidor daquela comunidade específica, possibilitando o maior acesso possível das diversas camadas econômicas da população.

- No Fórum 1: A FENASEG diz que o sistema de saúde individual no Brasil hoje, corre o mesmo risco, na ânsia de garantir direitos, de acrescentar responsabilidade sem a preocupação da capacidade de pagamento. Cria-se

uma casta dos que têm plano, principalmente aqueles antigos, que estão defasados e mais baratos, e se exclui um universo enorme de pessoas que gostariam de ter, mas por uma questão de renda não conseguem ter acesso, porque o custo é muito alto. Afirma que não existir carência, não ter faixa etária, ter credenciamento universal, tudo isso encarece, e se tem que lembrar, que o Brasil é um país pobre, não existindo recurso para o indivíduo comprar plano no desenho que está sendo proposto. A COOPERATIVA MÉDICA questiona se os consumidores poderão arcar com o maior custo dos planos advindo da livre escolha, do credenciamento universal. A UNIDAS diz que, principalmente na autogestão, há uma liberdade muito grande e uma ida à rede muito desorientada, que leva a ineficiências graves no setor. Falando sobre rede, disse que defendia uma rede própria, de cada sistema, com profissionais acolhedores, que estabeleçam vínculo, que usem com racionalidade as tecnologias à disposição. Acha que se tem que mudar a lógica assistencial, através de um sistema que tenha o acesso hierarquizado, com serviços próprios, uma rede referenciada de especialistas em que as pessoas acessem os especialistas por orientação de médicos generalistas, médicos de família, apoiado em um programa de promoção da saúde e prevenção da doença, com responsabilidade também das operadoras pela educação técnica continuada e com educação em saúde dos beneficiários, para que eles entendam que a primeira responsabilidade da manutenção da própria saúde é de cada pessoa. Disse achar que o discurso do credenciamento universal está envelhecido e que não existirão recursos para pagamento se não houver um disciplinamento do acesso e que não basta credenciar todos os médicos para que todos tenham aumento no seu poder aquisitivo. Disse que não haveria aumento porque os recursos dos trabalhadores seriam os mesmos e que não há como desconhecer todos os estudos que mostram o empobrecimento da classe média, que é quem é privilegiada, e consegue financiar o setor supletivo. Disse defender um sistema que seja racional na distribuição de tecnologia, que valorize a formação do médico generalista, que o acesso à rede de especialistas seja

orientado através de médicos generalistas, que haja controle da introdução e da utilização das novas tecnologias, não para impedir o acesso, mas de procurar ajustar a tecnologia adequada à complexidade da necessidade do paciente. Abordando o tema da cobertura e acesso à assistência, disse que o fato de ainda se conviver com dois terços de planos anteriores à lei e existirem ainda limites de diária, de UTI e limites de idade e mesmo limites de utilizações, isso escancara a imperfeição do setor. Disse haver, principalmente na autogestão, uma liberdade muito grande e uma ida à rede muito desorientada, que leva a ineficiências graves no setor. Afirma que as autogestões ficam a meio caminho, entre o setor privado e o público, porque de uma maneira geral nas autogestões se busca observar os princípios de igualdade de acesso, de equidade e de integralidade da atenção, mas percebe que há uma iniquidade muito grande na distribuição e utilização dos recursos no setor privado e que o acesso é determinado, não pela condição do paciente, mas pela cobertura do seu plano. Falou que se o beneficiário tivesse livre acesso e pudesse escolher o seu médico, o grau de conhecimento dele em relação a um médico, hospital ou um laboratório seria desmesuradamente inferior e o faria refém de terapias e tratamentos que resultam em iatrogenias. A ABRAMGE disse querer abordar a questão da universalização do credenciamento que poderia exterminar com os planos de saúde, pelo menos os acessíveis a população e elencou alguns fatores para justificar sua afirmativa: a oferta determina a demanda, e se todos os médicos forem credenciados o número de consultas vai ser muito maior, gerando uma explosão de custos; o paciente de baixa renda está sujeito a uma má escolha devido à formação do médico, podendo escolher um médico que não tenha condições de atendê-lo; o médico escolhido poderá não ter acesso a determinados hospitais e serviços; o próprio SUS não admite a livre escolha, realizando concursos para que os seus médicos sejam admitidos; um mau médico erra mais, e as operadoras e os hospitais teriam muito mais casos de responsabilidade solidária com o médico; também torna inviável a existência de sistemas fechados, como o próprio sistema UNIMED. A UNIMED

abordou também a questão da universalização do credenciamento, dizendo que a sociedade cooperativa existe para prestar serviços aos médicos cooperados e que não era razoável que uma possível imposição legal fizesse com que uma cooperativa praticasse aquilo que se chama de ato não-cooperativo, que apenas em hipóteses excepcionais a cooperativa pode praticar. Alertou ainda sobre a participação do cooperado no resultado da cooperativa, o que um médico não-cooperado não teria como fazer.

- No Fórum 2: nada relevante
- No Fórum 3: A ALIANÇA UNIMED diz que quando se fala em insuficiência de rede, esse não é o problema de todas as operadoras de saúde, e nem sabe se é problema de operadora de saúde, porque não tinha visto nenhum dado objetivo, estatístico, dizendo que uma operadora tinha insuficiência de rede e por isso o usuário foi para o SUS. A UNIMED diz achar importante a contratualização, mas que existem muitos entraves quanto aos preços impostos pelos prestadores.

Síntese: No Simpósio e na primeira etapa do Fórum, houve uma maior ocorrência da discussão da rede, principalmente centrada na questão da existência de uma rede ou do credenciamento universal (com livre escolha). Todas as operadoras manifestaram-se fortemente contrários ao credenciamento universal, caracterizando como desorganizadora de rede.

Prestadores

- No Simpósio: O CFM diz que tentou impedir que um rolo compressor passasse por cima do médico e do paciente editando a resolução do CFM nº 1.616 que procura trazer o mínimo de segurança ao sistema ao impedir o desc credenciamento injustificado. A Associação Paulista de Medicina (APM) questiona se a falta de segurança extrema dos médicos em relação a sua liberdade de atuação, honorários insignificantes e possibilidade frequente de desc credenciamento não seriam prejudiciais aos pacientes e à saúde no seu

todo e se a ANS não deveria atuar modulando isso. A Confederação Médica Brasileira apresenta uma proposta de credenciamento coletivo com os seguintes princípios: a) livre escolha do médico e demais profissionais de saúde pelos usuários pacientes; b) o médico atenderá pacientes originários de qualquer plano de seguro privado de assistência à saúde. A AMB acredita que é extremamente salutar dar ao usuário o direito de escolher o seu médico, de optar não por listas preestabelecidas, mas de procurar aquele médico em quem confia. Não tem dúvida de que se essa medida parece, num primeiro momento, custar mais para as operadoras – e gostaria de discutir isso depois, num fórum específico –, não tem dúvida de que assim estaria melhorando a resolutividade do sistema. Ao melhorar a relação médico/paciente, ao melhorar a resolutividade do sistema, talvez esteja, também, do ponto de vista dos recursos, viabilizando essa proposta.

- No Fórum 1: A FENAM afirmou que o movimento médico brasileiro não iria admitir assistir aos credenciamentos em massa. Se fosse preciso, mudaria a forma de atuação e relacionamento com as operadoras de planos de saúde, que passariam pelo credenciamento de todos os profissionais do Brasil, por meio de suas entidades nacionais. A ANAHP disse ter que se discutir definitivamente a questão da livre escolha, que é um direito do cidadão que vem sendo desrespeitado e quais são os critérios de equivalência entre os prestadores, que está na medida provisória e não vem sendo respeitado. Disse que deveria ser desenvolvido um sistema de informações isentas, metodologicamente adequado, para operadores e prestadores de serviços, que contribua para o processo de livre escolha, por parte dos usuários, constando como seria o acesso e a qualidade dos serviços. Julga que não se poderia aceitar, e gostaria que fosse impedido, o credenciamento de operadoras de planos de saúde por hospitais públicos, que têm os seus custos cobertos por verbas públicas, constituindo uma concorrência desleal com a rede privada e ferindo o direito de cidadania, a partir do momento que se abrem duas portas diferenciadas. A CNS afirmou que a regulamentação, assim como trouxe vantagens, trouxe também alguns riscos, havendo dificuldade de acesso ao

especialista, diminuindo a avaliação diagnóstica complementar, restringindo os procedimentos, as internações, e rede credenciada, trazendo um desequilíbrio ético-profissional e as demandas judiciais. Disse que teria que se encarar que esse Sistema tem que ser financiado por alguém, seja nos serviços credenciados ao SUS, seja no serviço suplementar ou complementar, porque esse Sistema não recebe nenhum outro incentivo. Lembrou que houve a intervenção do Governo para salvar o sistema bancário e que houve intervenção para salvar o sistema rural. Questiona por que não pode se fazer intervenção para amenizar o sistema suplementar. O CFM disse haver atraso na implementação de normas para critérios de credenciamento e descredenciamento, para parâmetros indicadores de qualidade dos serviços próprios e de terceiros contratados, para implementação de mecanismos de regulação e para aferição do controle da qualidade dos serviços oferecidos. A AMB referiu preferir o reembolso porque se a universalização do credenciamento por vezes esbarra em algumas questões, como eventualmente nas cooperativas, onde os resultados são partilhados e a inserção de pessoas estranhas a esse compromisso poderia ser dificultada, com o reembolso isso não existiria e seria uma solução, porque é a consulta livre. A Confederação Médica Brasileira disse que não se garantir o livre acesso do usuário a escolher o seu médico, pela qualidade, representa um mecanismo de cercear o direito do usuário de procurar o acesso à saúde dentro do seu plano de saúde.

- No Fórum 2: O CFM afirmou que o sistema suplementar trabalha com o médico “bóia fria” e que a contratualização era importante pela necessidade de estabelecimento de regras para não acontecer o descredenciamento imotivado. A ANAHP disse que a rede de prestadores era extensa e que faltava integração entre eles para prestar uma assistência integral.
- No Fórum 3: A AMB destaca, como quesitos fundamentais, o credenciamento e o descredenciamento, e o modo de fazê-los. O CFM acha a contratualização uma medida muito boa, porque o contrato estabelece compromissos e limites para ambas as partes.

Síntese: Os prestadores fizeram uma defesa apaixonada, tanto no Simpósio quanto na primeira etapa do Fórum, quanto ao credenciamento universal e livre escolha, devido à grande preocupação com o desc credenciamento imotivado. Estas questões não apareceram tão fortemente na segunda e terceira etapas do Fórum porque estava em curso uma discussão sobre a contratualização conduzida pela ANS, com regras explícitas, entre as operadoras e seus prestadores.

Usuários

- No Simpósio: O IDEC coloca como um avanço da legislação a restrição do desc credenciamento. O PROCON SP questiona o instrumento da revisão técnica em que o consumidor conta com uma junção de situações em que a perda de rede hospitalar é combinada com o aumento da mensalidade, sendo duplamente penalizado, ou seja, há redução no atendimento e aumento da mensalidade, em prol da manutenção da empresa. O CNS destaca a relação operadora/ prestadores como ponto importante e que se deve avançar nas definições de responsabilidades sobre a garantia da qualidade do atendimento, políticas e parâmetros de remuneração, políticas de credenciamento, regras de desc credenciamento e dar uma atenção muito especial para a questão da fila dupla, da dupla porta de entrada, do atendimento de usuários de planos em serviços do SUS.
- No Fórum 1: O PROCON SP abordando a questão do desc credenciamento disse que essa prática não está diretamente relacionada com o consumidor, mas com o prestador e quando a regulamentação prevê que há obrigatoriedade de informação somente nos casos de desc credenciamento dos hospitais, não abrangendo os demais prestadores, se está criando situações diferenciadas para os prestadores que prestam efetivamente o mesmo serviço, dentro de uma mesma regulamentação. Defendeu que deve haver uma regulamentação específica para nortear também a relação entre operadoras e prestadores, porque enquanto permanecer a situação em que as operadoras recebem o reajuste e não repassam para os prestadores, vai se continuar tendo um sucateamento. Disse que tem que ser considerado o direito de escolha do

consumidor porque às vezes ele escolheu aquele plano por conta daquela rede credenciada e que se a regulamentação hoje traz um patamar mínimo, a grande diferenciação vai ser a rede. Disse ser de suma importância que se tenha a clareza de que o credenciamento hoje está mudando o contrato. A CUT discorda que a livre escolha poderia aumentar as auditorias, dizendo que as auditorias já eram feitas de uma forma muito complicada e que os médicos são todos credenciados. Disse que o que está acontecendo é um credenciamento, não somente de médicos, como de clínicas e hospitais, sem nenhum critério técnico, apenas financeiro. A AFB disse que o usuário deve ter a opção de escolher o hospital, ressaltando que quem tem problemas mentais não tem acesso à internação em hospital geral, e que isso precisa ser resolvido.

- No Fórum 2: O IDEC afirma que as seguradoras têm responsabilidade pela saúde e pela rede que contrata.
- No Fórum 3: A COPAB diz que o que se vê é que muitas instituições prestadoras de serviço até para o SUS, têm planos de saúde próprios com valores muito baixos; que representa um segmento de aposentados e pensionistas onde 65% são pessoas que vivem de salário mínimo e dependem exclusivamente do SUS mas que há uma outra parcela que está nos planos de saúde por necessidade de acesso, buscando o plano de saúde para ter um acesso mais fácil do que no SUS e são esses planos de valores pequenos. Então, quando chega numa instituição que presta esse serviço, a única vantagem que a pessoa tem de ter esse plano de saúde é ser atendido na frente do usuário do SUS. Acha ser necessário separar muito bem qual é o espaço do Sistema Público e este deve se aperfeiçoar e dar a assistência devida e adequada, com qualidade e humanização, para dar resolução aos casos para quem é do SUS.

Síntese: Os usuários defendem a necessidade da existência de regras claras para o credenciamento e credenciamento, mas se posicionam de forma favorável à livre escolha de hospitais e profissionais de saúde.

Governo

- No Simpósio: O diretor-presidente da ANS (Montone), explicando a MP-43, falou que naquela MP existia a possibilidade de três modelos: livre escolha, rede com livre acesso e rede de acesso hierarquizado e que as questões da MP foram discutidas na Câmara de Saúde Suplementar (CSS), fazendo parte do debate sobre credenciamento e descredenciamento de profissionais médicos ocorrido na última reunião da CSS, porque está intrinsecamente ligado a isso. Afirma que a maior ou menor rigidez do controle do credenciamento e descredenciamento do profissional médico, dos laboratórios e dos hospitais tem a ver com a modalidade do que está sendo oferecido e contratado e que isso esteve presente na câmara. O diretor da DIPRO (Barroca) afirmou que o consumidor não entende o que é uma porta de entrada, ou uma hierarquização, ou um direcionamento e que a proposta era aumentar a clareza do tipo de contrato, do tipo de mecanismo de regulação de uso, para que ele não seja um fator de restrição de acesso. Também afirma que em um bom sistema de saúde há lugar para todo tipo de médico, de especialidades básicas a superespecialistas. Disse da vontade de continuar ou de voltar a se aproximar do Conselho Federal de Medicina para discutir o que é uma rede, como se monta uma rede. Disse não acreditar no trabalho isolado, no ato isolado. Os pacientes serão mais bem atendidos quando a linha de cuidado for mais clara, do início ao fim. O CONASS afirma que não é possível pensar em um Sistema Único de Saúde com uma amplitude de ação tão grande quanto essa, com o dever determinado pela Constituição, enquanto 40 milhões de pessoas não têm acesso ao modelo assistencial que está permeando a busca de novos patamares de qualidade de assistência à saúde.
- No Fórum 1: O CONASEMS concordou que o Estado brasileiro precisa discutir também a regulação do conjunto dos prestadores, e a incorporação tecnológica, como também tecnologias de gestão, tecnologias de processos de trabalho, e o caso do trabalho médico em especial, sendo fundamental que se pudesse discutir a questão da rede prestadora, como objeto de regulação

do Estado brasileiro. E disse que, se defender ao mesmo tempo o credenciamento universal e a hierarquização, era incompatível. Não dá para agradar a todos ao mesmo tempo, na mesma frase.

- No Fórum 2: O CONASEMS afirma ser importante a construção de regras sobre categorização de redes (urgência, saúde mental, pré-hospitalar, domiciliar) e padrões assistenciais (quais são aceitáveis?); disse ainda que tem que ser repensada a conformação das redes assistenciais citando que existem prestadores que estão oferecendo até oito vezes a sua capacidade instalada.
- No Fórum 3: nada digno de nota.

Síntese: O governo defende a necessidade de se colocar regras claras para a organização da rede.

4.3.3- Incorporação Tecnológica

Operadoras

- No Simpósio: A FENASEG diz da necessidade de incorporação tecnológica mas que não pode haver desperdício de recursos e que se tem que melhorar os instrumentos de gestão. O CIEFAS afirma que a prática médica do exame clínico foi substituída por diagnósticos cada vez mais apoiados em exames nem sempre resolutivos, mas sempre caros; que o usuário é refém do marketing que ensina que o melhor é o exame mais atual e que a Medicina é a única área em que o avanço tecnológico não reduz custos. Lembra ainda dos malefícios causados pelos efeitos colaterais provocados pelos exames baseados em tecnologia e que quem está ganhando são os produtores de tecnologia, dos maquinários e dos medicamentos. A ABRASPE diz que novas tecnologias são incorporadas mas nem sempre geram o benefício esperado, e também incorporam custos ao sistema; incorporam benefícios,

mas introduzem custos. A UNIMED diz que a tecnologia é um direito do paciente porque prolonga a vida, mas que manter o equilíbrio financeiro é difícil. Destaca o trabalho que a Associação Médica Brasileira vem fazendo sobre as diretrizes, que seriam os protocolos ou consensos, e que poderão ajudar na educação médica continuada e auxiliar os médicos para que possam estar mais preparados e usando os recursos que efetivamente sejam necessários para os pacientes.

- No Fórum 1: A UNIDAS disse que a regulação tem que abranger todo o processo, incluindo prestadores e também o fornecedor da alta tecnologia. Disse ser um papel do Governo a proposição de um controle da incorporação de novas tecnologias no país. A UEME diz que a assistência médica universal com alta tecnologia não está ao alcance da população de baixa renda em todo o País e que a necessidade de alta tecnologia é de, aproximadamente, 20%, podendo fazer uma boa medicina em 80% dos casos sem alta tecnologia, sendo a subsegmentação uma opção. O SINAMGE diz que usar tecnologia com racionalidade é uma obrigação, ser contra, nunca. E destacou que não só as Santas Casas, mas também a medicina de ponta no Brasil dependem dos planos de saúde. Disse haver uma sinergia entre o público e o privado. Sem um deles essa tecnologia iria para o ralo, fechava. A UNIDAS afirma que quando se introduz a lógica mercantil na assistência à saúde percebe-se que algumas distorções acabam acontecendo, como por exemplo, quando se busca o resultado de um negócio na oferta da assistência, nem sempre o uso ou a negativa do uso de uma tecnologia é decidido em função da necessidade do paciente, mas muitas vezes isso é decidido em função do resultado que se espera desse negócio. E já se havia falado que o médico era o grande demandador de custos do sistema, dizendo que médicos mal formados geravam, também, um sistema ineficaz. Associado a isso, disse que também se tem um mercado excessivamente apoiado na tecnologia. Falou que se o beneficiário tivesse livre acesso e pudesse escolher o seu médico, o grau de conhecimento dele em relação a um médico, hospital ou um laboratório seria desmesuradamente inferior e o faria refém de terapias e tratamentos que

resultam em iatrogenias. Disse que faz parte da cultura do usuário o fato de não se sentir satisfeito quando o médico não solicita um exame e não prescreve um medicamento; que é função das operadoras trabalhar na consciência dos beneficiários. Disse defender um sistema que seja racional na distribuição de tecnologia, que valorize a formação do médico generalista, que o acesso à rede de especialistas seja orientado através de médicos generalistas, que haja controle da introdução e da utilização das novas tecnologias, não para impedir o acesso, mas para procurar ajustar a tecnologia adequada à complexidade da necessidade do paciente.

- No Fórum 2: A ALIANÇA UNIMED manifesta preocupação com a incorporação tecnológica que deve ser refletida no reajuste. A UNIDAS levanta a questão da incorporação tecnológica como um grande gerador de custos e propõe a criação de uma câmara técnica envolvendo o governo e várias agências, para aprovar a adoção de procedimentos tecnológicos. Acha que faltou nas diretrizes do MS o aspecto do controle da introdução de novas tecnologias, assim entendidos os medicamentos, materiais especiais e os medicamentos; disse sentir falta da Anvisa na discussão; sugere a criação de uma Câmara Técnica Permanente para discussão de novas tecnologias e novas coberturas com participação especial da Sociedade de Especialidades Médicas; refere também sentir falta da participação do poder judiciário. A ASSPRESS faz referência a um estudo da FENASEG, mostrando quanto a incorporação tecnológica pode ser fonte de aumento de custos na área de saúde, citando vários exemplos de procedimentos que tiveram seus preços ampliados por este motivo. Isso somado ao aumento da sinistralidade responde pela quase totalidade do aumento de custos no último período. O SINAMGE afirma que a parte mais barata da assistência médica é o honorário e que isso deve mudar. É preciso eliminar o desperdício existente no uso da tecnologia. Critica o incremento indiscriminado de escolas médicas e a desqualificação profissional.

- No Fórum 3: A UNIMED disse que a falta de regulamentação na incorporação tecnológica, principalmente no fornecimento de materiais especiais, órteses e próteses, dá muitos problemas. A UNIDAS considera que os hospitais usam as novas tecnologias para competir uns com os outros, como diferencial de atendimento, e que o uso desenfreado, desmedido e pouco racional dessas tecnologias pode estar sufocando o sistema. Diz ser claro que não há como ser contra a novas tecnologias, sejam elas novos medicamentos, novos materiais e novos equipamentos, mas não dá mais para ser refém dessa questão e deixa um registro, que a Agência considerasse o tema incorporação tecnológica como um dos mais importantes e que os compelissem a estar discutindo essa questão por ser fundamental para o setor. Também diz que se deveria aprofundar rapidamente a questão, não só incorporação de tecnologia como também de instalação de novos serviços. Instalou serviço, cria a demanda e aí não terá mais jeito. O SINAMGE diz que a incorporação tecnológica tomou um vulto tal que qualquer operadora hoje tem acima de 200% de exames sobre o número de consultas e que são exames desnecessários.

Síntese: As operadoras abordam a necessidade de se evitar desperdícios no uso de tecnologias e que a incorporação tecnológica repercute nos custos.

Prestadores

- No Simpósio: O CFM reclama do ônus, que foi imputado ao médico, pelo qual ele não é responsável da forma como foi dito. Foi dito que o médico, com sua tecnologia e sua ciência, é o responsável por esse descalabro que está aí na gestão dos sistemas de saúde, sejam suplementares, sejam públicos. Reconhece que existe o uso inadequado, circunstancialmente, da tecnologia pelo médico, às vezes despreparado, eventualmente sem condições de usar o recurso da maneira mais adequada. Mas, se existe má fé, está aberto em todos os estados, por meio dos Conselhos Regionais de Medicina, e dispostos a analisar – e faz isso com a maior tranquilidade e a maior transparência – todos os atos médicos questionados e colocados sob suspeição de correção.

- No Fórum 1: A FBH destacou que na questão da incorporação tecnológica, mais que regulamentação, precisa de uma melhor formação profissional e que houve um aumento de custos ocasionado pelo surgimento de novas tecnologias. Refere, ainda, ter havido uma menor demanda de serviços hospitalares porque as novas tecnologias exigem uma média de permanência menor. A ABEMID disse que o problema percebido na discussão situa-se no financiamento do setor relacionado à incorporação de novas tecnologias. Coloca a questão de existir um repensar dos processos operacionais na assistência à saúde, com inclusão de protocolos clínicos acordados pelas sociedades, com inclusão do programa “Saúde na Família” no setor privado suplementar, com inclusão de alternativas como assistência domiciliar, com inclusão de *guide lines* que pudessem gerar a inclusão responsável de novas tecnologias na investigação diagnóstica e na terapêutica moderna que todos querem utilizar. A FENAM disse que o País tem capacidade para incorporar tecnologia a custo menor. A AMB disse que os médicos estão tendo dificuldade de incorporar novas tecnologias e que esta situação tem fomentado a compra de equipamentos usados, o que está incrementando o roubo de equipamentos médicos.
- No Fórum 2: A ABEMID disse ter que se acabar com o desperdício na saúde; deve se discutir objetivamente a incorporação tecnológica na saúde e beneficiar os planos que adotem a Medicina baseada em evidências, protocolos clínicos com *guidelines* desenvolvidos, seguindo os consensos clínicos que possam reduzir o desperdício na saúde. A Confederação Médica Brasileira concorda com a criação de critérios para a incorporação tecnológica e diz que os abusos devem ser denunciados. A AMB afirma que a tecnologia não é ruim e sim o abuso de seu uso. O CFM diz que todo o processo cultural tem que ser modificado, devendo se dar atenção à educação médica, acabando com as escolas “caça níquel”; diz que as diretrizes e protocolos servem para refrear a autonomia médica, mas que o controle da autonomia médica deve ser feito pelo órgão que tem o poder para isso, o CFM; refere que as 120 diretrizes

feitas, foram baseadas em evidências médicas, mas que precisam ser aplicadas; tem que se buscar efetividade e eficácia, com controle.

- No Fórum 3: A CMB chama à reflexão sobre Bioética e incorporação tecnológica; caso não se consiga controlar a incorporação tecnológica desenfreada, a perda na atenção à saúde e qualidade serão incalculáveis. A ANAHP afirma que já vinha buscando algumas alternativas e que é o centro no qual a Associação Médica Brasileira está testando as suas diretrizes básicas. Manifesta preocupação com a possibilidade da ANS fazer a regulação, também, dos prestadores e que isso deveria ser muito bem pensado. Propõe a formação de um grupo técnico com tempo determinado para discutir a aquisição, distribuição e utilização de tecnologia. A SBPC coloca que, na discussão da incorporação tecnológica, não se pode deixar de lado o setor de laboratórios, que é na sua maioria hospitalar, e que a indústria hoje é a maior fomentadora de novas tecnologias e a academia tem que estar presente para dar sua opinião sobre qual tipo de tecnologia realmente incorpora algum benefício no tratamento ao paciente. A AMB informa que, na perspectiva de uma Câmara Técnica de Incorporação Tecnológica, as sociedades de especialidades ligadas à Associação Médica Brasileira têm muito a contribuir. Alerta que a abertura indiscriminada de escolas, se persistir na forma como vem sendo conduzida, é impossível se fazer o controle de tecnologia, porque haverá sempre profissionais que estarão buscando amparo no exame complementar e buscando amparo para se proteger, tanto junto com o paciente quanto nos aspectos jurídicos, que hoje afloram de uma forma assustadora, na maneira como o Judiciário, desconhecendo o contexto da saúde, tem julgado e arbitrado de uma forma, às vezes, preocupante. Também, salienta a disposição da AMB e CFM, como parceiros, no sentido de ampliar as diretrizes, de continuar colaborando sobre a utilização adequada de alta tecnologia, e que a ANS poderia adotar as diretrizes como referência para a boa prática médica. A FBH afirma que o mais importante na discussão é a Academia, porque se na faculdade o professor está ensinando tecnologia nova, o aluno vai querer utilizá-la

imediatamente e os hospitais nada podem fazer, e nem planos de saúde, porque serão responsabilizados pelo mau resultado, se não for usada a última tecnologia. O CFM manifesta preocupação com a abertura de novas faculdades, que não estão formando adequadamente os médicos, e refere o problema com a legislação ultrapassada que criou o Conselho de Medicina. Também afirma que os médicos estão centrando o atendimento basicamente em exames complementares e que os profissionais estão recebendo pouco pelos serviços.

Síntese: De uma forma geral, defendem a necessidade de uma melhor formação médica e da utilização de critérios para a utilização de tecnologias.

Usuários

- No Simpósio: O IDEC acredita que há um uso inadequado de procedimentos e tecnologias médicas, mais ainda no setor privado, embora também exista no setor público, e que isso gera custos, gera perigos para o usuário, é ruim para os operadores públicos e privados e é ruim para o consumidor. Entende que a contenção desses custos tem que ser feita sobretudo mediante a educação, para uma boa qualidade da assistência médica, mediante a divulgação de informações corretas sobre qual o produto farmacológico, sobre quais são os testes de diagnóstico de uso apropriados nas diversas situações clínicas.
- No Fórum 1: A CUT citou pesquisas feitas em países do primeiro mundo que demonstram que o envelhecimento da população e as novas tecnologias agregam anualmente 0,5% aos custos globais do sistema de saúde. Citou ainda o exemplo dos Estados Unidos onde, nos últimos anos, a incorporação tecnológica foi responsável por 29% de incremento dos custos de serviços de saúde. Alertou que os planos de saúde não se prepararam para trabalhar com racionalização de custos.

- No Fórum 2: A CUT sugere a criação de uma câmara de incorporação tecnológica, visando racionalizar o uso de novas tecnologias. A AFB lembra a questão da concentração de tecnologia em áreas circunscritas.
- No Fórum 3: A ADUSEPS manifesta preocupação se a discussão da incorporação tecnológica, junto com a discussão da integração com o SUS, não significará o repasse do alto custo para o SUS.

Síntese: Os usuários defendem a necessidade de educação médica e sugerem espaços de discussão da incorporação tecnológica, mas seus discursos são permeados pela questão da racionalização dos custos.

Governo

- No Simpósio: O CONASS indica que há uma série de discussões conjuntas para se inserir na agenda da saúde suplementar e que já está na agenda do SUS: a reversão do modelo do aparelho formador, voltado para a alta tecnologia, que forma para o modelo hospitalocêntrico e medicalizador. A diretora da DIOPE disse que, com o Plano Real, o mercado aproveitou as novas oportunidades, e as operadoras aumentaram e diversificaram a oferta de planos, incorporando tecnologias. O diretor da DIPRO disse que existem dois tipos clássicos de modelo assistencial: um tecnológico, centrado em procedimentos; e outro, humanista, centrado no usuário. O modelo tecnológico é a espiral de alto custo, e o humanista tende a ser um custo adequado ao cuidado efetivo da necessidade em saúde.
- No Fórum 1: O CONASEMS diz que o Estado brasileiro precisa discutir também a regulação do conjunto dos prestadores e a incorporação tecnológica, como também tecnologias de gestão, tecnologias de processos de trabalho, e o caso do trabalho médico, em especial.
- No Fórum 2: O CONASEMS refere que precisa existir uma posição mais firme do governo, no que se refere à incorporação tecnológica, devendo haver uma articulação entre Banco Central, Anvisa, ANS e outras áreas do

MS e, ainda, a participação do CONASS e CONASEMS. O diretor da DIPRO entende que deve ser diminuído o número de médicos e odontólogos formados e se definir uma política de incorporação tecnológica, inclusive com tributação diferenciada, de acordo com as necessidades regionais de equipamentos e priorização da indústria nacional. Também defende a incorporação, pela ANS e Ministério da Saúde, de um critério semelhante ao canadense, onde haja comprovação científica do impacto na inclusão de novas tecnologias.

- No Fórum 3: O MS defende o reaparelhamento dos centros universitários para serem testadores/balizadores de novas tecnologias e, por não ser barato o teste de novas tecnologias, deveria ser feita uma homogeneização do processo de incorporação tecnológica no país, como existe em outros países. O diretor da DIPRO diz que incorporar tecnologia é bom, aumenta a qualidade de vida, dá a chance de fazer uma detecção precoce de várias patologias e que o problema é a incorporação de tecnologia acrítica e desenfreada. Defende a formação de uma comissão nacional de avaliação de tecnologia ou de incorporação tecnológica podendo ser liderada pelo Ministério da Saúde, mas ombro a ombro com o Ministério da Justiça e Ministério da Fazenda; esta comissão deve colocar toda a estrutura do Ministério da Saúde, a Anvisa, a ANS, a Secretaria de Ciência e Tecnologia para trabalhar em uma só vertente. Deve ser discutido o imposto de importação, aliado ao local de instalação, onde é necessário.

Síntese: O governo, de uma forma geral, defende uma grande articulação de diversos órgãos para o estabelecimento de uma política nacional de Incorporação Tecnológica.

No Fórum Nacional de Saúde Suplementar apareceram as seguintes propostas sobre o tema:

- Câmara Técnica Nacional de Avaliação de Procedimento: qualquer material (órteses e próteses, implantes e materiais especiais) para ser incluído passaria por uma avaliação de custo/benefício e seu impacto nos custos dos planos (Unimed);
- Política de investimentos para nacionalização da produção (Unidas);
- Regulamentação de próteses e órteses, conforme previsto no § 1º do art. 10 da Lei 9656/98 (Sinamge);
- Estabelecer um mecanismo de controle e avaliação quando da incorporação de novo procedimento no “Rol de procedimentos” (Sinamge)

Como Indicativos (pontos consensuais) do Fórum, sobre o tema:

- A Suplementar deverá integrar com o SUS na discussão de incorporação tecnológica (equipamentos e procedimentos);
- Estimular e adequar às diretrizes do SUS, novas formas mais efetivas e eficazes de atenção à saúde;
- Articulação com universidades para discutir a formação médica e o reaparelhamento dos centros universitários;
- Promover a certificação de qualidade;
- Necessidade de articulação do governo (MS, ANS, ANVISA, MF, MJ), formando um comitê nacional;
- Regulamentação de órteses e próteses;
- Câmara Técnica de Incorporação Tecnológica (produtores, fornecedores, academia, sociedades de especialidades e de apoio diagnóstico e terapêutico);

- Revisão da legislação do exercício profissional; e
- Grupo de especialistas para discutir aquisição, distribuição e utilização de novas tecnologias em saúde.

4.3.4- Ações de Promoção e Prevenção

Operadoras

- No Simpósio: A ABRASPE refere considerar nociva ao sistema a remuneração dos serviços ser feita com base na doença e não na promoção de saúde e prevenção, e que investir em promoção de saúde, é fundamental. Nem todas as empresas conseguem ou podem fazer isso. Investir na educação do usuário é algo que a autogestão tem feito bastante, para deixar claro o que ele pode e o que ele não pode, a que ele tem direito, o que ele deve buscar e até onde ele pode ir. A CMB diz que as filantrópicas estão precisando rever a sua posição e enfrentar a realidade de mercado, em que produtos iguais e caros estão concorrendo pelo mesmo cliente. E que devem fazer parte da estrutura funcional de um plano de saúde e de uma Santa Casa, o serviço de atendimento ao cliente, campanhas de prevenção, auditoria do desempenho de credenciados e treinamento permanente para chefias.
- No Fórum 1: A FENASEG pergunta quem vai pagar, se for aceita a sugestão de previsão legal de campanhas de informação, porque isso entra no custo da operadora. Disse que se não houver uma previsão de quem vai pagar, como vai pagar, não há hipótese de se conseguir chegar a um denominador comum, porque nenhum agente econômico vai se propor a trabalhar para ter prejuízo. A UEME considera que algumas áreas necessitam de melhores definições, citando a questão dos programas de medicina preventiva, até onde se deve ir no sistema suplementar e até onde é o papel do Estado. O SINAMGE diz que a prevenção é uma obrigação. A ABRAMGE diz que há uma melhora no controle das operadoras e que já se admite atuação na prevenção. A UNIDAS

considera que tem que se mudar a lógica assistencial, através de um sistema: que tenha o acesso hierarquizado, com serviços próprios; uma rede referenciada de especialistas, em que as pessoas acessem os especialistas por orientação de médicos generalistas; médicos de família apoiados em programas de promoção da saúde e prevenção da doença; com responsabilidade das operadoras pela educação técnica continuada e também responsável pela educação em saúde dos beneficiários, para que eles entendam que a primeira responsabilidade da manutenção da própria saúde é de cada pessoa. Disse ainda que as ações de promoção e prevenção, além de evitarem que as pessoas fiquem doentes, também contribuem para a racionalidade de custos do Sistema.

- No Fórum 2: A UEME manifestou preocupação quanto à amplitude da diretriz 1 (campo da produção da saúde) que poderia incorporar questões como meio-ambiente, saneamento, alimentação e ficar inatingível para o setor, extrapolando as suas atribuições. Afirma que a diretriz um deveria estar dentro da diretriz quatro (promoção e prevenção), que são os itens que a saúde suplementar deve atuar. Diz que são poucas as operadoras que fazem prevenção; que prevenção faz parte da qualidade de vida e propõe que existam seminários com as operadoras sobre como atuar na prevenção. A ALIANÇA UNIMED fez um elogio às diretrizes, afirmando que se estava tomando o caminho correto de discussão da saúde suplementar; afirmou que na Lei n.º 9.656/98 tem um artigo que trata da promoção e prevenção, e que existem algumas operadoras com iniciativas nesta área, cabendo a ANS interferir para organizar essas ações. Ressaltou ser importante uma mudança na cultura do “nós paga nós tem direito”. Disse que se precisava refletir mais sobre a questão dos medicamentos, pois são eles que produzem o maior impacto nos custos das operadoras e que é necessário o envolvimento do cliente no processo de prevenção. Faz um apelo ao representante do CFM para que não seja impedida a colocação do código da CID, porque isso impede o conhecimento da população e suas doenças e, inclusive, dificulta a implementação de políticas como a de medicamentos. Reafirma que a

prevenção já é obrigatória na Lei n.º 9.656/98 e cita fontes que provam que se economiza com a prevenção. A FENASEG diz que a participação das seguradoras na prevenção e promoção da saúde é diferenciada por não terem rede própria. O SINAMGE destaca as campanhas, palestras, levantamento de perfil epidemiológico e intercâmbio de dados como possibilidades no campo da prevenção, considerando que a ANS deveria publicar os dados que já tem e propiciar encontros envolvendo não só operadoras, mas também outros setores da saúde para estimular a troca de experiências. Diz que a prevenção é importante mas não é barata. O IBA diz que as operadoras quando fazem prevenção é mais por uma questão social do que por uma economia futura. Diz ser contra a obrigatoriedade da prevenção, mas as operadoras que praticam a prevenção devem ser incentivadas a continuarem.

- No Fórum 3: O SINAMGE diz que dá para fazer, muito bem, medicina preventiva para idosos, hipertensos, diabéticos, e que se consegue um resultado sensacional, diminuindo o número de internações e o tempo de internação. Que prevenção melhora a qualidade de vida. Cita como exemplo, ensinar o diabético a cortar unha, afirmando que não é uma banalidade porque se não souber cortar, a unha pode infeccionar e causar sérios problemas. Diz ainda que antes da assistência médica tem que se pensar a prevenção na assistência médica.

Síntese: As operadoras entendem a importância da prevenção de doenças e propõem encontros para estimular as trocas de experiências. Ressalva-se a observação da Fenaseg de que, por não terem rede própria, tem participação diferenciada nesta questão, além de manifestarem preocupação com custos das campanhas de informação.

Prestadores

- No Simpósio: O Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde lembra que o Art. 10 da Lei nº 9.656/98, refere-se à cobertura assistencial para todas as doenças relacionadas na CID. Assim, os profissionais que atuam com esses pacientes têm o direito de ver cumprida

esta lei. Isso garantirá a concretização da mudança do modelo assistencial, antes centrado na doença para o modelo orientado para prevenção e promoção de saúde. Essa transformação exige a noção de integralidade. A FBH diz que é necessária uma mudança no paradigma do hospital que deixará de ser uma estrutura paquidérmica, apenas para receber o cliente, para se organizar pró-ativamente, para atuar de maneira extremamente mais significativa na prevenção, juntamente com o seu corpo clínico, mas também sendo remunerado para isso.

- No Fórum 1: A ANAHP diz que se deve pensar em prevenção de doença e promoção da saúde porque, através disso, pode-se racionalizar a utilização dos recursos e criar estímulos para a mudança do foco da doença para a saúde, por parte das operadoras e prestadores, e isso só pode ser feito, no que diz respeito a operadoras, a partir do momento que se fidelize a sua clientela, para que o investimento em prevenção possa, anos depois, refletir em menores custos.
- No Fórum 2: A ANAHP reforça a necessidade, já apontada, de se conhecer o perfil epidemiológico para organizar ações de prevenção, proteção e promoção da saúde, ressaltando a questão de custos embutidos.
- No Fórum 3: nenhum

Síntese: Manifestação restrita aos prestadores hospitalares, que demonstraram preocupação com os custos.

Usuários

- No Simpósio: O CNS diz que a regulamentação deve ir além da assistência médico-hospitalar e que as ações de vigilância, de prevenção, de promoção da saúde, os procedimentos clínicos e cirúrgicos de emergência, e aqueles realizados pelo SUS que não são cobertos contratualmente pelas operadoras, beneficiam, direta ou indiretamente, os clientes desses planos de saúde. Nesse sentido, a regulamentação deve ir além da assistência médico-hospitalar. O

IDEC diz que não chegou a ser formulada uma política de atenção preventiva ou de assistência farmacêutica dentro das coberturas assistenciais e que a retirada da odontologia preventiva era um exemplo de como a regulamentação posterior cortou proteções que foram estabelecidas pela Lei nº 9.656/98, aprovada no Congresso. O Departamento de Saúde da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos diz que se deveria estabelecer prazo para que as operadoras iniciem programas de prevenção aprovados pela ANS, em especial com a implantação de política de fornecimento de medicamento de uso continuado ou não. A literatura mundial comprova que a introdução de tais programas apresenta excelentes resultados e, mais ainda, modifica o foco das operadoras: de empresa que trata de doenças para uma empresa que promove a saúde.

- No Fórum 1: O PROCON SP disse achar extremamente necessária a previsão legal de campanhas que objetivem informação e prevenção de doenças e que hoje a legislação não trata disso. A PROTESTE diz que as ações preventivas, a assistência farmacêutica e os serviços de prevenção estão na lei, mas não vêm sendo obedecidos pelas operadoras. A CUT afirma que a nova realidade obriga a uma revisão dos conceitos consagrados na perspectiva de que o atual sistema, baseado na atenção hospitalar e médica, possa integrar o modelo que dê ênfase à prevenção e promoção à saúde. A FARBRA afirma que, mesmo com pouco recurso, o SUS atende à totalidade dos renais crônicos, dos doentes de Aids, a maioria dos doentes de câncer, realiza três consultas para cada habitante por ano, realiza 85% de todos os procedimentos de alta complexidade, dentre inúmeras ações de assistência, prevenção e vigilância. A ABRH diz que alternativas de custo menor deverão ganhar espaço, e então, a gestão e o gerenciamento de ações de promoção da saúde e de qualidade de vida, no âmbito da própria empresa, serão diferenciais importantes na escolha do RH.

- No Fórum 2: A ABRH defende a obrigatoriedade do oferecimento de planos de promoção à saúde e prevenção de doenças. O PROCON SP diz que a prevenção e a promoção à saúde têm que ser colocadas como objetivo e afirma que a assistência farmacêutica faz parte da atenção à saúde, assim como a prevenção. O BRASILCON ressalta que a prevenção é extremamente importante; propõe que o Ministério da Saúde estimule estudos sobre haver ou não economia com a prevenção, destacando a importância de se ter dados sobre o assunto e estes serem repassados aos usuários.

- No Fórum 3: nenhum comentário.

Síntese: Os usuários destacam a importância da realização das ações de promoção e prevenção, que devem ser estimuladas.

Governo

- No Simpósio: O diretor da DIPRO (Barroca) falando de sua classificação sobre os dois tipos de modelos assistenciais, diz que o tecnológico é centrado em práticas curativas e que o humanista incorpora práticas de prevenção e promoção.

- No Fórum 1: nenhum comentário.

- No Fórum 2: O MS colocou a diretriz 4 (*Diretriz 4 - O modelo de atenção à saúde na suplementar deve adotar medidas de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças*) e disse que o modelo de atenção à saúde na saúde suplementar, deveria tratar da prevenção e controle de doenças, práticas essas que podem e devem ser articuladas com os gestores locais, no sentido de adoção de políticas de controle e prevenção, de promoção, construindo informações para os seus usuários sobre essas questões, usando indicadores, para monitorar a própria qualidade da sua atenção, trabalhando aspectos como rede suficiente e se o usuário está tendo uma linha de cuidado claramente estabelecida. Disse ser importante para os usuários o fato de conhecerem os seus direitos e serem participantes ativos de programas de prevenção e controle de doenças.

- No Fórum 3: O MTE não consegue perceber como o segmento faria programas de prevenção de doenças, da proteção e da integralidade na ação. O diretor da DIPRO (Barroca) disse que esse tema é muito interessante e se pode ficar dias falando e não se resolver rigorosamente nada porque é muito amplo.

Síntese: O MS colocou uma diretriz (quatro) abordando a questão.

Com relação a este tema o Fórum de Saúde Suplementar teve os seguintes indicativos (pontos consensuais):

- As operadoras devem conhecer o perfil epidemiológico de sua população;
- As operadoras devem conformar programas de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças. (Necessidade de explicitar desdobramentos);
- Realização de Simpósio Nacional sobre experiências positivas com programas de prevenção;
- Necessidade de aprofundar a discussão sobre Assistência Farmacêutica e Assistência Domiciliar.

4.3.5- Multiprofissionalidade

Operadoras

- No Simpósio: nenhum comentário
- No Fórum 1: nenhum comentário
- No Fórum 2: nenhum comentário
- No Fórum 3: nenhum comentário

Síntese: chama a atenção o silêncio das operadoras quanto a questão da multiprofissionalidade.

Prestadores

- No Simpósio: O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) refere a grande quantidade de profissionais de saúde não-médicos que ficam totalmente à margem da discussão do setor e que o sentimento é de indignação. Questiona a ANS frente ao fato de que a segmentação das operadoras de assistência à saúde não contempla cooperativas e outras formas de organização do trabalho das demais categorias profissionais da saúde, tais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc, considerando que a saúde não é prerrogativa exclusiva da medicina e/ou odontologia. Acha que desta forma a agência e o governo estão assumindo a ignorância sobre o que é saúde e o espectro de suas práticas assistenciais. Diz que a Lei nº 9.656/98, não contempla as práticas assistenciais dos profissionais de saúde não-médicos e que se imagina que saúde seja assistência médica.
- No Fórum 1: nenhum comentário.
- No Fórum 2: nenhum comentário.
- No Fórum 3: nenhum comentário.

Síntese: manifestação sobre os outros profissionais não médicos, restrito ao COFFITO.

Usuário

- No Simpósio: O CNS acha que deve ser colocado na agenda do Conselho as questões referentes aos profissionais de saúde não-médicos para sua inserção na saúde suplementar. O Ministério Público acha que o odontólogo, o farmacêutico, a terapia ocupacional e a fisioterapia devem ser incorporados à saúde suplementar porque as necessidades de saúde são ilimitadas.
- No Fórum 1: A CGT disse que as operadoras se recusam a atender as doenças profissionais, recusando inclusive a realizar fisioterapia.

- No Fórum 2: nenhum comentário.

- No Fórum 3: nenhum comentário.

Síntese: reconhecimento de que é necessário colocar a discussão da multiprofissionalidade na agenda

Governo

- No Simpósio: O diretor da DIPRO ressalta que a linha de cuidado é multiprofissional e que diferente do modelo tecnológico que se caracteriza por um trabalho médico isolado com muito maquinário, no humanista, necessita que se faça um trabalho em equipe de saúde.

- No Fórum 1: nenhum comentário.

- No Fórum 2: nenhum comentário.

- No Fórum 3: nenhum comentário.

Síntese: manifestação tímida do governo ressaltando a importância do trabalho multiprofissional.

4.3.6- Acompanhamento de Casos Crônicos

Operadoras

- No Simpósio: nenhum comentário.

- No Fórum 1: nenhum comentário.

- No Fórum 2: A UNIDAS diz que se tem que ter uma política para doenças crônicas.

- No Fórum 3: nenhum comentário.

Síntese: apenas a representação da autogestão manifestou preocupação quanto a questão do acompanhamento de doenças crônicas.

Prestadores

- No Simpósio: nenhum comentário.
- No Fórum 1: nenhum comentário.
- No Fórum 2: A ABEMID diz que a saúde não pode ser regulada apenas pelo ponto de vista econômico, apenas pelo mercado. Afirma que todos os sistemas de saúde são centrados na assistência à doença aguda, mas são as doenças crônicas que impactam nos custos do sistema. Acredita que os fatores moderadores não são suficientes para resolverem a questão do uso. Destaca como importante que se adotem os cuidados inovadores para as doenças crônicas e questiona como gerenciar as doenças crônicas no país.
- No Fórum 3: nenhum comentário.

Síntese: somente a ABEMID manifestou preocupação quanto às doenças crônicas.

Usuários

- No Simpósio: nenhum comentário.
- No Fórum 1: A FARBRA afirma que os planos de saúde que deveriam atender bem e que além de custarem caro, muitas vezes negam o atendimento, quando mais se precisa, pois deixam de fora medicamentos, exames, cirurgias, e querem ver longe ou expulsar os idosos, os pacientes crônicos, os portadores de patologia e deficiência. Denunciou que alguns donos de planos já compararam, várias vezes e publicamente, cidadãos na condição de paciente crônico, a “carro batido” e que, de “olho na caixa registradora”, só querem atender a jovens e saudáveis, empurrando o resto para o SUS.
- No Fórum 2: nenhum comentário.
- No Fórum 3: nenhum comentário.

Síntese: A FARBRA refere que as operadoras só querem atender a jovens e saudáveis, discriminando os pacientes crônicos.

Governo

- No Simpósio: O Ministro Serra disse achar uma imoralidade a existência de planos que não atendem doença crônica.
- No Fórum 1: nenhum comentário.
- No Fórum 2: nenhum comentário.
- No Fórum 3: nenhum comentário.

Síntese: o acompanhamento de casos crônicos não demandou muita atenção do governo nos momentos estudados.

4.3.7- Sistema de Informações

Operadoras

- No Simpósio: A UNIDAS acha que o grau de informação do usuário é desmesuradamente inferior em relação ao do médico. E que as informações de saúde deveriam ser o bem mais importante, sobretudo na hora em que se padece de algum agravo. Disse caber às operadoras, de modo geral, inclusive às autogestões, profissionalizar sua gestão, investir em tecnologia de informação – em banco de dados precisos – não apenas com relação a custo, mas buscando conhecer o perfil de morbi-mortalidade da população que assistem. Defende, ainda, um sistema apoiado em medicina da família, que passe a orientar melhor o usuário, para que se possa voltar a ter médicos que enxerguem o doente e não apenas a doença, oferecendo um serviço que colecionasse as informações de saúde das pessoas e as oriente nas suas necessidades de acesso à rede. A ABRASPE diz que não tem muitas informações e elas não são transparentes. Diz ser difícil uma comunicação que deixe absolutamente transparente para o usuário qual o alcance, direito, cobertura, abrangência, até onde ele pode ou não. Também falta informação

sobre o desempenho do setor. Afirmar ter dificuldade de fazer um balizamento para saber se está ou não no caminho certo. Diz que também tem atuado no âmbito de pesquisas com a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) de São Paulo, no intuito de obter indicadores de saúde. A CMB diz que sem um adequado sistema de informática, não se consegue atender à demanda de informações exigidas pela agência, principalmente. A FENASEG fala das informações servindo, basicamente, para fazer a precificação do risco.

- No Fórum 1: A UNIMED diz que a cada seis meses tinha que ter um novo sistema porque a cada seis meses aparecia uma nova exigência da ANS que o obrigava a chamar o pessoal da informática para desenvolver um novo sistema para atender às novas informações que são solicitadas. A CMB considera como ponto positivo da regulação do mercado, a produção de registros e informações.
- No Fórum 2: nenhum comentário.
- No Fórum 3: A UNIMED acha que o que o gestor de saúde quer é a informação sobre a população que as operadoras têm.

Síntese: Destaca-se a visão diferenciada das Autogestões que referem a necessidade de se conhecer o perfil epidemiológico das populações, diferente das demais operadoras que se preocupam com o volume de informações exigidas pela ANS.

Prestadores

- No Simpósio: nenhum comentário.
- No Fórum 1: A FBH disse que uma padronização de informações no setor de saúde facilitaria o relacionamento entre operadoras e prestadores e, também, diminuiria custos. A ANAHP entende que deveria se desenvolver um sistema de informações isentas, metodologicamente adequado, sobre operadores e prestadores de serviços que contribua para o processo de livre escolha por parte dos usuários, sobre o acesso e a qualidade dos serviços.

- No Fórum 2: nenhum comentário.
- No Fórum 3: A AMB propõe uma homogeneização das informações para serem fornecidas para as operadoras.

Síntese: Demanda por padronização/homogeneização de informações a serem fornecidas para as operadoras.

Usuários

- No Simpósio: o IDEC manifesta interesse em saber quanto custa o atendimento à saúde, referindo que tinha alguns dados da autogestão, que sugeria ser possível no Brasil atender a populações de usuários com relativa decência, em planos integrais, com preços que eram bem aquém daqueles praticados por muitas operadoras. Mas justamente uma parte muito importante da informação, que faz falta para regular os preços, é esse conhecimento de quanto está custando para atender a população. O CNS acha que as informações sobre os beneficiários de planos, a oferta e a qualidade da assistência das operadoras, sobre os valores de remuneração praticados, os preços de prêmios de todos os planos antigos e novos, são informações que devem ser sistematicamente compartilhadas e integrar um repertório de indicadores disponibilizado pelo Ministério da Saúde para todos os interessados. O Ministério Público diz que há um ponto, não maduramente tratado, na construção da co-habitação do SUS e planos de saúde privados, que é o direito à informação que todos têm, na condição de cidadãos ou na condição de consumidores. Afirma que não são colocados à mesa, com clareza para todos, as portas de entrada, os focos de referência, as coberturas do sistema público e do sistema privado. Diz ser fato que as decisões do consumidor, do cidadão, são tomadas no escuro e que o direito à informação não é respeitado; e que aí surge um outro drama, não se sabe porque optar por um plano ou outro. Afirma que essa co-habitação sem informação e mal regulada permite, por exemplo, algo que é extremamente violador do princípio da igualdade e da equidade e que é um abuso da

liberdade: pensar que o Sistema de Saúde suplementar tenha como carro-chefe da sua tração o mau funcionamento do SUS ou a deficiência do SUS. Nesse sentido, esclarece que o acesso da população a essas informações passa pelo controle social do sistema público de saúde e o controle social sobre os planos privados de saúde. Ressalta que sem informação não é possível o exercício da liberdade de opção.

- No Fórum 1: A PROTESTE observou que a ANS vem fazendo exigências, com o que concorda no sentido de que operadoras de pequeno e médio porte, não apenas forneçam dados cadastrais e informativos das empresas, mas também notas técnicas atuariais dos produtos, em obediência a planos de contas previamente estabelecidos, garantindo e dando visibilidade sobre a idoneidade econômica e financeira das operadoras.
- No Fórum 2: O PROCON SP refere haver um grande distanciamento entre a operadora e o usuário, que não tem informações mínimas como saber porque o procedimento foi negado, por exemplo; refere haver necessidade de mais informações para os usuários sobre o ressarcimento ao SUS. O BRASILCON diz que é importante se ter dados e que as informações para os usuários são também importantes. A PROTESTE reclama da falta de informação das operadoras aos consumidores, dizendo que os serviços de atendimento ao consumidor das empresas não funcionam para informar.
- No Fórum 3: A ADUSEPS diz que uma coisa é o perfil epidemiológico, outra coisa é expor o paciente e cansar o médico para ter que colocar o código da CID desde a planilha de consulta até o pedido de qualquer exame.

Síntese: existe uma preocupação dos usuários mais com relação ao direito/acesso às informações, principalmente econômico-financeiras.

Governo

- No Simpósio: O diretor da DIPRO diz que é dramático a inexistência de informações e que a agência vem brigando há um ano e meio para conseguir informação, existindo empresas que entram na Justiça contra a Coordenação

de Informação e Saúde. Refere estar feliz por honrar um compromisso assumido na CPI da Mortalidade Materna, em que foi chamado à responsabilidade de construir um acompanhamento dos índices de mortalidade materna. Disse ser frustrante quando, em uma consulta pública sobre sistema de informação, recebeu apenas sete sugestões, tendo enviado para todos os membros da Câmara de Saúde Suplementar. Disse ainda ficar preocupado com a qualidade das informações que recebe e que muitas operadoras não repassam informações simples como quantas diárias foram pagas. O Ministro SERRA diz que em um sistema de concorrência perfeita, a questão básica é a informação dos consumidores. Pergunta se isso vale para os serviços médicos, porque serviço médico não é mercado, embora possa ter componentes da iniciativa privada. Porque, na concorrência perfeita, a informação é um pré-requisito para operar o sistema, ou seja, para que o sistema opere, uma das suposições da concorrência perfeita é que a informação seja de todos. Afirmar que na saúde, em geral, o que se vende é a informação e o que é uma premissa para o funcionamento da concorrência, na saúde, é mercadoria porque o que o consumidor compra é a informação. Refere que isso é essencial para que essa discussão não se prolongue indefinidamente no país pois não tem mercado operando na forma tradicional no setor porque o consumidor não tem a informação. Destaca que por isso precisa haver a interferência do poder regulatório da área pública. O CONASEMS acha que os conselhos municipais de saúde, deveriam ter mais informações sobre a questão da saúde suplementar, podendo, assim, por meio de seus conselheiros, repassarem para as suas entidades essas informações, a fim de que os usuários do SUS também conheçam mais o que está ocorrendo. O diretor-presidente da ANS destaca a importância das informações oriundas do processamento do ressarcimento ao SUS que servem também para dar visibilidade a inter-relação entre os sistemas.

- No Fórum 1: nenhum comentário.

- No Fórum 2: O MS disse que o setor suplementar deve articular com os gestores locais, no sentido de adoção de políticas de controle e prevenção, de promoção, buscando informações para os seus usuários sobre essas questões, usando indicadores, para estar monitorando a própria qualidade da sua atenção, trabalhando aspectos como rede suficiente e se o usuário está tendo uma linha de cuidado claramente estabelecida. O Ministro HUMBERTO COSTA disse que a melhor forma de controle de preços seria que se pudesse ter um setor com bastante competitividade, com concorrência entre as diversas operadoras de modo que as pessoas pudessem ter reduzidas as suas assimetrias de informação e pudessem fazer opções por planos levando em conta os recursos e tendo como compará-los.
- No Fórum 3: O diretor da DIPRO diz não conseguir imaginar uma cobrança governamental ou uma cobrança da sociedade, enquanto gestão de saúde, se não se conhece a população nem do que ela está padecendo. Destaca que a ANS obrigou a existência em cada operadora de um Coordenador de Informações em Saúde, responsável pelo sigilo das informações. Dá exemplos de informações adquiridas como frequência e custo unitário de procedimentos, número de internações e consultas. Afirmar que ninguém questiona o fato e a exigência de colocar o código da CID no SUS, mas que na saúde suplementar isso é uma coisa que ainda provoca um certo *frisson*. O CONASEMS diz já existir uma certa interação entre o SUS e a Suplementar e defende que isso se amplie também na questão da informação. O diretor-presidente da ANS convida a todos para passearem no sítio da ANS dizendo que lá são encontradas muitas informações.

Síntese: Entende a necessidade de informações e destaca o papel do coordenador de informações, da transparência que proporciona as informações do ressarcimento ao SUS e a necessidade de que os Conselhos de Saúde conheçam mais o setor.

4.3.8- Avaliação e Qualidade

Operadoras

- No Simpósio: O CIEFAS considera necessário haver cada vez mais ética na relação, responsabilização pelo nível de saúde da população assistida e, ainda, por parte das operadoras, tanto ou mais atenção aos indicadores de saúde da população que assistem como devotam aos indicadores econômicos ou financeiros. Diz ser preciso despertar as consciências de todos os atores do nosso modelo no sentido de que cada um tem a sua responsabilidade pela qualidade daquilo que lhe é oferecido – da assistência prestada –, mas também pelo financiamento e pelo custo desse sistema para que ele, de fato, possa perenizar e, sobretudo, agregar cada vez mais cidadãos. A ABRASPE diz atuar no âmbito de pesquisas com a FIPE de São Paulo, no intuito de obter indicadores de saúde e que é necessário ter como missão a saúde e a qualidade de vida, e não uma medicina meramente curativa. Ressalta que gostaria de obter, como resultados, uma melhoria nos índices de saúde da qualidade de vida e que essa é uma busca permanente do sistema de autogestão, bem como a redução da morbi-mortalidade, um aumento do índice de satisfação dos prestadores de serviços e usuários, melhoria do desempenho dos prestadores de serviço, o aumento da produtividade nas empresas, a partir do momento em que se consegue dar uma assistência que garanta a saúde dessa população e uma adequada alocação dos recursos do sistema com redução de gastos, se possível. A CMB diz que é preciso encantar o cliente, principalmente na hora em que a regulamentação iguala os produtos em termos de coberturas assistenciais, e portanto, com preços similares, vale a qualidade do atendimento para conquistar e manter os seus clientes. A UNIMED diz que, na cooperativa, o objetivo é dar condições de trabalho e remuneração adequadas para o médico e garantia de assistência de qualidade ao cliente.

- No Fórum 1: O SINAMGE disse que hoje se tem indicadores de utilização que são, por exemplo, na área de ressonância, o dobro do que se tinha há oito anos e a sociedade tem que se beneficiar disso. O SINOGE diz ser o definidor de padrões mínimos de qualidade e de gestão para a Odontologia, no setor. A UNIDAS, referindo-se às diretrizes clínicas de conduta como instrumentos de qualidade da assistência, disse que elas são importantíssimas no sentido de contribuírem para a atualização e para a educação continuada dos médicos. Disse que o sistema a ser criado é aquele com um olhar na qualidade e com um outro olhar concomitante no custo. A UNIMED quis deixar consignado que acha que os médicos da Unimed, como os das demais operadoras e como os hospitais, conseguem manter um serviço de qualidade, apesar de todas as dificuldades que já tinham sido colocadas no Fórum, e que os índices de satisfação alcançados eram em decorrência destes prestadores de serviço.
- No Fórum 2: O SINAMGE afirma que se deve trabalhar com os critérios de qualidade e de resolutividade, mas que sem o equilíbrio econômico-financeiro o sistema não sobreviverá. A UNIODONTO sugere uma tabela de remuneração profissional odontológica com certificação de qualidade para operadoras e que se reduza a formação de novos profissionais de odontologia.
- No Fórum 3: O SINAMGE diz que quando as corretoras vendem plano de saúde, não falam em qualidade médica, em saber médico, em responsabilidade, em humanização da medicina, em prevenção da medicina, como se deve fazer sempre em relação ao plano empresa através de comitês da empresa com a operadora.

Síntese: Existe uma preocupação com a qualidade, por parte das operadoras, que, como esperado, afirmam que qualidade e equilíbrio de custos devem andar juntos e que qualidade serve para captar clientes. Destaca-se a posição das autogestões, que ressaltam a necessidade da responsabilização de todos os atores sociais pela qualidade. De uma forma geral, não é abordada a questão da avaliação.

Prestadores

- No Simpósio: A FBH defende a existência de regras para a qualidade e acreditação dos serviços.
- No Fórum 1: A FBH explicou que todas as entidades representativas do setor privado de saúde, e que representam planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares, fazem parte e financiam a ONA colocando-a à disposição para discutir e, junto com a ANS e com as operadoras, pensarem em indicadores para os planos de saúde. Diz que a ONA está fazendo a certificação de serviços, estando à disposição daqueles que querem mostrar que estão trabalhando com qualidade. Abordando os aspectos relacionados aos beneficiários, afirma que houve uma piora na qualidade de assistência. Relatou o caso de demora para o fornecimento de uma senha para o prestador, em uma autorização de internação já feita pela operadora, e que a demora parecia ao beneficiário ser causada pelo hospital. Destacou que o controle burocrático tem que ser mais inteligente para não recair sobre o beneficiário. Disse que, quem deve ter mais preocupação com a qualidade, em primeiro lugar, é o beneficiário; em segundo lugar, o prestador, porque é ele que ouve a reclamação do beneficiário e é o serviço dele que está sendo exposto; em terceiro lugar, a operadora, que se preocupa por estar perdendo sua clientela, considerando que a maioria das operadoras está no mercado para prestar bom serviço. E por último, a empresa, que hoje está menos atenta com a qualidade do que antes, preocupando-se mais em dizer para o funcionário dela, que está dando o benefício. Afirmou que as empresas também estão em uma situação difícil porque estão em uma situação de um mercado menor, de recessão, precisando arrumar meios de diminuir seus custos e acabam procurando planos menores ou planos mais baratos, que ofereçam coberturas em serviços menores ou serviços de pior qualidade. O CFM disse existir atraso na implementação de normas para critérios de credenciamento e desc credenciamento, parâmetros indicadores de qualidade dos serviços próprios e de terceiros contratados, implementação de mecanismos de regulação e do

controle da qualidade dos serviços oferecidos. A AMB disse que a classe médica não vê o caminho da solução de questões econômicas no *managed care*, que é uma forma de atuação antiética e que valoriza as questões de natureza econômica, antes de tantas outras que são muito mais importantes, uma delas, é a liberdade de atuação profissional, além da qualidade da assistência e a vida do paciente. Ressaltou a atuação do médico, para obtenção dos bons resultados alcançados nas pesquisas de satisfação do usuário, e que a despeito de oito ou dez anos sem reajuste, a grande maioria dos médicos tem preservado, com qualidade, com dignidade e com integridade, o seu trabalho. Disse que todas as vezes que uma operadora apresenta um plano de saúde a um usuário, o que na verdade ela apresenta é a face do profissional ou do hospital que presta este serviço. Reconheceu que por vezes o usuário não detém conhecimento suficiente para fazer um julgamento sobre a qualidade daquele profissional, mas muitos dos resultados são advindos de uma boa relação. Disse que os médicos têm que evitar modismos, e que a AMB é parceira na busca do aprimoramento da qualidade ética da assistência médica e para isso tem investido na formulação das diretrizes. Disse que o médico é parceiro na diminuição dos custos, mas não pode sacrificar sua segurança porque a sociedade hoje os coloca como elementos de uma vitrine onde a imprensa e o judiciário têm cobrado de forma insistente e, por vezes, de forma injusta. O CFM disse que a satisfação do usuário ocorre no consultório, que é a face boa dos planos. Que os resultados refletem a qualidade que os médicos fazem nos seus hospitais, nos seus consultórios, nos centros cirúrgicos, prestando assistência às pessoas. A ANAHP considera que se deve incentivar e estimular o desenvolvimento de sistemas isentos de avaliação e informação para os usuários e compradores sobre a qualidade do ensino médico nesse País, sobre o mercado de saúde para os profissionais e sobre a qualidade dos prestadores de serviços médicos, hospitais, clínicas e laboratórios. Devem ser buscados os princípios fundamentais da excelência de qualidade da medicina que são: a eficiência, a agregação de valor a cada ato médico hospitalar, a efetividade com utilização adequada dos recursos humanos e tecnológicos,

sem desperdício, e também sem a falta dos mesmos. A Confederação Médica Brasileira disse que não garantir o livre acesso do usuário na escolha de seu médico, pela qualidade, representa um mecanismo de cercear o direito do usuário de procurar o acesso à saúde de dentro do seu plano de saúde. A CMB diz que há uma premissa inevitável: custo e qualidade andam juntas. Diz ainda que é favorável a que o bom médico ganhe bem, mas combate aquele que é relapso.

- No Fórum 2: A SBPC afirma que tem que ser relacionado o reajuste com repasse para o prestador, para a continuidade da qualidade do serviço. A ANAHP lembra a equação qualidade x preço como fundamental, e acha justo que na relação reajuste x custos, se chegue a uma remuneração adequada. A AMB e a ADUSEPS dizem que é preciso coibir os abusos no uso da tecnologia, diminuir a quantidade de profissionais formados e melhorar a qualidade.
- No Fórum 3: A AMB diz que, enquanto existir a liberdade profissional e se viver num país livre, entende que se deveria ter o direito de como profissionais melhor qualificados, se ter uma remuneração diferenciada pela qualidade oferecida. A SBAC ressalta a contradição vivida pelos laboratórios entre a necessidade de equipamentos modernos para realizar novos e mais exames, com a rapidez e qualidade necessárias e com a realização de controles externos de qualidade, ao mesmo tempo em que as operadoras falam em redução dos pagamentos. A ANAHP diz que se mais custos forem cortados, o maior impacto não será para as instituições, será para o usuário; e que a qualidade da atenção nesse país vai se transformar em uma das piores que existem porque todos irão buscar a sobrevivência econômico-financeira e, para isso, adotar uma série de mecanismos para se diminuir os custos; sendo melhor sair do segmento do que realizar um péssimo trabalho. O CFM diz ser fundamental o compromisso com a qualidade assistencial, defendendo a importância da adoção da CBHPM.

Síntese: Os prestadores hospitalares manifestam a necessidade de existência de regras para qualidade, acreditação e certificação, além de afirmarem que a questão dos custos reflete na qualidade. Os prestadores representantes de profissionais, dizem que os prestadores são os responsáveis pela boa satisfação dos usuários. Defendem a implementação das diretrizes e da CBHPM e manifestam-se contrários a adoção do *managed care*.

Usuários

- No Simpósio: O IDEC diz que o setor privado está teimando em adotar os modelos mais retrógrados e fracassados da atenção, como os “planinhos incompletos” ou *managed care* à americana, que nos Estados Unidos, por exemplo, levou-os a gastar três vezes mais que os países europeus, com indicadores de saúde piores e boa parte da população desassistida, enquanto os executivos e os acionistas enriquecem. Afirma que até que o SÚS passe a funcionar com qualidade para todos os cidadãos brasileiros, se estará convivendo com os planos de saúde. Refere que a experiência tem demonstrado que as operadoras buscam usar mecanismos de regulação indiscriminadas que não visam à boa qualidade da assistência, mas meramente à redução de custos e que por isso se opôs ao médico-porteiro como estratégia de redução de custos. Diz existirem operadores que estão cortando procedimentos, mas que nada fazem com uma taxa de cesárea de 80%, o que é, aliás, o mais comum entre as operadoras e que representam riscos reais aos usuários. Acha que tem que conter custos, mas tem que melhorar a qualidade. Entende que a principal estratégica vai ter que ser educacional. O CNS diz que se deve avançar, dentre outras coisas, na definição de responsabilidades sobre a garantia da qualidade do atendimento.
- No Fórum 1: A CUT falou que os usuários dos planos de saúde e os usuários do SUS querem que os serviços de saúde tenham, em primeiro lugar, equidade, que significa acesso aos serviços, de acordo com as necessidades de diferentes grupos populacionais; eficácia, que expressa a capacidade do sistema de atingir seus fins; eficiência e resultados, que superem aquilo que

foi planejado, e a qualidade, que os usuários esperam de todo o Sistema. Refletiu que apesar do sistema suplementar ser importante, cresceu em função do processo de construção do SUS ter um nível de financiamento insuficiente para bancar uma assistência a saúde com qualidade para a população brasileira. Disse que os operários brigam muito para conseguirem o melhor plano de saúde. Disse ser necessária a existência de competição entre as operadoras de planos de saúde, mas que seja uma competição onde haja regulação, e não a competição autofágica e antiética, com oferecimento de planos menores e de baixa qualidade. Referiu que a Constituição brasileira criou o SUS, que deve crescer e dar a melhor cobertura, com qualidade, para a população brasileira.

- No Fórum 2: A FARBRA, referindo-se ao campo de produção da saúde, disse que acha importante a diretriz ressaltando que não se trata de alimentação ou saneamento, mas de se buscar que as operadoras garantam qualidade, que saibam que tratam é com saúde. A COBAP afirma que no setor suplementar, além dos princípios do SUS que se considere a necessidade de avançar na qualidade técnica dos serviços prestados, e na humanização das relações prestador x usuários. A ADUSEPS e a AMB dizem que é preciso coibir os abusos no uso da tecnologia, diminuir a quantidade de profissionais formados e melhorar a qualidade.
- No Fórum 3: A COBAP diz que o SUS tem que cumprir todos os seus princípios, diretrizes e incorporar definitivamente a questão da qualidade do serviço e da humanização no atendimento. E isso não se exclui para os planos de saúde, que cobram por isso. Então devem cobrar preço acessível, mas devem oferecer essa mesma qualidade.

Síntese: Referem ter que conter custos, mas mantendo a qualidade, e entendem que se tem que ter definição de responsabilidades sobre a garantia da qualidade do atendimento. Não abordam a questão da avaliação.

Governo

- No Simpósio: O CONASS afirma que na implementação do SUS, o ponto que foi apresentado foi o da regulação. Afirma que a regulação precisa ser discutida num caráter mais complexo, que é preciso entender que não é uma regulação por si só, mas para atender a necessidades, e que é necessário observar indicadores epidemiológicos, custos e padrões de qualidade sanitários na atenção à saúde; e um conjunto de questões que, efetivamente, é papel para os gestores municipais, estaduais e federais. O diretor-presidente da ANS (Montone), acha que no caso do setor de saúde suplementar, o que cabe é um aprofundamento do cruzamento da regulamentação geral da saúde, com a regulamentação específica do setor privado. Existem pontos, inclusive, onde isso aparece com muita clareza: a questão da prestação de serviços hospitalares, das definições de padrão de qualidade. Quando se está falando em padrão de qualidade, está se falando em padrões de qualidade em saúde. Não é, como já foi dito, do setor público ou do setor privado.
- No Fórum 1: O Ministro HUMBERTO COSTA refere que o Governo tem uma obrigação precípua, de fortalecer o Sistema Único de Saúde, garantindo que ele possa ter, cada vez mais, uma qualidade melhor na prestação do serviço à população.
- No Fórum 2: O MS diz que na diretriz de número dois (*Diretriz 2 - A saúde suplementar deve observar os princípios da integralidade da atenção – na segmentação contratada - da resolutividade e da qualidade dos serviços prestados*), a saúde suplementar deveria observar os princípios da integralidade da atenção à saúde e da qualidade dos serviços prestados, e que a segunda diretriz era uma consequência da primeira, na medida em que se a operadora era responsável pela atenção à saúde, ela também era responsável pela discussão da qualidade e da resolutividade dos serviços por ela ofertados ao seu beneficiário. O CONASEMS destaca que os bons sistemas de saúde têm a responsabilização do gestor pelos seus usuários e isso impacta positivamente nos resultados coletivos e individuais, sabendo-se que quanto

maior a vinculação, menor é o custo. O Ministro HUMBERTO COSTA lembrou que o setor melhorou sensivelmente a qualidade da sua relação com a sociedade, a sua imagem, com a implementação da Lei 9.656/98.

- No Fórum 3: O CONASEMS defende a ampliação da interação entre o SUS e o setor suplementar que vá do controle à avaliação e outros mecanismos, como por exemplo, centrais de regulação.

Síntese: Destacam a importância da qualidade dos serviços de saúde e de sua resolutividade.

A posição dos atores sociais do setor suplementar quanto à organização de atenção à saúde, encontra-se sintetizada no Quadro 5.

De uma forma geral, foram identificadas as seguintes posições, agrupadas por ator social:

As operadoras manifestam grande preocupação com a questão do equilíbrio econômico-financeiro e suas posições geralmente estão vinculadas a uma compreensão de que o setor deveria expandir, utilizando-se basicamente da estratégia de flexibilização de produtos, ou, sendo menos eufêmico, da subsegmentação, o que poderia tornar os preços mais atrativos para os usuários. Qualquer ampliação de cobertura, assim como as ações de promoção e prevenção, deveriam estar necessariamente vinculada a um correspondente aumento de contraprestação pecuniária para se contrapor aos gastos. Com relação às ações de promoção e prevenção muitas reconhecem que elas ainda não fazem parte de sua realidade. Existe unanimidade sobre a impossibilidade de adoção de um credenciamento universal, entendido mais como provocador de mais custos do que necessariamente como desorganizador de rede. A Incorporação tecnológica é tida como necessária, mas utilizada de forma inadequada, com desperdícios, existindo uma demanda para sua regulamentação. A multiprofissionalidade não é tema da agenda das operadoras. O acompanhamento de doenças crônicas é apenas referido superficialmente pela autogestão. As informações são citadas mais como uma demanda exagerada da ANS, e passam longe de uma discussão mais consistente de informações assistenciais. A qualidade é sempre referida e vista como

necessária para o setor (nem que seja para captação de clientes) e com relação a avaliação, não é assunto que as operadoras tenham manifestado interesse.

Tem que se registrar que foi observada uma diferença de posicionamento entre as operadoras. Enquanto as autogestões assumiram um discurso mais articulado com a produção da saúde, ou seja, defendendo as ações de promoção e prevenção, a necessidade das operadoras conhecerem o perfil epidemiológico de sua população usuária, a existência de uma rede articulada e integrada, que a missão do setor tem que ser a saúde e todos devem se responsabilizar pela qualidade, as seguradoras, por sua vez, dizem que não podem realizar ações de promoção e prevenção, não podem ter rede articulada e que não são gestores de saúde. São dois extremos comportamentais, cujo meio é preenchido pelas demais modalidades de operadoras.

Os **usuários**, por seu lado, manifestam-se fortemente contrários à subsegmentação e mesmo à segmentação, fazendo uma defesa da ampliação da cobertura, e do plano-referência. Açam que deveria haver obrigatoriedade de campanhas de promoção e prevenção. Com relação à rede, se manifestaram contrários ao descredenciamento. Defendem a necessidade da educação médica para o enfrentamento da questão da incorporação tecnológica e manifestam preocupação com a concentração de determinadas tecnologias em poucos locais (ocasionando restrição de acesso). Entendem a necessidade de racionalização dos custos, manifestando preocupação com o repasse de procedimentos de alto custo para serem realizados no SUS. Reconhecem que a multiprofissionalidade não está colocada em sua agenda e que os doentes crônicos são discriminados no setor. Com relação às informações, ainda estão muito restritos às informações econômico-financeiras (quanto custa o atendimento, notas técnico-atuariais de pequenas e médias empresas, valores do ressarcimento), apesar de reconhecerem a necessidade de uma articulação com os indicadores do MS. Com relação à qualidade, fazem a sua defesa, afirmando a necessidade de se definir responsabilidade sobre a qualidade do atendimento. Dizem que os mecanismos de regulação não visam a boa qualidade, mas apenas a redução dos custos e reforçam a necessidade da qualidade técnica dos serviços e sua humanização.

Os **prestadores hospitalares** defendem a flexibilização dos produtos, assumem a necessidade de uma mudança com relação às ações de promoção e prevenção, mas acham necessário inicialmente haver uma fidelização dos clientes, porque essas ações implicam em custos. Quanto à rede, defendem a livre escolha e a necessidade de se estabelecer critérios de equivalência para a rede hospitalar. Achem que há a necessidade de uma melhor formação profissional para se enfrentar a incorporação tecnológica e que se deveria adotar as diretrizes da AMB. Não se posicionam quanto ao acompanhamento de doenças crônicas nem quanto à necessidade de multiprofissionalidade no setor. Para o sistema de informações, citam a necessidade de existir uma padronização entre operadoras e prestadores. Defendem a existência de regras para a qualidade e acreditação de prestadores, além da necessidade de um sistema de avaliação isento.

Os **representantes dos profissionais de saúde**, aqui restritos aos médicos, são contrários à subsegmentação por entenderem que planos mais baratos impõem mais restrições, apesar de entenderem a demanda das operadoras para o crescimento do mercado. São favoráveis a ampliação da cobertura, com cobertura integral da CID, apesar de também entenderem que custa caro. Não houve manifestação quanto às ações de promoção e prevenção. Quanto à rede, defendem a livre escolha com o reembolso para combater o credenciamento injustificado, posicionando-se favoráveis ao credenciamento universal. Dizem que os médicos não são responsáveis pelo aumento dos custos devido à IT, mas reconhecem que pode haver mau uso, que deve ser corrigido através de denúncias aos conselhos. Defendem a educação médica e a formação de uma Câmara Técnica de IT. Não se posicionam quanto à multiprofissionalidade (apenas nas manifestações do Fórum dos Trabalhadores da Área de Saúde Suplementar, particularmente o representante do COFFITO, é que faz a defesa da participação de outros profissionais). Apenas a Abemid manifestou-se quanto à necessidade de acompanhamento de doenças crônicas, dizendo que as mesmas impactam muito nos custos e que por isso precisam ser gerenciadas. Para o sistema de informações destacam a necessidade de homogenização de informações para serem repassadas às operadoras. Quanto à qualidade, dizem que é a face do prestador (profissional ou serviços) que é vendida e é o que mede a satisfação do usuário. Referem buscar a qualidade ética com as diretrizes.

Com relação ao **governo**, existe uma diferença entre os representantes da ANS no Simpósio, que entendiam que a subsegmentação era possível e o representantes do MS no Fórum, que se manifestaram terminantemente contrários a subsegmentação, constando inclusive uma diretriz neste sentido. Com relação à cobertura, o governo refere ser favorável à sua integralidade (diretriz 2 do Fórum: a saúde suplementar deve observar os princípios da integralidade da atenção, da resolutividade e da qualidade dos serviços prestados). Também consta como uma diretriz (diretriz 4: o modelo de atenção à saúde na suplementar deve adotar medidas de promoção à saúde e prevenção de doenças) a necessidade de ações de promoção e prevenção. Quanto à rede, defende que seja objeto de regulação e reconhece a necessidade de se estabelecerem regras claras para o credenciamento e decredenciamento. Defende a necessidade do estabelecimento de uma política de IT, com a participação de diversos órgãos. E o reaparelhamento dos centros universitários. A multiprofissionalidade é considerada importante para a linha de cuidado e o não atendimento a doentes crônicos é considerada situação grave. As informações são consideradas como forma de garantir transparência e quanto a qualidade foi colocada a diretriz 2 no Fórum .

Estes posicionamentos respondem ao questionamento sobre qual a lógica que estes atores sociais tentam imprimir ao setor.

Na observação do Quadro 6, verifica-se que esses posicionamentos dos atores sociais são coerentes com suas posições de antes da regulamentação do setor, conforme apreendido por CARVALHO (2003). Tendo sido pinçadas algumas posições mais vinculadas a organização da atenção à saúde e reorganizadas, para se tentar uma comparabilidade com os analisadores escolhidos, são encontradas as seguintes manifestações:

- Aspectos da integralidade: todos se manifestaram favoráveis ao plano-referência. Com relação a possibilidade de segmentação dos planos, exclusão de DLP e existência de limites para tempo de internação, houve igualdade de posicionamento entre as autogestões, entidades médicas e usuários, que se manifestaram contrários; as medicinas de grupo, seguradoras, cooperativas médicas e o executivo manifestaram-se favoráveis

a estas possibilidades, exceto as seguradoras, que foram contra os limites de internação, e o executivo, que foi contra a exclusão de DLP.

- Incorporação tecnológica: aqui analisado apenas no ponto de vista da total liberdade profissional para a utilização de todos os meios diagnósticos e terapêuticos, viu-se que apenas as entidades médicas manifestaram-se favoráveis a uma ampla e total escolha; não houve manifestação por parte do executivo e das medicinas de grupo; e os demais colocaram algum tipo de restrição, como protocolos, auditorias, ou respeito à boa técnica.
- Organização de rede: aqui analisada pelo seu oposto, a livre escolha. São contra a livre escolha, as medicinas de grupo, as autogestões e as cooperativas médicas; são favoráveis a livre escolha, as entidades médicas, as seguradoras (desde que tivesse opção de referenciamento) e os usuários. O executivo não se manifestou.
- Informações epidemiológicas: todos se manifestaram favoráveis, só tendo sido colocada ressalva pelas seguradoras, para que fossem sem ônus.

Para se tentar compor um quadro ainda mais abrangente sobre as posições dos atores sociais, também se lançou mão de alguns dos resultados encontrados em duas pesquisas realizadas pela ANS, que foram pioneiras no sentido de conseguirem dialogar com a principalidade, defendida por setores da agência, da participação do setor suplementar na produção da saúde. Estas pesquisas foram sobre os modelos assistenciais e os mecanismos de regulação praticados pelas operadoras, e foram desenvolvidas por sanitaristas comprometidos com o campo de produção da saúde, que se despojaram de quaisquer preconceitos que geralmente são impostos ao setor suplementar e buscaram desvelar seu mecanismo de funcionamento e propor alternativas para que o setor suplementar se consolide enquanto contribuinte importante na produção de saúde do país. Os resultados dessas duas pesquisas foram apresentados no livro “Duas Faces da Mesma Moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar” (BRASIL, 2005 b).

Utilizando o mesmo processo, ou seja, buscando, dentro dos resultados das pesquisas, aqueles que podem manter diálogo com os analisadores escolhidos, encontrou-se os seguintes posicionamentos, obtidos através de entrevistas, referentes a uma autogestão, duas seguradoras, duas medicinas de grupo e duas cooperativas:

- Campo da saúde: A) a autogestão se diferencia por se destinar a uma clientela mais fechada e não objetivar o lucro; seus objetivos se fundamentam na atenção à saúde e sua missão se pauta pela busca da promoção e o cuidado; critica a ANS por não praticar a regulação assistencial e que se deveria acompanhar as operadoras através de indicadores de saúde. B) as cooperativas médicas, que buscam defender os interesses de seus sócios e com a defesa da medicina liberal, está tendo que modificar sua filosofia devido a competição do mercado, e está assumindo uma nova racionalidade, com progressiva modernização gerencial, adoção de preceitos da promoção à saúde e maior interferência no trabalho médico. C) as medicinas de grupo mantêm os objetivos de comercialização desde sua criação e têm adotado estratégias mais claras de racionalização de custos, além de inúmeros mecanismos de regulação. D) as seguradoras entendem a saúde como um negócio e como tal deve ser administrado; defendem que seu papel precípua é a gestão financeira dos planos, reafirmando o caráter eminentemente privado desse segmento empresarial e objetivando a obtenção do lucro com a prestação desse tipo de serviço.
- Incorporação Tecnológica: todas as operadoras demonstram resistência às novas tecnologias; ocorrem divergências principalmente quanto aos procedimentos novos ainda não contratados; reclamam da pressão da indústria de equipamentos e existe uma demanda para que a ANS assuma a coordenação da questão.
- Organização de rede: A) nas seguradoras, existe uma grande flexibilidade de rede dependente da demanda do contratante, mas apenas para aqueles com mais de 3.000 usuários (nas empresas menores dizem que a flexibilidade implicaria em altos custos). B) as medicinas de grupo tendem a possuir

hospitais próprios para atendimento de alta complexidade ou utilizam rede credenciada alocando equipes próprias. C) nas cooperativas, trabalham predominantemente com rede credenciada, mas nos últimos anos tem existido uma expansão nos serviços próprios, visando racionalização de custos e direcionamento da rede. D) a autogestão organiza sua rede através de credenciamento de provedores, existindo serviços próprios, voltados à promoção e atenção básica, mas que não abrangem toda a clientela.

- Sistema de informação: de uma forma geral, o sistema de informação das operadoras trabalha predominante os dados de produção de procedimentos e faturamento, sendo poucos os registros epidemiológicos; a maioria dos prestadores hospitalares conta com sistema de informação próprio, incluindo indicadores epidemiológicos; entre os prestadores médicos varia a existência de prontuários eletrônicos e o prontuário papel.
- Avaliação da qualidade: não é uma prática comum das operadoras a avaliação da qualidade dos prestadores hospitalares de apoio ao diagnóstico terapêutico, sendo prática mais comum a análise de desempenho de prestadores médicos.
- Práticas de promoção e prevenção: os prestadores médicos e hospitalares não desenvolvem práticas de promoção e prevenção, a não ser por algumas ações isoladas. A) as seguradoras não priorizam esta prática, ofertando apenas quando demandado pelas empresas de planos coletivos. B) nas cooperativas existe a adesão dos médicos cooperados aos programas apenas nos que atuam nos serviços próprios da operadora e existe um investimento em prevenção e promoção à saúde nos contratos empresariais. C) as empresas de medicina de grupo têm investido em programas de prevenção, colocados como estratégicos; D) a autogestão desenvolve diversos programas de prevenção e promoção, principalmente junto a clientela de idosos.

- Acompanhamento de casos crônicos: A) em uma, das duas seguradoras estudadas, existe um programa de gerenciamento de pacientes crônicos visando a utilização mais racional dos serviços; também faz o perfil de risco de funcionários de planos coletivos. De acordo com o que foi identificado pelos pesquisadores mais com uma racionalidade econômica ou seja, necessidade de redução de custos do que por uma busca de maior qualidade na assistência. B) as duas medicinas de grupo estudadas desenvolvem programas de identificação de riscos e acompanhamento, principalmente a linha de cuidado da cardiologia. C) em uma, das duas cooperativas estudadas, é adotado o gerenciamento do cuidado, com priorização para os idosos. D) na autogestão estudada, existia uma experiência de vinculação de clientela, definição de cuidadores e estratégia de saúde da família em sua rede própria.
- Multiprofissionalidade: os pesquisadores observaram que as operadoras têm valorizado pouco a inserção de outros profissionais de saúde.
- Integralidade: à exceção da autogestão, as operadoras explicitam que a integralidade se refere ao que foi contratado e não enquanto princípio fundamental da atenção à saúde; afirmam que a assistência integral é de responsabilidade exclusiva do setor público na saúde.

Mais uma vez, os achados coincidem com o que já foi colocado anteriormente.

Com relação ao questionamento sobre se os atores sociais se reconhecem como sendo do campo da produção da saúde, além de também se relacionar com os analisadores colocados, ou seja, o reconhecimento de pertencer a este campo, implicaria em um maior comprometimento em viabilizar as indicações contidas nos analisadores, mas também exige um certo grau de responsabilização introjetada em cada ator, ou seja, de se sentir responsável pela produção da saúde em sua esfera de atuação. Um outro aspecto relacionado a este reconhecimento é a compreensão de que o setor suplementar deve estar subordinado a política geral da saúde do país e, portanto, estar submetido ao Ministério da Saúde (MS). Pelas informações obtidas através do Quadro 5, os únicos atores sociais que achavam, antes da regulamentação, que o setor deveria estar vinculado ao MS foram as

autogestões e as entidades médicas. No outro extremo, ficaram as seguradoras e a então representação do executivo, que defenderam a subordinação ao Ministério da Fazenda. As medicinas de grupo, cooperativas e usuários defendiam a subordinação a ambos os ministérios.

Assim, com relação às operadoras, que deveriam se sentir responsáveis pela gestão da saúde de seus usuários, o que se percebe é que apenas as autogestões se posicionam desta forma e no outro extremo se colocam as seguradoras que fazem questão de enunciar que não são gestores. Estas posições são coincidentes com o que existia antes da regulamentação, com as autogestões defendendo a vinculação ao MS e as seguradoras ao MF.

Os prestadores se mostram descomprometidos com a idéia de uma rede organizada, que poderia utilizar vários saberes profissionais, lançar mão de tecnologias leves, realizar práticas de prevenção do maior risco, mostrar vínculo com seus usuários, manter um sistema de informações assistenciais e primarem pela qualidade.

Os usuários estão mais preocupados com informações financeiras, têm uma lógica médico-centrada e demandadora de procedimentos/cobertura em momentos agudos e entendem que a promoção/prevenção está fora de sua governabilidade.

Verifica-se desta forma, a imperfeição destes atores para se reconhecerem como constituintes do campo de produção da saúde.

MERHY e MAGALHÃES JÚNIOR (2001) afirmam que só uma poderosa regulação pública pode “forjar mecanismos efetivos de qualificação da assistência na saúde suplementar, em torno das necessidades dos usuários e com a necessária garantia de boas práticas profissionais”.

Assim, cabe ao governo, com políticas claras e indutoras, ir progressivamente ajudando a estes atores a diminuírem as suas imperfeições e colocarem o setor suplementar, que é do campo de produção da saúde, para cumprir o seu papel dentro do sistema nacional de saúde, ajudando no “caminhar a vida” de mais de 40 milhões de pessoas.

Quadro 5- Síntese das posições dos atores sociais quanto à organização da atenção à saúde

	Integralidade	Promoção e Prevenção	Organização de rede	Incorporação Tecnológica	Multiprofis.	Acomp. Doenças	Sistema de Informação	Aval. e Qualidade.
Autogestão	Defende ampliação de cobertura desde que com avaliação do equilíbrio	A remuneração deveria ser com base nestas ações. Defesa da educação feita pela operadoras	Defende rede própria e é contra o credenciamento universal	Defesa do uso pela necessidade Avanços não reduzem custos Governo deve fazer controle	-	Tem que se ter uma política para dças crônicas	Operadoras tem que conhecer o perfil epidemiológico de sua população	Todos têm responsabilidade pela qualidade. Deve ser olhada qualidade e custo
Seguradora	Defende subsegmentação. Integralidade não é possível no setor. Não são gestores	Por não ter rede própria, não pode fazer. Quem paga por estas ações	Diz que já pratica livre escolha com o reembolso	Há necessidade mas não pode haver desperdício. Deve-se melhorar a gestão	-	-	-	-
Medicina de Grupo	Defende a subsegmentação	Maioria já admite atuação na prevenção. Alguns com dúvida se não é papel do Estado. Poucos acham que é obrigação.	Contra o credenciamento universal pq pode acabar com planos acessíveis	Usar tecnologia com racionalidade pq há desperdício	-	-	-	Hoje já se tem mais ind. de utilização. Tem que ter equilíbrio econômico para ter qualidade
Cooperativa Medica	Defende a subsegmentação. Defende a ampliação da cobertura mas tem preocupação com o equilíbrio	Aliança diz que a ANS deveria organizar essas ações	Questiona se a população poderia arcar com os custos do credenciamento universal	Defesa das diretrizes e protocolos. A IT deve se refletir nos reajustes. Falta regulamentação	-	-	Reclama da grande quantidade de informações pedidas pela ANS	Objetivo é garantir assistência com qualidade. Diz que cooperativa tem qualidade apesar das dificuldades
Filantropia	Defende a subsegmentação. Vincula cobertura com recomposição equilíbrio financeiro	Reconhece que ainda não fazem parte da realidade das santas casas	-	-	-	-	Produção de informações é importante mas o volume pedido pela ANS é muito grande.	Qualidade é importante para captar clientes. Custo e qualidade andam juntos

Usuários	Contra subsegmentação. Defesa da integralidade (plano-referência)	Deveriam ser objetivo do setor; não são praticadas pelas ops; deveriam ser obrigatórias	Tem que se avançar na restrição ao credenciamento	Defesa da educação médica; tecnologias concentradas em poucas áreas; repasse de alto custo para o SUS	Colocar na agenda essa discussão (CNS)	Operadoras comparam doentes crônicos com carros batidos (Farbra)	Informação que falta é quanto custa o atendimento à saúde; informação é direito; compatibilizar com indicadores do MS	Mecanismos de regulação visam apenas diminuir custos e não a qualidade. Deve-se definir responsabilidade sobre garantia da qualidade de atendimento; necessidade de humanização
Governo	ANS: sub-seg é possível e defesa da integralidade MS; contra sub-seg e defesa da integralidade	Diretriz 4 do fórum	Ter regras para cred. e credenc. Rede como objeto da regulação	Necessidade de política de IT e de reaparelhamento dos centros universitários; regulação dos prestadores e da IT	Defesa de linha de cuidado multiprofissional	Imoralidade planos que não atendem doentes crônicos (Serra)	Conselhos devem conhecer o setor; coordenador de informações já existe; dados do ressarcimento garantem transparência	Diretriz 2 do fórum; responsabilização do gestor por seu usuário impacta positivamente na resolutividade
Prestadores Profissionais de saúde	Entendem subsegmentação do ponto de vista financeiro mas são contra. Entendem que cobertura ampla é cara mas defendem. Atendimento integral CID	Sem manifestação	Defesa da livre escolha com reembolso para combater credenciamento injustificado	O abuso da It é que é ruim. Proposta de Câmara Técnica para critérios de IT. Educação médica necessária.	Manifestação do Coffito defendendo participação de outros profissionais no setor	Doenças crônicas impactam em custos e têm que ser gerenciadas (Abemid)	Defendem a homogeneização das informações para repassarem para operadoras	Busca de qualidade ética com as diretrizes; o que é vendido é o prestador; existe atraso nos parâmetros de qualidade
Prestadores Hospitalares	Defendem a flexibilização dos produtos	Hospitais terão que mudar; necessidade primeiro de fidelizar clientes; atentar para custos	Defesa da livre escolha e ter critérios de equivalência de hospitais	Necessidade de melhor formação médica. Defesa de diretrizes e protocolos	-	-	Pedem padronização de informações entre operadoras e prestadores.	Tem que ter regras para qualidade e acreditação e também um sistema de avaliação confiável

Quadro 6- Algumas posições dos atores sociais antes da regulamentação da Lei nº 9656/98.

Analísadores		Méd.Grupo	Seguradoras	Autogestões	Cooperativas médicas	Entidades Médicas	Usuários (procon/ong/MP)	Executivo*
Campo da saúde	Subordinação ao MF, MS ou ambos	Ambos	MF	MS	Planos ao MS e seguros ao MF	MS	ambos	MF
Integralidade	Instituição do Plano Referência	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável
	Segmentação dos planos	Favorável	Favorável	Contra	Favorável	Contra	Contra	Favorável
	Exclusão de coberturas às DLP	Favorável	Favorável	Contra	Favorável	Contra	Contra	Contra
	Limites para tempo de internação, inclusive U.T.I.	Favorável	Contra	Contra	Favorável	Contra	Contra	> 90 dias enfermaria e > 60 dias UTI
Incorporação Tecnológica	Autonomia profissional	-	Contra, a favor de protocolos	A favor de protocolos	A favor, com auditorias	Ampla e total escolha	A favor, desde que respeitada boa técnica	-
Organização de rede	Livre escolha	Contra	A favor, com opção de referenciamento	Contra	Contra (a favor da fidelização associativa às cooperativas)	Favorável	A favor, com restrição	-
Informações	Fornecimento de dados epidemiológicos ao MS	Favorável	Favorável, desde que sem ônus	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável	Favorável

Fonte: CARVALHO, 2003 (com reorganização dos atores e das informações)

* Executivo – posição explicitada por José Carlos Seixas, secretário-executivo do MS.

***5- ALGUNS DADOS DE PRODUÇÃO
ASSISTENCIAL DO SETOR SUPLEMENTAR***

Já foi abordado que o setor suplementar de atenção à saúde:

- possibilita a segmentação, o que impede a integralidade ampliada e o acesso a todas as tecnologias não constantes na segmentação contratada;
- tem na sua formulação legal uma dubiedade na regulação sobre os prestadores, o que dificulta a integralidade focalizada; e
- apresenta algumas insuficiências na abordagem de algumas questões como: urgência e emergência, saúde mental e DLP.

Identifica-se, ainda, uma grande distância na discussão entre o órgão regulador do setor suplementar e o órgão regulador/formulador da política nacional de saúde no País, o Ministério da Saúde. Para a implementação das políticas, devem ocorrer discussões conjuntas e pactuações de setores do MS e da ANS dos seguintes temas, dentre outros: metodologia para incorporação tecnológica; modelos assistenciais e linhas de cuidado; suficiência e qualidade de redes assistenciais; tabelas; protocolos de conduta profissional; troca de dados dos sistemas de informação; regulação de acesso a serviços; multiprofissionalidade. A realização de um trabalho mais articulado pode ajudar em um melhor desempenho do sistema nacional de saúde.

Para a discussão da produção assistencial do setor, os dados disponíveis no SIP são ainda muito restritos. Esta situação tem perspectiva de mudança com o Programa de Qualificação, que está introduzindo progressivamente em cada fase do programa, e, portanto, também no SIP, alguns indicadores de atenção à saúde.

5.1- A Regulação da Atenção à Saúde no Setor Suplementar

Apesar de todas as dificuldades atuais, há que se reconhecer que o panorama geral anterior à Lei n.º 9.656/98, de seleção de risco e não cobertura para diversas doenças, era muito pior que o atual, onde se pode identificar vários avanços:

- Acesso indiscriminado, independente da condição física ou idade do proponente;
- Cobertura contratual com padrão mínimo obrigatório, de acordo com a segmentação contratada;
- Atendimento a todas as doenças e lesões dispostas pelo código internacional de doenças – CID 10;
- Atendimento às doenças e lesões preexistentes.

Apesar de alguns acharem excessiva a quantidade de normativos, há que se reconhecer que houve um esforço muito grande, para regular um setor que ficou quarenta anos sem controle.

Para atender ao disposto na Lei n.º 9.656/98, esclarecer mais técnica e minuciosamente seus dispositivos, regular sua aplicação, a ANS conta com algumas normas infralegais entre as quais destacam-se :

- Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU
- Resoluções de Diretoria Colegiada – RDC
- Resoluções Normativas - RN

Da indicação, feita por SCHEFFER e BAHIA (2005), dos principais pontos que a lei dos planos passou a ter após as mudanças provocadas pela Medida Provisória, selecionou-se alguns pontos referentes à atenção à saúde:

- Instituição do Planos-Referência, que engloba a assistência médico-ambulatorial e hospitalar, inclusive parto, e a cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional das Doenças da OMS;
- Cobertura de transplantes de rim e córnea;

- Cobertura da assistência em saúde mental;
- Proibição do limite de internação hospitalar;
- Limitação dos prazos de carência, com o máximo de 24 horas para urgências e emergências;
- Proibição de vedar a participação do usuário em razão de idade, deficiência ou doença;
- Assistência ao recém-nascido nos primeiros trinta dias de vida;
- Regulamentação do credenciamento de hospitais.

Apesar dos avanços identificados, existem ainda muitos problemas referentes à atenção à saúde, advindos basicamente da segmentação e da convivência com as limitações impostas pelos planos antigos.

5.2- Alguns Dados do Setor Suplementar de Atenção à Saúde

5.2.1- Dados do Sistema de Informações dos Produtos

Será feita a análise dos dados do SIP na seguinte ordem: dados gerais, por tipo de contratação, por porte e por modalidade de operadora.

Dados Gerais

Como no SUS, apesar de representar o menor número de eventos, as internações respondem pelo maior percentual dos custos que vêm, inclusive, crescendo no setor suplementar no decorrer dos anos, como pode ser observado nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3- Número de Eventos e distribuição percentual do custo, por item de despesa, de 2002 a 2004, no setor suplementar

Itens de Despesas	2002		2003		2004	
	Nº Eventos	% Custo	Nº Eventos	% Custo	Nº Eventos	% Custo
Internações	4.392.708	41,36	4.222.143	44,58	4.343.050	45,39
Terapias	24.163.626	4,00	26.182.110	4,17	29.008.647	4,35
Atendimentos	52.951.046	9,79	35.745.614	8,25	42.037.411	8,13
Consultas	170.093.261	18,57	133.217.972	17,61	139.608.916	17,30
Exames Complementares	242.866.935	26,27	239.647.552	25,38	265.768.318	24,83
Total Geral	494.467.576	100,00	439.015.391	100,00	480.766.342	100,00

Fonte: SIP/DIPRO/ANS, posição em 31/05/2005

Tabela 4- Número de eventos e distribuição percentual do custo, por item de produção, de 2002 a 2004, no SUS

Anos Itens de Produção	2002		2003		2004	
	Nº eventos	% Custo	Nº eventos	% Custo	Nº eventos	% Custo
Ambulatorial	1.888.042.721	51,38	1.969.314.789	53,55	1.968.973.018	53,83
Internações	11.713.749	48,62	11.638.194	46,45	11.492.885	46,17
Total Produção	1.899.756.470	100	1.980.952.983	100	1.980.465.903	100

Fonte: datasus.gov.br. Dados trabalhados.

No SUS, as internações, em termos percentuais, representam 0,62% para 2002; 0,59% para 2003 e 0,58% para 2004 com relação ao total de eventos. Já no setor suplementar, significam 0,89% para 2002; 0,96% para 2003 e 0,90% para 2003. Relativamente, se interna mais no Setor Suplementar que no SUS, que vem diminuindo progressivamente o seu número de internações, no período estudado. Mas o percentual das internações, com relação ao custo, é maior no SUS.

No SUS pode-se observar o seguinte valor médio de internações, conforme Tabela 5.

Tabela 5- Valor médio das internações no SUS por Regime, segundo ano de competência, no Brasil.

Ano Competência	Público	Privado	Universitário	Total
2002	379,92	437,86	794,00	461,54
2003	435,97	503,42	853,41	503,66
2004	525,19	606,14	-	572,63
Total	453,44	516,05	815,82	512,25

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Os menores custos médios de internações no setor suplementar são: por tipo de contratação, 1.557,00 reais em 2002 no coletivo com patrocínio; 1.143,72 reais em 2002 para operadoras de pequeno porte (até 9.999 usuários) e 956,99 reais em 2002 para as cooperativas médicas. Ou seja, mesmo o maior valor encontrado no período para o SUS, ele não atinge o menor valor médio do setor suplementar.

Em 2004, no Brasil, 87,90% (2.243.779) dos nascimentos foram atendidos pelo SUS e 12,10% (308.987) no setor de saúde suplementar. Dentre os nascimentos ocorridos no setor de saúde suplementar, 79,70% foram de parto cesáreo. Para o mesmo período, o SUS registrou uma taxa de 27,53% de partos cesáreos. Entre os 863.951 partos cesáreos do Brasil, 28,51% foram realizados no setor de saúde suplementar. Este dado evidencia o impacto negativo que esta elevada taxa de cesarianas, encontrada neste segmento, provoca nos indicadores nacionais (ANS, 2006).

Por Tipo de Contratação

Os tipos de contratação possíveis no setor suplementar são:

- individual ou familiar: contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar);
- coletivo com patrocinador: planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade total ou parcialmente paga à operadora pela pessoa jurídica contratante;
- coletivo sem patrocinador: planos contratados por pessoa jurídica, pagos integralmente pelos beneficiários à operadora.

Verifica-se, na Tabela 6, que a frequência está colocada em bloco, por tipo de contratação, para cada item de despesa constante no SIP, no período de 2002 a 2004. Existe um erro nos dados de 2002 e este tipo de agregação distribui o erro por todos os tipos de contratação, por isso serão analisados apenas os dados de 2003 e 2004.

Na Tabela 6 observa-se que, de uma forma geral, para todos os tipos de despesa, a frequência de utilização é maior nos contratos individuais ou familiares, seguido pelos contratos coletivos sem patrocínio (exceto para atendimentos ambulatoriais, quando este fica em terceiro) e depois os coletivos com o patrocínio.

Tabela 6- Frequência de Utilização por tipo de contratação e por item de despesa de 2002 a 2004, no setor suplementar.

Tipo de Contratação \ Frequência de Utilização				
Individual ou familiar	2002	2003	2004	Itens de Despesa
	1,59	1,47	1,47	Atendimentos Ambulatoriais
	6,65	5,80	5,75	Consultas
	12,44	11,83	11,75	Exames
	0,23	0,19	0,20	Internações
	1,13	1,18	1,17	Terapias
Coletivo com patrocínio	2002	2003	2004	Itens de Despesa
	2,17	1,19	1,45	Atendimentos Ambulatoriais
	5,97	4,15	4,20	Consultas
	7,74	7,41	8,10	Exames
	0,16	0,15	0,15	Internações
	0,93	0,97	1,03	Terapias
Coletivo sem patrocínio	2002	2003	2004	Itens de Despesa
	1,09	1,07	1,19	Atendimentos Ambulatoriais
	5,37	4,49	4,39	Consultas
	10,15	9,49	9,10	Exames
	0,19	0,17	0,16	Internações
	0,90	0,84	0,98	Terapias

Fonte: SIP/DIPRO/ANS, posição em 31/05/2005.

Com relação ao custo médio dos itens de despesa, pode-se verificar, na Tabela 7, que os contratos individuais ou familiares ficam com os valores mais elevados para as internações nos anos de 2003 e 2004 e que os coletivos sem patrocínio têm os maiores valores para as terapias, nos dois anos.

De uma forma geral, o coletivo sem patrocínio fica com o maior custo médio para a maioria dos itens em 2003 e com o segundo lugar em 2004.

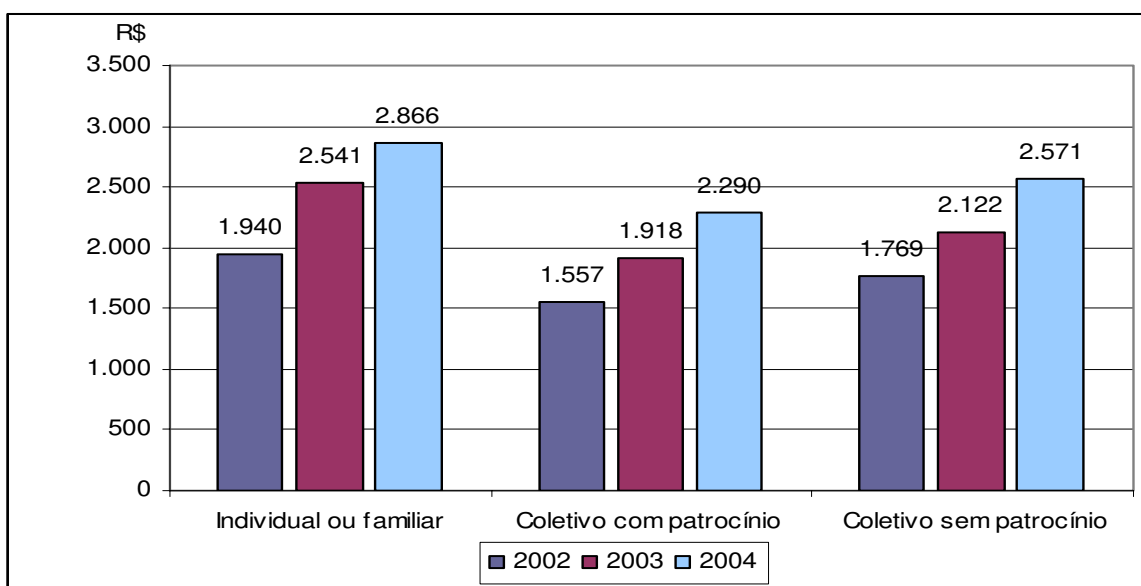
Tabela 7- Custo Médio por tipo de Contratação e por item de despesa, de 2002 a 2004, no setor suplementar.

Tipo de Contratação \Custo Médio por Tipo de Contratação				
Individual ou familiar	2002	2003	2004	Itens de Despesa
	48,83	49,15	56,31	Atend. Ambulatoriais
	22,38	25,98	28,73	Consultas
	17,24	19,64	21,30	Exames
	1.940,00	2.541,00	2.866,00	Internações
	30,99	35,57	42,18	Terapias
Coletivo com patrocínio	2002	2003	2004	Itens de Despesa
	28,19	44,50	41,69	Atend. Ambulatoriais
	18,07	26,88	29,97	Consultas
	20,65	22,14	22,78	Exames
	1.557,00	1.918,00	2.290,00	Internações
	28,10	29,28	32,19	Terapias
Coletivo sem patrocínio	2002	2003	2004	Itens de Despesa
	45,30	53,47	48,38	Atend. Ambulatoriais
	24,51	27,17	29,15	Consultas
	21,76	22,87	22,11	Exames
	1.769,00	2.122,00	2.571,00	Internações
	43,59	46,47	44,14	Terapias

Fonte: SIP/DIPRO/ANS, posição em 31/05/2005

Apesar das frequências serem maiores nos planos individuais ou familiares eles não representam o maior custo médio em todos os itens de despesas, o que acontece para as internações e atendimentos ambulatoriais. Nas consultas e exames, inclusive, fica no terceiro lugar nos dois últimos anos.

Apesar das frequências médias de utilização das consultas estarem diminuindo, o custo médio tem aumentado. O aumento do custo médio também se repete nos exames e, principalmente, nas internações, como pode ser verificado no Gráfico 2.



Fonte: SIP/DIPRO/ANS, posição em 31/05/2005

Gráfico 2- Custo médio de internações, por tipo de contratação, de 2002 a 2004

Dados por Porte

As operadoras médico-hospitalares dividem-se em três portes: menores que 10 mil beneficiários; de 10 mil a 100 mil beneficiários e as maiores que 100 mil beneficiários.

Existe um erro nos dados das operadoras de pequeno porte, no ano de 2002, mais explícito nos atendimentos ambulatoriais, consultas e exames, de pequeno porte, como pode ser observado na Tabela 8, apresentada a seguir.

Na Tabela 8, chama atenção a quantidade de exames por beneficiário nas operadoras com mais de 100 mil beneficiários, sendo sempre maior que 10, por ano.

Incluindo todos os itens de despesa, a média de frequência para todos os anos é maior nas empresas de maior porte. Chama atenção a estabilidade da frequência das internações em todos os portes.

Tabela 8- Frequência de Utilização, por porte e itens de despesa, nos anos de 2002 a 2004, no setor suplementar

Porte	2002	2003	2004	Itens de Despesa
1 a 9.999 beneficiários	4.38	1.02	1.03	Atendimentos Ambulatoriais
	17.05	4.45	4.82	Consultas
	11.14	6.41	6.66	Exames
	0.19	0.17	0.16	Internações
	0.82	0.69	0.81	Terapias
Sub-Total	7.20	2.73	2.87	
10.000 a 99.999 beneficiários	1.23	1.31	1.64	Atendimentos Ambulatoriais
	4.55	4.45	4.48	Consultas
	7.24	7.29	7.53	Exames
	0.17	0.17	0.17	Internações
	0.78	0.78	0.83	Terapias
Sub-Total	2.90	2.88	3.06	
> 100.000 beneficiários	1.95	1.27	1.39	Atendimentos Ambulatoriais
	4.89	4.77	4.69	Consultas
	10.01	10.02	10.52	Exames
	0.19	0.16	0.16	Internações
	1.14	1.22	1.24	Terapias
Sub-Total	3.71	3.51	3.64	

Fonte: SIP/DIPRO/ANS, posição em 31/05/2005

Todos os custos médios, para todos os portes, para todos os itens de despesa, têm aumentado a cada ano, exceto para os atendimentos ambulatoriais, das empresas com 10.000 a 99.999 beneficiários, que diminuiu de 2003 para 2004, conforme pode ser visto na Tabela 9.

O maior custo médio das internações fica com as empresas maiores de 100 mil beneficiários.

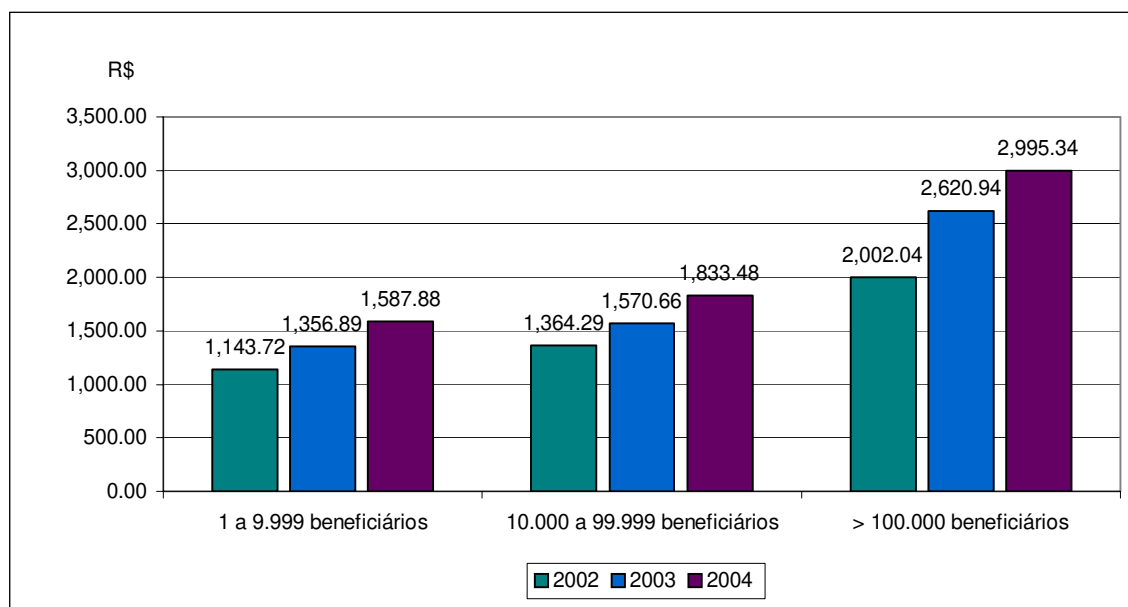
As empresas com menos de 10 mil beneficiários respondem pelo maior custo médio para atendimentos ambulatoriais e exames, em 2003 e 2004

Tabela 9- Custo médio, por porte e itens de despesa, nos anos de 2002 a 2004, no setor suplementar.

Porte	2002	2003	2004	Itens de Despesa
1 a 9.999 beneficiários	10.25	51.76	63.39	Atendimentos Ambulatoriais
	6.88	27.64	29.96	Consultas
	12.37	23.33	24.33	Exames
	1,143.72	1,356.89	1,587.88	Internações
	26.14	34.79	32.93	Terapias
Sub-Total	14.75	42.02	45.12	
10.000 a 99.999 beneficiários	39.49	42.45	34.37	Atendimentos Ambulatoriais
	23.70	25.07	27.22	Consultas
	19.36	20.72	21.63	Exames
	1,364.29	1,570.66	1,833.48	Internações
	26.01	29.99	31.86	Terapias
Sub-Total	37.70	41.65	42.72	
> 100.000 beneficiários	41.07	48.37	52.27	Atendimentos Ambulatoriais
	26.51	27.37	30.80	Consultas
	21.22	21.33	22.28	Exames
	2,002.04	2,620.94	2,995.34	Internações
	32.02	32.62	37.52	Terapias
Sub-Total	44.26	48.56	53.56	

Fonte: SIP/DIPRO/ANS, posição em 31/05/2005

Apesar de uma certa estabilidade na frequência de utilização das internações para todos os portes, existe um aumento do custo médio observado em todos os anos, para todos os portes, principalmente nas empresas com mais de 100 mil beneficiários, como pode ser observado no Gráfico 3.



Fonte: SIP/DIPRO/ANS, posição em 31/05/2005

Gráfico 3- Custo Médio das Internações, por porte das operadoras de saúde, de 2002 a 2004

Dados por Modalidade de Operadora

Na Tabela 10, observa-se a frequência de utilização, para todos os itens de despesa, por modalidade de operadoras, para os anos de 2002 a 2004.

Também é perceptível, na Tabela 10, o erro nos dados nas autogestões e nas medicinas de grupo, para o ano de 2002, que por isso não será analisado.

Tabela 10- Frequência de Utilização, por item de despesa e por modalidade de operadora de planos de saúde, de 2002 a 2004

Modalidade	2002	2003	2004	Itens de Despesa
Autogestão	3.26	1.22	1.25	Atendimentos Ambulatoriais
	10.76	3.64	3.58	Consultas
	9.92	8.14	8.16	Exames
	0.17	0.21	0.20	Internações
	1.19	1.14	1.26	Terapias
Sub-Total	5.27	2.89	2.93	
Cooperativa Médica	0.80	0.84	1.43	Atendimentos Ambulatoriais
	5.11	5.19	5.18	Consultas
	8.21	8.69	8.83	Exames
	0.24	0.20	0.19	Internações
	1.00	1.14	1.12	Terapias
Sub-Total	3.19	3.34	3.51	
Filantropia	1.90	2.17	1.27	Atendimentos Ambulatoriais
	4.36	4.27	4.18	Consultas
	7.16	6.50	6.85	Exames
	0.21	0.19	0.19	Internações
	0.59	0.52	0.59	Terapias
Sub-Total	2.92	2.82	2.70	
Medicina de Grupo	2.23	1.31	1.44	Atendimentos Ambulatoriais
	5.29	4.50	4.59	Consultas
	8.65	7.71	8.32	Exames
	0.15	0.11	0.13	Internações
	0.56	0.60	0.64	Terapias
Sub-Total	3.53	2.92	3.13	
Seguradora	1.90	1.73	1.73	Atendimentos Ambulatoriais
	5.19	5.07	4.96	Consultas
	11.67	12.23	13.41	Exames
	0.16	0.15	0.15	Internações
	1.70	1.75	1.86	Terapias
Sub-Total	4.08	4.15	4.39	

Fonte: SIP/DIPRO/ANS, posição em 31/05/2005

Em 2003, no SUS, foram realizadas 2,53 consultas/habitante (DATASUS, 2005). No setor suplementar, como pode ser visto na Tabela 10, houve a seguinte produção de consultas/beneficiário, para o ano de 2003, por modalidade: 3,64 para as autogestões; 5,19 para as cooperativas médicas; 4,27 para as filantrópicas; 4,50 para as medicinas de grupo e 5,07 para as seguradoras.

Observando-se todos os itens, para os anos de 2003 e 2004, encontra-se a seguinte ordem decrescente quanto à frequência de utilização: seguradoras, cooperativas médicas, medicinas de grupo, autogestão e filantropia.

As Seguradoras ficam com a maior frequência em exames e terapias e com o segundo lugar em consultas.

As Autogestões ficam em primeiro lugar, com relação à frequência de utilização em internações e em segundo em terapias.

As Cooperativas Médicas ficam com o primeiro lugar em consultas e com o segundo em exames e internações.

As Medicinas de Grupo têm a menor frequência de utilização de internações.

As Filantrópicas têm a menor frequência de utilização de exames e terapias.

Já na Tabela 11, encontra-se que, com relação ao custo médio por eventos, a ordem decrescente é a seguinte: seguradoras, autogestões, filantrópicas, cooperativas e medicina de grupo.

O custo médio de internação em 2004 variou de R\$5.291,73 para as seguradoras até R\$1.628,38 para as cooperativas médicas, ou seja, o custo médio das seguradoras é mais de três vezes superior ao menor custo médio apresentado, no ano, que foi o das cooperativas.

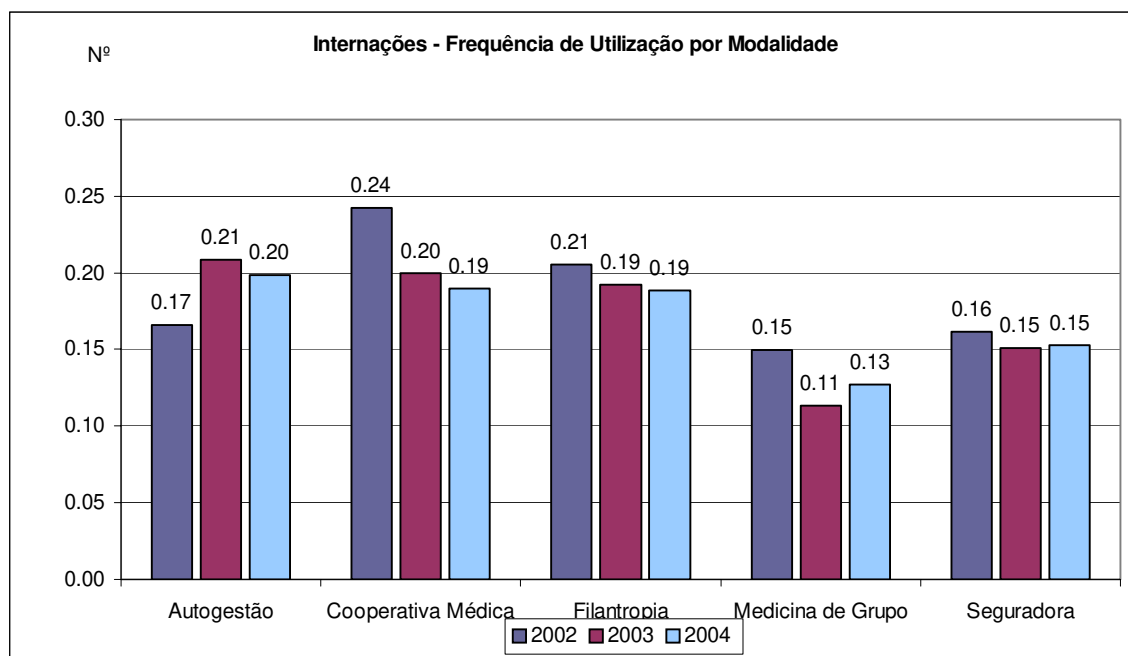
Em 2004, as seguradoras ficaram com o maior custo médio de internações, consultas e atendimentos ambulatoriais e com o segundo maior custo médio em exames, cujo primeiro lugar foi ocupado pelas auto gestões.

Tabela 11- Custo Médio por item de despesa e por modalidade de operadora de planos de saúde, de 2002 a 2004.

Modalidade	2002	2003	2004	Itens de Despesa
Autogestão	16.25	45.11	47.29	Atendimentos Ambulatoriais
	9.19	26.96	29.44	Consultas
	20.04	25.90	26.17	Exames
	1,956.48	1,768.74	2,127.11	Internações
	34.20	40.58	38.30	Terapias
Sub-Total	25.87	52.59	56.26	
Cooperativa Médica	55.78	66.41	38.40	Atendimentos Ambulatoriais
	28.85	30.04	32.01	Consultas
	20.32	20.71	21.65	Exames
	956.99	1,310.85	1,628.38	Internações
	26.23	27.30	33.16	Terapias
Sub-Total	38.74	41.32	42.95	
Filantropia	31.67	28.33	49.16	Atendimentos Ambulatoriais
	22.72	23.39	24.76	Consultas
	18.76	19.07	19.81	Exames
	1,374.42	1,501.82	1,711.98	Internações
	28.23	27.27	28.66	Terapias
Sub-Total	41.25	41.06	46.95	
Medicina de Grupo	36.09	40.05	48.85	Atendimentos Ambulatoriais
	18.51	21.40	25.06	Consultas
	15.56	17.35	19.58	Exames
	1,558.54	2,206.06	2,348.51	Internações
	38.06	38.23	43.35	Terapias
Sub-Total	31.68	37.63	42.48	
Seguradora	41.80	47.80	50.80	Atendimentos Ambulatoriais
	29.96	32.07	36.21	Consultas
	24.87	25.21	25.02	Exames
	3,564.69	4,441.66	5,291.73	Internações
	24.28	26.89	30.69	Terapias
Sub-Total	56.73	61.86	67.72	

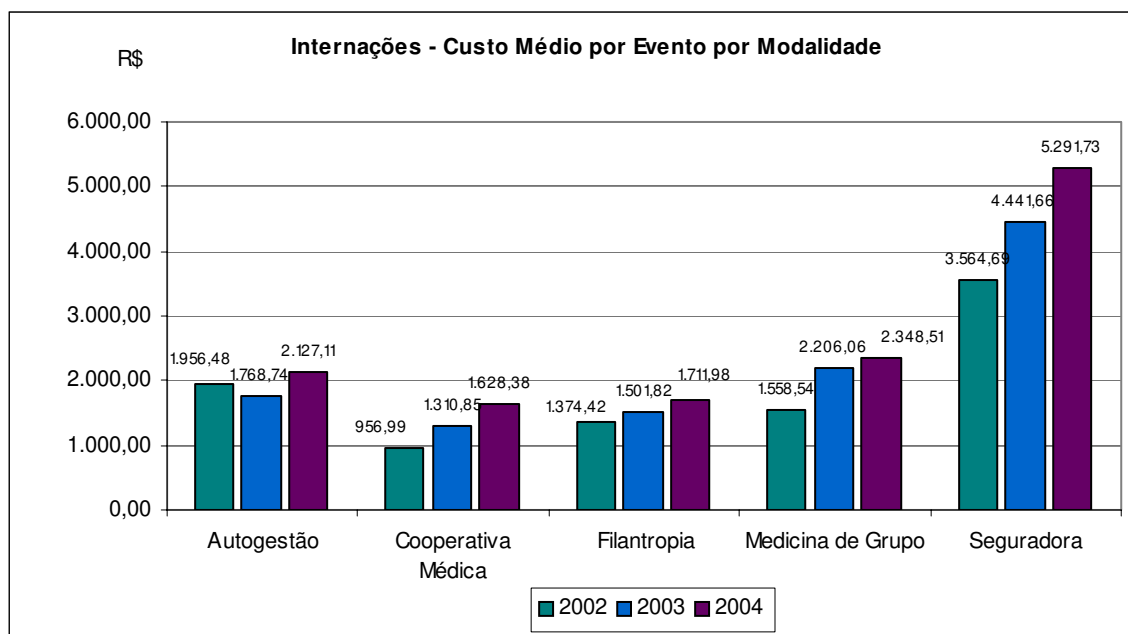
Fonte: SIP/DIPRO/ANS, posição em 31/05/2005

A frequência de utilização e o custo médio de internações por modalidade, nos anos de 2002, 2003 e 2004 também podem ser vistos nos Gráficos 4 e 5.



Fonte: SIP/DIPRO/ANS, posição em 31/05/2005

Gráfico 4- Frequência de Utilização de Internações, por modalidade de operadoras de planos de saúde, de 2002 a 2004.



Fonte: SIP/DIPRO/ANS, posição em 31/05/2005

Gráfico 5- Custo Médio de Internações, por modalidade de operadora de planos de saúde, de 2002 a 2004.

No documento do Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares da ANAHP (SINHA), “Apresentação de Indicadores e Dados Seleccionados 2002-2004” do CIAQ (Comitê de Informação, Análise e Qualidade)” de março de 2005, apresentado na ANS em uma reunião no dia 18/03/2005, encontram-se os seguintes dados de internações:

- dos 33 hospitais vinculados a ANAHP, as operadoras de planos de saúde representaram um percentual de 90,47% em 2002; 91% em 2003; e 89,29% em 2003, do volume de internação por fonte pagadora;
- a distribuição percentual de internações por tipo de operadora, do total referente a operadoras, por ano, pode ser observada na Tabela 12, abaixo:

Tabela 12- Distribuição do percentual de internações referentes a operadoras, por modalidade de operadora, de 2002 a 2004, nos hospitais vinculados a ANAHP.

Ano	Seguradora	Medicina de Grupo	Cooperativa	Autogestão/administrada
2002	38,26%	13,84%	19,55%	28,35%
2003	41,78%	15,87%	17,01%	25,34%
2004	41,37%	17,00%	15,53%	26,11%

Fonte: SINHA/ANAHP

- os partos cesarianos responderam por 87,50% em 2002; 87,71% em 2003 e 85,83% em 2004, do total de partos realizados.

No Quadro 7, a seguir, como síntese, podem ser observados alguns dados assistenciais, por modalidade de operadora, para o ano de 2004, destacando-se, como já abordado, o grande número de exames por usuário e também o maior custo médio de internação nas seguradoras .

Quadro 7- Alguns dados assistenciais por modalidade de operadora, em 2004

	Consulta/ usuário	Exame/ usuário	Exame/ consulta	% Internação	Custo médio de todos os eventos (R\$)	Custo médio de Internação (R\$)
Seguradoras	4,96	13,41	2,7	15	67,72	5.291, 73
Autogestões	3,58	8,16	2,28	20	56,26	2.127, 11
Cooperativas	5,18	8,83	1,7	19	42,95	1.628, 38
Medicina de Grupo	4,59	8,32	1,8	13	42,48	2.348, 51
Filantropia	4,18	6,85	1,64	19	46,95	1.711, 98

5.3- Comparação dos dados citados pelas operadoras com os do SIP

Será feito um cotejamento entre os dados encontrados no SIP, com aqueles fornecidos pelas representações das operadoras em seus sítios ou em publicações específicas de operadoras pertencentes à modalidade. Também se busca apreender a produção de atenção à saúde referida pelas operadoras, cujos dados não são acessíveis pelo SIP.

Autogestões

Na Tabela 13, encontram-se os dados de frequência de utilização e custo médio por item de despesa, encontrados no SIP, referentes aos anos de 2002 a 2004, para as autogestões

Tabela 13- Frequência de utilização e custo médio, por item de despesa e total, da modalidade Autogestão, de 2002 a 2004.

Itens de Despesa	2002		2003		2004	
	Freq.	C.médio	Freq	C.Médio	Freq.	C.Médio
Atendimentos Ambulatoriais	3.26	16.25	1.22	45.11	1.25	47.29
Consultas	10.76	9.19	3.64	26.96	3.58	29.44
Exames	9.92	20.04	8.14	25.90	8.16	26.17
Internações	0.17	1,956.48	0.21	1,768.74	0.20	2,127.11
Terapias	1.19	34.20	1.14	40.58	1.26	38.30
Total	5.27	25.87	2.89	52.59	2.93	56.26

Fonte : Sistema de Informações de Produtos, 31/05/2005

A UNIDAS realizou uma Pesquisa Nacional 2003/2004 executada em parceria com o Centro Paulista de Economia da Saúde, da Unifesp, Escola Paulista de Medicina, entre novembro de 2004 e março de 2005, com dados referentes ao exercício de 2003, contando com a participação de 37 organizações de autogestão representando 227 planos de saúde (UNIDAS, 2005). Na pesquisa foram encontrados os seguintes dados:

- o número médio de consultas médicas feitas pelos beneficiários ficou em 4,34 atendimentos por ano (3,64 no SIP). O índice de utilização foi 18% e 29,7%, respectivamente, para os aposentados e agregados, superior às consultas realizadas pelos usuários ativos.
- Para os serviços de urgência/emergência a utilização foi de 12% do total de consultas realizadas (e, portanto, dentro dos padrões, segundo informam).
- A média geral do número de exames foi de 12,13 (8,14 no SIP) registrando-se uma relação de 2,87 (2,24 no SIP) exames por consulta realizada. Também para os aposentados e pensionistas a média de exames é maior do que para os ativos.

- Dizem que apesar do alto número de exames, aqueles voltados para a prevenção de determinadas patologias, mostraram baixa prevalência, citando como exemplos: 36% das mulheres com mais de 20 anos fizeram Papanicolau; 39% das mulheres acima dos 40 anos realizaram mamografia; 37% dos homens com mais de 40 anos realizaram PSA e 8% dos homens acima dos 40 anos fizeram ultra-som de próstata.
- A média da incidência de internação ficou em 16% da população (sendo de 30% nos agregados) (21% no SIP) e o tempo médio de internação ficou em 4,09 dias.
- A média dos gastos ambulatoriais foi maior nos planos dos beneficiários ativos (56,5%) que nos aposentados (48,05%) e agregados (44,56%).
- Já as despesas com serviços hospitalares foram maiores nos planos de aposentados (51,23%) e agregados (54, 12%) do que no de ativos (42,79%).
- O serviço de *home care* representou 1,32% para os agregados, 0,72% para os aposentados e 0,70% para os ativos.
- Justificam o volume maior de recursos dispendidos com internações e serviços de *home care* devido à faixa etária dos usuários.
- Os gastos administrativos informados representam 18% dos recursos.

A UNIDAS (2005 b) afirma que o sistema de autogestão é um dos mais adequados e eficazes, citando como vantagens dos planos de saúde das autogestoras a eliminação de intermediários entre o beneficiário e o prestador de serviços de saúde; o pagamento dos serviços médicos e hospitalares efetivamente utilizados; maior ou plena cobertura das patologias e respectivos tratamentos; a possibilidade de implementação de programas de prevenção da doença e promoção da saúde; a gestão conjunta da assistência à saúde e da medicina ocupacional. Refere dados da Pesquisa Nacional Unidas 2001-2002, que informa que boa parte das autogestões oferece coberturas específicas como atendimento de psicoterapia e assistência farmacêutica. Refere, ainda, transplantes

superiores aos obrigatórios (como coração, pulmão, fígado, pele, medula e pâncreas) e atendimentos gerais domiciliares de urgência e pós-internação. Informam os seguintes percentuais de coberturas assistenciais colhidos na pesquisa: 77,6% de Fisioterapia; 68,2% de Psiquiatria; 56,4% de Fonoaudiologia; 55,3% de Psicoterapia/Psicanálise; 40% de odontologia; 38,9% de assistência farmacêutica; 38,8% de atendimento domiciliar pós-internação; 32,9% de terapia ocupacional, e 28,2% de atendimento domiciliar de urgência.

A mesma publicação afirma que a oferta de programas de atenção à saúde, relacionados a grupos de usuários em condições de risco ou a portadores de patologias específicas, também está presente na assistência prestada pelas autogestões, sendo os mais frequentes dirigidos para pacientes diabéticos, hipertensos e com dependências químicas, com aproximadamente 35% das organizações ofertando esses programas. Refere, ainda, que em um levantamento realizado pelo Ciefas, em 1999, do qual participaram 87 instituições representando 95 planos de saúde, cerca de 68% das autogestões pesquisadas já desenvolviam algum tipo de programa de prevenção da doença e promoção da saúde. Cita as experiências da GEAP, da Sabesprev e Capesesp no mapeamento e gerenciamento de risco e no gerenciamento de doenças crônicas, com vários indicadores mostrando redução em hospitalizações, atendimentos de urgência e comprovando a diminuição dos custos com a assistência despendida aos beneficiários portadores de doenças de alto risco. Cita, ainda, os programas para terceira idade e gestantes da Cassi, Afresp e Fundação Pampulha; a atenção domiciliar da Volkswagen e da Cassi; o *Aids care* e o *Baby care* da Volkswagen; o fornecimento de medicamentos da Capesesp e do IRB e os programas de apoio a dependentes químicos desenvolvidos pela Companhia de Engenharia e Tráfego, IRB e CEF.

Cooperativas Médicas

Na Tabela 14, encontram-se os dados de frequência de utilização e custo médio por item de despesa, referentes aos anos de 2002 a 2004, para as cooperativas médicas.

Tabela 14- Frequência de utilização e custo médio, por item de despesa e total da modalidade Cooperativa Médica, de 2002 a 2004.

Itens de Despesa	2002		2003		2004	
	Freq.	C.médio	Freq	C.Médio	Freq.	C.Médio
Atendimentos Ambulatoriais	0.80	55.78	0.84	66.41	1.43	38.40
Consultas	5.11	28.85	5.19	30.04	5.18	32.01
Exames	8.21	20.32	8.69	20.71	8.83	21.65
Internações	0.24	956.99	0.20	1,310.85	0.19	1,628.38
Terapias	1.00	26.23	1.14	27.30	1.12	33.16
Total	3.19	38.74	3.34	41.32	3.51	42.95

Fonte : Sistema de Informações de Produtos, 31/05/2005

Na publicação “Cadernos Unimed-BH - Indicadores de Competitividade: construindo um modelo de gestão” encontram-se os seguintes dados:

- a taxa de internação/10.000 clientes, em 2004, foi de 1.282 (ou de 12,82%, sendo de 19% pelo SIP) juntando-se todos os produtos. Observam que o perfil de internação segue o padrão nacional, havendo concentração nos menores de um ano e nos maiores de 60. E que para uma mesma faixa etária, os clientes de produtos co-participativos apresentam uma taxa menor que os produtos não co-participativos.
- Com relação ao número de consultas eletivas por cliente/ano, para o ano de 2004, informam que foi de 5,0 para todos os produtos (foi de 5,18 no SIP), mas os planos com co-participação foi de 3,5 (Unifácil) e 4,3 (Unipart), enquanto o produto sem co-participação (Unimax) foi de 5,8.

- O número de exames complementares eletivos por cliente no ano de 2004 foi de 9,3 (8,83 no SIP). Esse número atinge 18,2 para a faixa etária de 80 ou mais.
- O número de exames complementares eletivos por consulta médica, em 2004, foi de 1,87 (1,7 no SIP). Destacam que existe uma concentração maior nas faixas etárias superiores (chegando a 2,69 para 80 ou mais).
- A média de permanência nas internações hospitalares, em 2004, foi de 5,1.
- A publicação, no que se refere à atenção à saúde, destaca o programa Unibaby (orientações perinatais de cuidados com recém-nascidos de clientes, através de visitas) e a qualificação da rede de prestadores (realizada através de vistorias anuais, segundo classe,s que variam de A a E, através de uma grande gama de critérios) (UNIMED-BH, 2005).

Comparando-se os dados do SIP com os da Unimed-BH, para o ano de 2004, encontra-se:

	SIP/ANS	Unimed BH
Taxa de internação	19 %	12,82%
n.º consultas/cliente	5,18	5,0
Exames complementares/cliente	8,83	9,3
n.º exames/consulta	1,7	1,87

Mesmo esta comparação sendo apenas para verificar se os dados informados são muitos distantes dos encontrados no SIP e considerando-se que se está verificando a informação de uma operadora da modalidade em comparação a modalidade como um todo, que consta no SIP, chama atenção a diferença da taxa de internação referida pela operadora com o dado encontrado no SIP.

Filantropia

Na Tabela 15, encontram-se os dados de frequência de utilização e custo médio por item de despesa, referentes aos anos de 2002 a 2004, para as operadoras da modalidade de filantropia.

Tabela 15- Frequência de utilização e custo médio, por item de despesa e total, da modalidade Filantropia, de 2002 a 2004

Itens de Despesa	2002		2003		2004	
	Freq.	C.médio	Freq	C.Médio	Freq.	C.Médio
Atendimentos Ambulatoriais	1.90	31.67	2.17	28.33	1.27	49.16
Consultas	4.36	22.72	4.27	23.39	4.18	24.76
Exames	7.16	18.76	6.50	19.07	6.85	19.81
Internações	0.21	1,374.42	0.19	1,501.82	0.19	1,711.98
Terapias	0.59	28.23	0.52	27.27	0.59	28.66
Total	2.92	41.25	2.82	41.06	2.70	46.95

Fonte : Sistema de Informações de Produtos, 31/05/2005

No sítio da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades e nos sítios de algumas de suas afiliadas, são encontrados alguns dados que não são específicos das Santas Casas, que possuem planos próprios, mas que dizem respeito ao setor como um todo. Citam que os hospitais filantrópicos e os sem fins lucrativos foram responsáveis por 37,4% de todas as internações realizadas no âmbito do SUS, no decorrer de 2001, perfazendo 4.396.329 internações. Em termos de valor, receberam por esses serviços R\$1.927.414.765,00, numa média de R\$438,41 por internação. Entre essas internações destacam-se 767.339 partos e cesarianas, 38,5% de todo o movimento desses procedimentos no âmbito do SUS (dados de 2001).

Os hospitais filantrópicos, respondem por 70% da oferta de leitos ao Sistema Único de Saúde, o que equivale à cerca de 600 mil pacientes por mês e aproximadamente 1,2 milhão de consultas ambulatoriais a pessoas carentes, significando um volume em torno de 250 mil exames complementares de diagnósticos, preventivos e curativos. Dizem estar

presentes na maioria dos municípios brasileiros onde não existem outros hospitais ou serviços de saúde.

Dizem que a grande massa de atendimentos no sistema CMB é de média complexidade (80%). E, que, em média, o SUS cobre apenas 60% de seu custo.

As Santas Casas e os hospitais filantrópicos oferecem ao SUS 130 mil leitos (34,3%) dos 379 mil leitos disponíveis ao SUS no País. No total, a rede filantrópica tem 169 mil leitos (34%) dos 496 mil leitos hospitalares do Brasil.

O setor filantrópico da saúde realiza 40% das internações e 41% dos partos normais e de cesarianas (dados de 2004).

As Santas Casas e hospitais beneficentes realizam 1,2 milhão de consultas ambulatoriais especializadas por mês. O setor inclui cerca de 2.100 entidades por todo o País.

Segundo RONSINI (2006), toda entidade hospitalar de Misericórdia tem de manter obrigatoriamente, nos dias atuais, receitas alternativas para que possa sobreviver, advindas de convênios mantidos com instituições privadas e, principalmente, de planos de saúde próprios, não podendo mais subsistir apenas com recursos do SUS. Ressalta que os planos de saúde próprios são um suporte preponderante para a vida econômico-financeira das Santas Casas.

Pelos dados do SIP, as operadoras caracterizadas como filantrópicas, para o ano de 2004, internam 19% de sua população, realizam 4,18 consultas por beneficiário e 6,85 exames por beneficiário (que é a menor frequência de utilização do setor), o que dá uma relação de 1,64 exame por consulta. Têm, ainda a menor frequência de utilização de terapias e também apresentam o menor custo médio para consultas e terapias.

Medicina de Grupo

Na Tabela 16, encontram-se os dados de frequência de utilização e custo médio por item de despesa, encontrados no SIP, referentes aos anos de 2002 a 2004, para as medicinas de grupo.

Tabela 16- Frequência de utilização e custo médio, por item de despesa e total, da modalidade Medicina de Grupo, de 2002 a 2004.

Itens de Despesa	2002		2003		2004	
	Freq.	C.médio	Freq	C.Médio	Freq.	C.Médio
Atendimentos Ambulatoriais	2.23	36.09	1.31	40.05	1.44	48.85
Consultas	5.29	18.51	4.50	21.40	4.59	25.06
Exames	8.65	15.56	7.71	17.35	8.32	19.58
Internações	0.15	1,558.54	0.11	2,206.06	0.13	2,348.51
Terapias	0.56	38.06	0.60	38.23	0.64	43.35
Total	3.53	31,68	2.92	37.63	3.13	42.48

Fonte : Sistema de Informações de Produtos, 31/05/2005

No “Informe de Imprensa” de agosto de 2005 da ABRAMGE, contendo Dados e Estatísticas de Medicina de Grupo, encontram-se os seguintes dados, para o ano de 2004:

- Foram 6,06 consultas/beneficiário/ano (este dado, conforme as informações contidas no próprio documento de 89,7 milhões de consultas e de 15,2 milhões de beneficiários, seria de 5,9).
- Tiveram 12,5% de taxa de internação (1,9 milhão de internações para 15,2 milhões vezes 100).
- Realizaram 60,27% de cesáreas para o total de partos.

Como pode ser visto na Tabela 19, de acordo com o SIP, foram realizadas 4,59 consultas/beneficiário/ano e 13% de taxa de internações.

Seguradoras

Na Tabela 17, encontram-se os dados de frequência de utilização e custo médio por item de despesa, encontrados no SIP, referentes aos anos de 2002 a 2004, para as seguradoras.

Tabela 17- Frequência de utilização e custo médio, por item de despesa e total, da modalidade Seguradora, de 2002 a 2004

Itens de Despesa	2002		2003		2004	
	Freq.	C.médio	Freq	C.Médio	Freq.	C.Médio
Atendimentos Ambulatoriais	1.90	41.80	1.73	47.80	1.73	50.80
Consultas	5.19	29.96	5.07	32.07	4.96	36.21
Exames	11.67	24.87	12.23	25.21	13.41	25.02
Internações	0.16	3,564.69	0.15	4,441.66	0.15	5,291.73
Terapias	1.70	24.28	1.75	26.89	1.86	30.69
Total	4.08	56.73	4.15	61.86	4.39	67.72

Fonte : Sistema de Informações de Produtos, 31/05/2005

A Fenaseg publicou o “Guia para Consulta Rápida sobre Seguros-Saúde” de onde podem ser extraídos os seguintes dados, a partir dos dados disponibilizados, referentes ao balanço social de 2002:

- foram 4,03 consultas por segurado/ano (informados 5,2 milhões de segurados para 20.961.329 consultas);
- 8,7 exames/segurado/ano;
- 2,16 exames/consulta médica;
- custo médio da consulta de 28,85;
- custo médio de exames de 21,56.

Fazendo uma pequena síntese dos dados encontrados, tem-se que:

Pelos dados gerais:

- Proporcionalmente se interna mais no setor suplementar que no SUS.
- Diferente do SUS, no setor suplementar o percentual do custo de internação está aumentando nos últimos anos.

- O setor suplementar tem um custo médio de internação muito mais alto que o SUS.
- O número de consultas por usuário no SUS (2,53) é menor que o do setor suplementar (que variou de 3,64 para as autogestões a 5,19 para as cooperativas médicas), para o ano de 2003.
- Também se realizam proporcionalmente mais cesáreas no setor suplementar, sendo 79,7 % do que no SUS que foi de 27,53%, em 2004.

Pelo Tipo de Contratação:

- A frequência de utilização é maior nos contratos individuais, seguido pelos coletivos sem patrocínio e, por último, os coletivos com patrocínio.
- Em 2004, o custo médio foi mais elevado nas internações e atendimentos ambulatoriais, para os individuais; nas terapias, para os coletivos sem patrocínio; nos exames e consultas, para os coletivos com patrocínio.

Pelo porte das Operadoras:

- O porte não diferencia a frequência de internação.
- A média de frequência de utilização e o custo médio, referentes a todos os itens de despesa, para todos os anos, é maior nas operadoras com mais de 100 mil beneficiários.
- As operadoras com mais de 100 mil apresentam frequência de utilização de exames maior que dez para todos os anos do estudo.
- O custo médio das internações tem aumentado muito nas empresas de maior porte.

Realizando, agora, uma síntese dos principais achados da produção assistencial por *modalidade de operadora*, tem-se que:

- a) Seguradora: Tem a maior frequência de utilização e o maior custo médio, quando são considerados todos os itens conjuntamente, nos três anos do estudo. Chama atenção a frequência média de utilização pelos beneficiários de exames (13,41 exames por beneficiário), terapias (1,86) e atendimentos ambulatoriais (1,73), sendo o primeiro lugar, para 2004, nestes itens. Também ocupa o primeiro lugar em comparação com as outras modalidades, na relação de exames por consulta (2,7). Com relação a internação, apresentou uma taxa de 15% em 2004. Destaca-se o elevado custo médio das internações, em 2003 e 2004, sendo mais que o dobro do segundo maior custo médio. Também tem o maior custo médio das consultas de 2004. O custo médio da totalidade dos eventos foi de 61,86 para 2003 e 67,72, para 2004, sendo o mais alto nos dois anos.
- b) Autogestão: Realizou 3,58 consultas por beneficiário e 8,16 exames por beneficiário para 2004, o que dá uma relação de 2,28 exames por consulta. Em 2003 e 2004 ocupou o primeiro lugar em frequência de utilização de internações (taxa de 20%) e o segundo na relação de exames por consulta (2,28 em 2004) e ocupou o segundo lugar no custo médio da totalidade de eventos para 2004, que foi 56,26. Seu custo médio por exames foi o mais alto de 2003 e 2004 (26,17).
- c) Cooperativa Médica: Ocupa o segundo lugar em frequência de utilização para todos os eventos de 2004 e o terceiro na relação de exames/consulta (1,7). Ocupa o primeiro lugar de frequência de utilização de consultas por beneficiário para 2003 e 2004, sendo respectivamente 5,19 e 5,18. Com relação ao custo médio para a totalidade dos eventos foi de 42,95, só não sendo mais baixo que o da Medicina de Grupo (42,48). E tem o menor custo médio de internações para 2003 (1.310,85) e 2004 (1.628,38), mas tem o segundo maior custo médio para consultas em 2003 e 2004. Internou 20% de sua população em 2003 e 19% em 2004.

- d) Medicina de Grupo: Realizou 4,59 consultas por beneficiário, o que dá uma relação de 1,8 exames por consulta. Ocupa o terceiro lugar em frequência de utilização para todos os eventos e também o terceiro lugar na relação de exames/consulta para 2004. Representa o menor custo médio para a totalidade de eventos (42,48), tendo o segundo custo médio mais elevado para as internações (perdendo apenas para as seguradoras) em 2003 e 2004. Tem o custo médio mais elevado para as terapias em 2004. É a modalidade que apresenta a menor frequência de utilização para internações, sendo de 11% para 2003 e 13% para 2004. Tem o menor custo médio de exames para os anos de 2003 e 2004, sendo de 17,35 e 19,58, respectivamente.
- e) Filantropia: Ocupa o último lugar em frequência de utilização da totalidade dos eventos (2,7) em todos os anos. Realizou 4,18 consultas por beneficiários e 6,85 exames por beneficiários o que dá a relação de 1,64 exames por consulta, sendo a menor relação exames/consulta para 2004 entre todas as modalidades. Interna 19% de sua população beneficiária. Fica com o terceiro lugar no custo médio da totalidade dos eventos e penúltimo no custo médio das internações, para 2004 (só não é mais baixo que o das cooperativas médicas). Chama atenção o custo médio dos atendimentos ambulatoriais (49,16) de 2004, que perde apenas para o das seguradoras (50,80) no ano de 2004. Mas tem o menor custo médio para consultas e terapias.

É importante destacar que existe uma diferenciação nas redes de serviços de saúde que conformam as modalidades das operadoras de saúde. As seguradoras mantêm uma vinculação com hospitais “de ponta”, com maior disponibilidade tecnológica e localizados em grandes centros urbanos. Os dados disponibilizados pela ANAHP, vistos anteriormente, mostraram que nos anos de 2003 e 2004, mais de 41% do total de internações realizados por operadoras, foram realizadas pelas seguradoras. Também já foi visto que as seguradoras não se acham responsáveis pela gestão de sua rede de prestadores, o que pode explicar a maior frequência e o maior custo médio apresentados pelas seguradoras.

Foi visto, ainda, que as cooperativas médicas têm grande distribuição territorial e que as operadoras filantrópicas, concentram seus procedimentos nos de média complexidade.

Destaca-se que os dados do SIP não conseguem apreender, ainda, a produção referente a ações de prevenção de doenças, muito presente nas preocupações assistenciais, declaradas, das autogestões.

Verifica-se, assim, que a produção assistencial das modalidades das operadoras não é muito distinta, não parecendo existir, pelo abordado, uma grande diferença de organização da atenção, entre a maioria das operadoras (exceto pelas observações já realizadas), pelo menos que pudesse ter sido apreendida pelos dados utilizados. O que existe é uma certa radicalização do modelo de atenção à saúde, que centra suas atividades em procedimentos médicos, que interna muito, que faz muita cesárea e que paga caro por isso.

Acha-se oportuno apontar a necessidade de alguns estudos, que aprofundem a verificação das diferenças organizacionais entre as operadoras, observando, pelo menos: as áreas territoriais de atuação; a complexidade das unidades hospitalares; a idade média dos grupos de usuários; a distribuição entre tipos de contratação; a realização de programas de prevenção; as diferenças entre os indicadores de atenção à saúde.

***6- O PAPEL DE INDUÇÃO DO ATOR
GOVERNO NA CONFORMAÇÃO DE
MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE:
Reações, Possibilidades e Limites***

Dentre os pensadores que mais discutiram a questão das forças sociais e suas capacidades de intervenção, destaca-se Carlos Matus. Para este autor, existe diferença entre Governar (com letra maiúscula), que significa estar no poder de Estado e governar (com minúscula), no sentido de que todas as forças sociais podem e devem planejar sua intervenção inteligente, sobre o fluxo dos fatos sociais. Mas Matus se ocupa principalmente com a capacidade de Governo (CECILIO, 1994).

Segundo MATUS (1996 b), existem diferentes visões dos diversos atores sociais que coexistem em determinada situação, que cada ator vê a realidade através de sua própria visão e que o planejamento é indispensável para que se explicitem os diferentes modos de pensar e calcular dos vários atores relevantes. Afirma, ainda, que alguns atores sociais, mesmo com uma menor fundamentação técnica, podem bloquear ou facilitar determinado plano. Entende que:

Um sistema social compreende uma rede de governos circunscritos a domínios específicos. As direções dos partidos políticos, dos sindicatos, das universidades, das forças sociais, das associações empresariais etc. governam em espaços determinados do sistema social e não dependem necessariamente do governo do Estado, mesmo que este seja o ator mais poderoso (MATUS, 1996 b, p. 50).

A maior importância que o autor confere ao ator Governo, deve-se a sua defesa da necessidade de uma coerência global em face das ações parciais dos atores sociais. Assim, afirma que “é necessária uma ação central que busque a coerência global em face das ações parciais dos atores sociais, se quisermos conduzir o sistema social rumo aos objetivos democraticamente estabelecidos pelas pessoas” (MATUS, 1996).

Reconhecendo, de certa forma, a principalidade do Governo em algumas iniciativas referentes ao modelo de atenção à saúde no setor suplementar, tentou-se identificar alguns momentos, posteriores à criação da ANS, onde estas iniciativas foram levadas a cabo e as reações provocadas nos diversos atores sociais envolvidos.

6.1- Algumas Iniciativas Governamentais na Atenção à Saúde e as Reações Provocadas

As iniciativas selecionadas foram as seguintes: a Medida Provisória n.º 2.177-43, as Diretrizes do Ministério da Saúde para o Setor Suplementar, a Resolução Normativa n.º 94 e o Projeto de Qualificação.

6.1.1- A Medida Provisória n.º 2.177 - 43

Em julho de 2001, o governo editou a Medida Provisória n.º 2.177-43 (MP-43) que continha algumas novidades com relação a MP anterior. Aqui são colocados apenas os aspectos vinculados aos aspectos assistenciais, que foram os que provocaram as maiores polêmicas:

- No artigo 12-A, era afirmado que a ANS poderia autorizar a disponibilização ou comercialização de produtos ou planos provados de assistência à saúde, com segmentação, sub-segmentações e exigências mínimas diferenciadas, além de: I - plano ou produto organizado em sistema hierarquizado e gerenciado, vedada a segmentação e compreendendo as mesmas coberturas do plano-referência previstas no Art. 10 desta lei; II - plano ou produto com preços de comercialização, reajustes e revisão e condições especiais de mobilidade dos beneficiários; III - plano ou produto com cobertura assistencial condicionada à disponibilidade dos serviços de assistência à saúde na respectiva área de abrangência. Nos parágrafos do artigo é dito que a ANS fixará todas as condições após consulta pública e que é obrigatório ter comercializado o plano-referência mais de um ano para poder comercializar os tipos de planos referidos no *caput*.
- No artigo 16, eram especificadas as categorias de planos ou produtos, sendo: I - plano de reembolso, aquele em que o usuário escolhe livremente o prestador de serviço, sendo reembolsado, nos limites pactuados, do valor despendido, não sendo permitidos mecanismos de regulação assistencial de uso pelas operadoras; II - plano de rede, aquele em que o usuário tem direito

à assistência à saúde por meio da garantia de rede de serviços pré-definida e pactuada com livre escolha de prestador de serviço dentro da relação de credenciados, cooperados ou referenciados da operadora; e III - plano de acesso, aquele em que o usuário tem direito a assistência à saúde por meio de garantia de acesso à rede hierarquizada de serviços, com mecanismos de regulação definidos pela ANS, vedado o reembolso, salvo nos casos de urgência e emergência. Era possível ter planos com as características de rede e reembolso, simultaneamente. No mesmo artigo era colocada a possibilidade de mobilidade, com condições a serem disciplinadas pela ANS.

- Outras questões tratadas pela MP eram: retirada da obrigatoriedade do registro da operadora (Art. 8º) no CRM's e CRO's sendo apenas colocado como necessário o registro do responsável técnico do prestador junto aos seus respectivos Conselhos (Art.18); e foi criado, no artigo 35-L, um Plano Especial de Adesão a Contrato Adaptado.

A Medida Provisória n.º 2.177-43, que ficou conhecida como a MP-43, provocou intensos ataques dos prestadores - principalmente da AMB e CFM - e dos órgãos de defesa do consumidor, obtendo grande destaque na imprensa.

A reação à MP-43 repercutiu fortemente no Simpósio sobre Regulamentação dos Planos de Saúde, ocorrido no Senado Federal, nos dias 28 e 29 de agosto, mesmo já tendo sido revogada nesta época.

Na planilha constante no Anexo 2, pode-se verificar as principais questões que foram colocadas como pontos polêmicos e que serão abordados a seguir:

- Os representantes dos usuários presentes no Simpósio destacaram, fundamentalmente, que consideraram a MP-43 como uma iniciativa unilateral e autoritária; que o artigo 12-A autoriza a agência a aprovar planos com subsegmentações ou exigências mínimas diferenciadas dependendo da disponibilidade dos serviços; que a MP é um retrocesso na questão da

cobertura assistencial porque possibilita a exclusão de procedimentos; que institui o médico-porteiro e a assistência gerenciada, que institucionalizaria um tipo de atendimento para restringir o acesso dos usuários aos níveis de atenção secundário e terciário. Todas estas questões foram colocadas firmemente e, ainda, foi sugerido que estas iniciativas eram devidas às pressões das operadoras. Também foi muito questionado o programa especial de adaptação dos contratos que estava proposto na mesma MP.

- Os prestadores, particularmente a AMB, fizeram críticas à subsegmentação; às restrições por área geográfica, que só possibilitariam acesso aos procedimentos existentes na região e ao plano de acesso, que possibilitaria manipulação da cobertura assistencial. A AMB destacou o Plano referência como conquista da época da edição da lei, que não poderia ser perdida. O CFM também destacou que na MP era retirada a obrigatoriedade das operadoras de se registrarem no CFM e que a hierarquização fragilizaria ainda mais os médicos e pacientes, porque criaria mecanismos bloqueadores e cerceadores dos direitos. A FBH manifestou preocupação com a instabilidade regulatória, que mudava mês a mês.
- As operadoras não fizeram muitas intervenções sobre a questão, restringindo-se basicamente ao Ciefas, que defendeu a hierarquização, apesar de afirmar que não defendia a figura de *gate keeper*.
- O legislativo destacou a necessidade da discussão e parabenizou ao executivo pela revogação da MP.
- O governo realizou uma defesa do plano especial de adesão ao contrato adaptado, que constava na MP; reconheceu que atropelou a discussão apesar de afirmar que a mesma havia existido de uma certa forma na CSS (o que foi contestado pelos outros atores); e que não havia sido entendido na sua intencionalidade. Afirmou que os pontos polêmicos virariam um projeto de lei para ser debatido amplamente pela sociedade.

A Associação Médica Brasileira fez uma edição especial do seu jornal – JAMB (Ano XVI, nº 128 de agosto de 2001) que trata exclusivamente da luta contra a MP n.º 2177-43. Nesta publicação são colocados como pontos principais:

- O envolvimento da Ordem do Advogados do Brasil, do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira, de entidades de defesa do consumidor – Fundação Procon e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor -, do Fórum de Entidades Nacionais de Defesa dos Portadores de Patologias e Deficiências, e do Fórum Nacional de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde, na reação contra a MP.
- Como pontos polêmicos são colocados: a criação do médico-porteiro, que impediria o usuário de escolher médicos, laboratórios, clínicas ou hospitais mesmo dentro da rede credenciada; a possibilidade do surgimento de planos de saúde segmentados, o que legalizou ainda mais exclusões e restrições de cobertura; o condicionamento do atendimento e da cobertura à disponibilidade de determinada área geográfica, o que impede atendimento ao usuário que precisar de um serviço inexistente na região; e a retirada da necessidade de registro das operadoras nos conselhos profissionais de saúde (CFM, Odontologia, etc.); além do fato de se forçar o consumidor a adaptar seu contrato até dezembro de 2003.
- Diz que as entidades envolvidas na luta apontam muitas perdas para os usuários de planos de saúde, com as mudanças propostas pelo governo e que têm o entendimento de que essas medidas são de interesse exclusivo das operadoras dos planos.
- O presidente da entidade, Eleuses Paiva, afirma que mesmo não estando claro no texto da MP, pode-se entender por atendimento hierarquizado que o paciente primeiro será atendido por um clínico-geral e só depois, se necessário, por um especialista. Resume dizendo que é o fim do direito de escolha do paciente e a regulamentação do sistema americano de *managed care*.

- Atribuem o recuo do governo, de revogar a MP-43, a pressão exercida pelas entidades médicas e associações de defesa do consumidor e também a atuação de parlamentares, especialmente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados.
- Fazem um chamamento para acompanharem a tramitação do projeto de lei que terá os pontos polêmicos da MP.
- Citam os seguintes jornais que se manifestaram ou divulgaram opiniões contrárias à MP: Folha de São Paulo, O Estado de São Paulo, Correio Braziliense e o Diário Popular (de SP).

O destaque obtido na imprensa pelas proposições contidas na MP-43 e sua posterior retirada, mereceram interpretações antagônicas, conforme referido por GAMA et al. (2002):

Para uns o corporativismo dos médicos, as lacunas de informação sobre a realidade assistencial do País, associadas ao poder de mobilização de determinados grupos de prestadores interessados no provimento de serviços, especialmente de diagnose, impediram o avanço do processo de regulação do mercado de planos e seguros de saúde. Outros ponderam que a legitimação de coberturas reduzidas e o processo autoritário de decisão da ANS questionaria a razão de ser da Lei 9.656/98 e o próprio Poder Legislativo. E aduzem que as mudanças propostas pela ANS tampouco seriam isentas de pressões, pois elas atenderiam aos interesses de expansão das operadoras de menor porte (GAMA et al.).

Pode não ser motivo de dúvidas a preocupação do órgão regulador de dar uma lógica mais organizativa para o setor, utilizando a disponibilidade dos serviços de saúde ou tentando estabelecer as formas relacionais (categorias de planos) entre as operadoras e os usuários. No entanto, identifica-se, pelas manifestações das entidades, três grandes questões com relação à MP:

- Não houve um processo de discussão com os atores sociais que legitimasse a colocação das questões na MP;
- A questão da autonomia no exercício profissional dos médicos quanto à escolha dos meios diagnósticos e terapêuticos é uma luta histórica das entidades médicas, assim como a livre escolha dos profissionais de saúde pelos usuários. A colocação na MP-43 da disponibilidade regional e da hierarquização com a utilização de mecanismos de regulação, colocou na arena política questões que são muito “caras” aos profissionais de saúde, e a reação era, de certa forma, esperada;
- Finalmente, a explicitação da possibilidade da subsegmentação, mesmo que não fosse permitida a limitação quantitativa de procedimentos e a exclusão de doenças, sempre foi uma reivindicação do mercado operador (exceto as autogestões), o que também mereceu uma reação das entidades vinculadas aos usuários e prestadores.

6.1.2- As Diretrizes do Ministério da Saúde para o Setor Suplementar Apresentadas no Fórum Nacional

Após receber críticas por não ter se posicionado na primeira etapa do Fórum, o Governo, através do Ministério da Saúde, apresentou suas diretrizes para o setor, através de um documento composto por três grandes blocos de questões: aspectos da atenção à saúde, aspectos econômico-financeiros e aspectos institucionais (ANEXO 3).

Com relação aos aspectos da atenção à saúde, foram apresentadas quatro diretrizes:

Diretriz 1 - A saúde suplementar tem sua atuação no campo da produção da saúde.

Diretriz 2 - A saúde suplementar deve observar os princípios da integralidade da atenção (na segmentação contratada), da resolutividade e da qualidade dos serviços prestados.

Diretriz 3 - Quanto à cobertura assistencial, não será permitida a subsegmentação.

Diretriz 4 - O modelo de atenção à saúde na suplementar deve adotar medidas de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças.

As reações das diversas representações presentes na segunda etapa do Fórum encontram-se na planilha que compõe o ANEXO 4.

Com relação à diretriz 1, que trata do Campo de Produção da Saúde, houve dúvidas quanto o que estaria contido no campo da produção da saúde, existindo manifestações desde que a amplitude do enunciado pudesse incorporar questões como meio-ambiente, saneamento e alimentação, feita pela UEME ou que a amplitude era quase inatingível, feita pela SINAMGE, até dúvidas de como instituições financeiras poderiam se comprometer com a produção da saúde, feita por intelectual da saúde. Houve sugestões para desdobramentos do enunciado, colocando-se termos como “prevenção, promoção e proteção à saúde”. Mas houve manifestações favoráveis, particularmente de usuário (FARBRA), gestor municipal e intelectuais (vinculados à FIOCRUZ) no entendimento que o enunciado é para que as operadoras saibam que tratam com a saúde. Também houve explicitação, particularmente das seguradoras, afirmando não serem gestoras de saúde. O SINAMGE afirmou que seria mais adequado utilizar o termo garantia para eventos cobertos nos contratos do que produção da saúde.

Com relação à diretriz 2, que aborda a questão da integralidade, resolutividade e qualidade, o SINAMGE afirma que se deve trabalhar com os critérios de qualidade e resolutividade, mas que sem o equilíbrio econômico-financeiro o sistema não sobreviverá. No grupo dois, a discussão foi mais acirrada, tendo sido feita uma interligação da questão da integralidade com a questão da subsegmentação. A questão da integralidade foi muito permeada pela ótica dos custos, ou seja, quanto maior a cobertura mais caro o plano. Houve ainda manifestação sobre a diferença entre a integralidade legal e a contratada (UNIDAS), que seria a aplicada no setor, mas também houve manifestações de que a integralidade era inaplicável ao setor porque era um papel tipicamente estatal (PEDRO BARBOSA), ou que era ilusória (ADUSEPS).

Na diretriz 3, as entidades tiveram um posicionamento mais claro. Foram contrários à subsegmentação: o CONASEMS (fortemente contrário), BRASILCON (defesa da diretriz), PRO TESTE (é inviável para a maioria dos consumidores), ANAHP (não há necessidade), IDEC (não admite a subsegmentação por doenças e procedimentos), AMB (porque perpetua problemas já existentes e impede a atenção integral), CUT (contra inclusive a segmentação da lei), Confederação dos Médicos do Brasil (impede a integralidade e fere a consciência ética e profissional), ADUSEPS (a indicação médica é soberana), PROCON SJC (segmentação política e imediatista, transforma o problema de saúde em conquista de mercado) e CAT (a subsegmentação não interessa porque não precisa de planos com pequena cobertura para o interior). São contrários à diretriz, ou seja, são favoráveis a subsegmentação: SINAMGE (que propõe inclusive um novo termo, progressividade), FENASEG (não permitir a subsegmentação pode ser uma oportunidade perdida e que a subsegmentação permitiria oferecer ao mercado produtos ao alcance dos consumidores). Enfim, a subsegmentação é defendida pelas operadoras e obtém forte reação por parte dos usuários e prestadores.

A diretriz 4, referente à promoção à saúde e prevenção e controle de doenças, foi a que mobilizou maiores manifestações do grupo de diretrizes de atenção à saúde. De uma forma geral, não se questionou a importância e validade da diretriz. O que foi questionado, mais uma vez, foi a questão do custo, tendo sido demandados estudos para saber quanto custa prevenir; foi solicitado que se fizessem seminários de divulgação de experiências e os usuários defenderam que as práticas de promoção e prevenção deveriam ser obrigatórias. Houve uma manifestação contrária à obrigatoriedade da adoção de medidas de prevenção (IBA), mas aquelas operadoras que já as praticam, deveriam ser incentivadas a continuarem. Foi feito um apelo (pela Aliança Cooperativista) ao CFM para que não fosse impedida a colocação do CID, porque isso impede o conhecimento da população usuária.

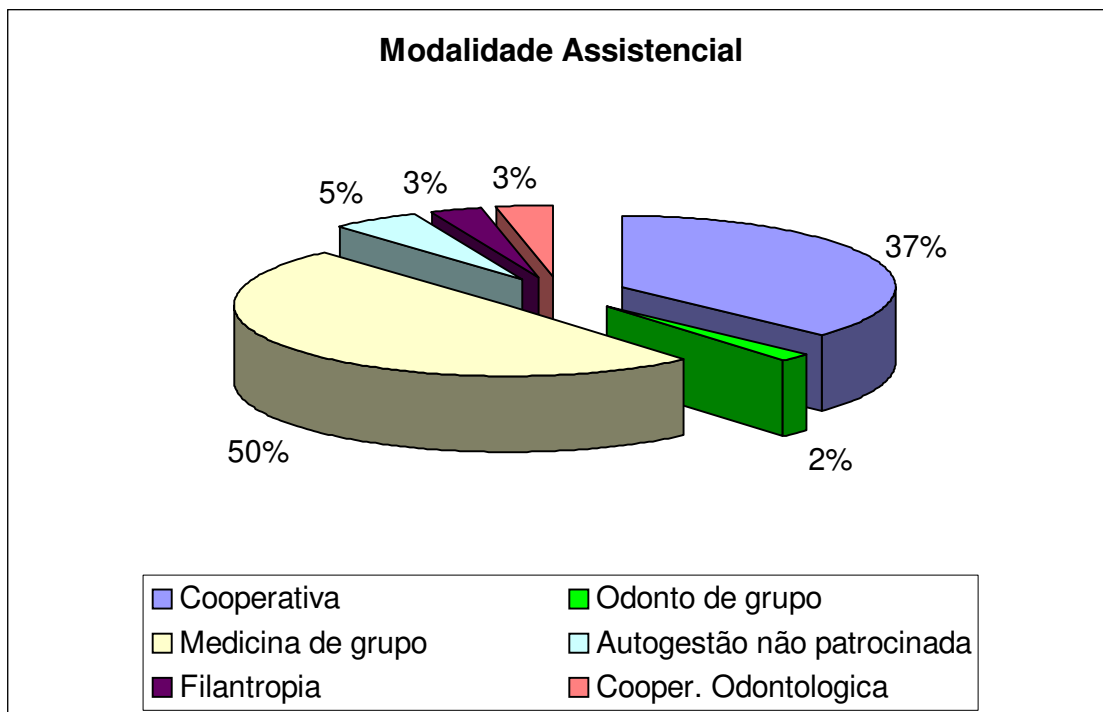
Na discussão deste bloco de questões também foram colocados como importantes: a discussão da assistência farmacêutica (FARBRA, ABRH, Aliança Cooperativista, PROCON SP, UNIDAS), do acompanhamento de doenças crônicas (ABEMID) e a incorporação tecnológica (CONASEMS, ABEMID, UNIDAS, ASSPRESS, SINAMGE, AMB, CUT, CMB).

6.1.3- Resolução Normativa da ANS nº 94/05

A Resolução Normativa - RN nº 94, de 23 de março de 2005, da ANS, dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco, condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. A Diretoria de Normas e Habilitação do Produtos publicou a Instrução Normativa nº 10, estabelecendo os procedimentos de apresentação e critérios para avaliação dos programas. Dentre as determinações consta que as operadoras devem realizar, no mínimo, um programa em, pelo menos, duas linhas de cuidado.

Consta, no Anexo II do roteiro da IN, a seguinte definição de Linha de Cuidado: Entende-se como linha de cuidado as tecnologias ou recursos a serem consumidos durante o processo de assistência ao beneficiário nas diversas etapas do processo de produção da saúde: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, operando vários serviços e funcionando de forma articulada. As linhas de cuidado escolhidas foram aquelas consideradas prioritárias no projeto de qualificação da Saúde Suplementar: saúde materno-infantil, saúde bucal, e cuidado aos pacientes portadores de transtornos cardiovasculares e neoplasias.

Os percentuais das operadoras por modalidade que enviaram programas estão colocados no Gráfico 6. Foram enviados 586 programas de promoção à saúde e prevenção de doenças nas cinco linhas de cuidados (Gráfico 7). O número de programas não é igual ao número de linhas porque, por exemplo, uma operadora pode enviar cinco programas em apenas duas linhas de cuidado.



Autogestão = 11 operadoras

Cooperativa Médica = 76 operadoras

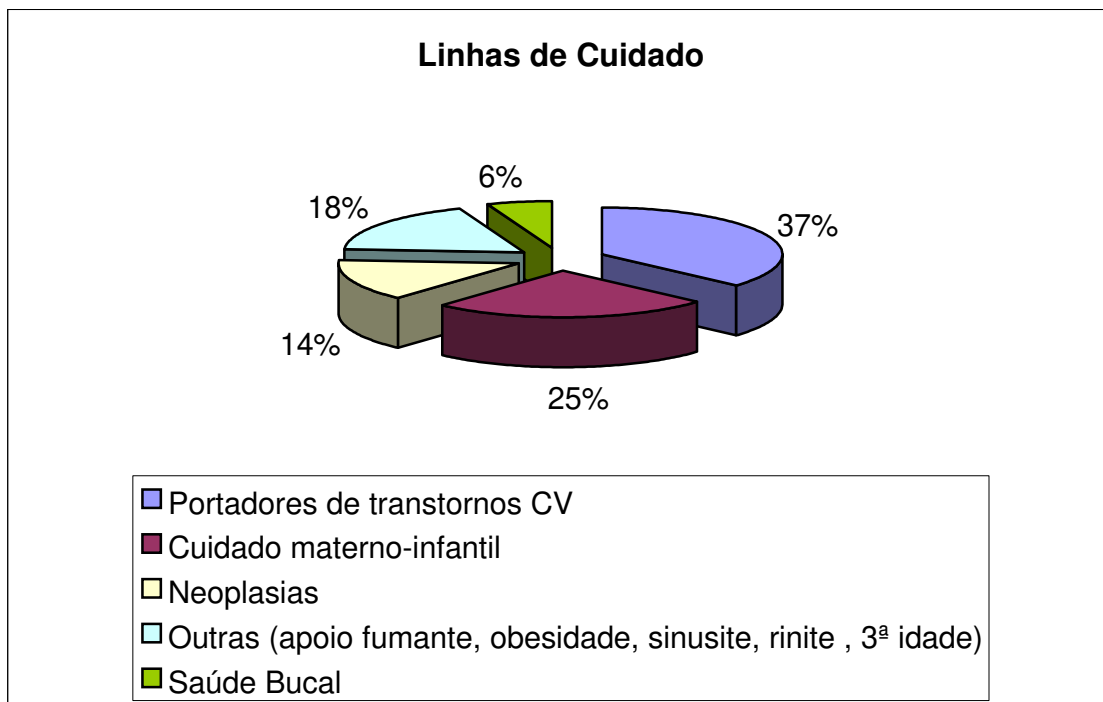
Cooperativa Odontológica = 7 operadoras

Filantropia = 6 operadoras

Medicina de Grupo = 103 operadoras

Odontologia de Grupo = 4 operadoras

Gráfico 6- Percentual das modalidades de operadoras que enviaram programas de prevenção, referentes à RN n.º 94, em 2005.



Portadores de transtornos cardiovasculares = 162

Cuidado Materno-Infantil = 111

Saúde Bucal = 26

Neoplasias = 64

Outras = 79

Gráfico 7- Percentual das Linhas de Cuidado enviadas pelas operadoras referentes aos programas de prevenção da RN n.º 94, em 2005.

Assim, foram envolvidas 207 operadoras para o oferecimento de programas de prevenção. Nesta iniciativa governamental para incentivar as operadoras no desenvolvimento de práticas voltadas para a atenção à saúde, existe o viés econômico, mas que não empana a legitimidade da medida.

6.1.4- Programa de Qualificação

Através deste programa, a ANS está propondo uma nova perspectiva da regulação, estabelecendo parâmetros de qualificação dos Planos de Saúde, com o objetivo de melhorar os serviços prestados pelo setor. Com este programa, a ANS pretende realizar uma avaliação permanente da qualidade dos serviços prestados pelas operadoras. Com a utilização de seu banco de dados (que são fornecidos pelas operadoras), a Agência construiu indicadores e montou um Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Para compor o IDSS foram selecionadas quatro dimensões, com pesos diferentes dentro da composição do índice: qualidade da atenção à saúde, representando 50%; qualidade econômico-financeira, com 30%; qualidade de estrutura e operação, com 10% e satisfação dos beneficiários, representando 10%. O maior peso destinado para a dimensão da atenção à saúde, foi devido a intencionalidade de se induzir mais fortemente o modelo assistencial, com a compreensão de que esta dimensão não tinha sido priorizada até o momento, o que ocorreu com a dimensão econômico-financeira.

Quanto aos indicadores de atenção à saúde, o programa propõe que sejam utilizados aqueles voltados para a avaliação dos aspectos relativos à prevenção em saúde, à atenção ambulatorial e hospitalar e aos impactos na mortalidade dos beneficiários dos planos de saúde. Além disso, propõe-se focalizar a atenção em quatro grandes e importantes linhas de cuidado na saúde suplementar: a linha materno-neonatal, a da saúde bucal e as referentes ao cuidado dos pacientes portadores de câncer e transtornos cardiovasculares.

Os indicadores propostos para avaliação da qualidade da atenção à saúde no setor suplementar são os seguintes: Taxa de Internação por Amputação Membros Inferiores por Diabetes Mellitus; Taxa de Internações por Diabetes Mellitus; Taxa de Internações por Infarto Agudo do Miocárdio; Taxa de Internações por Doenças Cérebrovasculares; Letalidade por Infarto Agudo do Miocárdio; Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus; Taxa de Mortalidade por Doença do Aparelho Circulatório; Taxa de Mortalidade por Causas Mal Definidas; Taxa de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares; Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio; Taxa de Mortalidade Materna; Taxa de Mortalidade Neonatal Total; Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce; Taxa de Mortalidade

Neonatal Tardia ; Taxa de Prematuridade; Taxa de Natimortalidade; Taxa de Internações por Complicações no Período de Puerpério; Taxa de Internação por Transtornos Maternos na Gravidez; Taxa de Citologia Oncótica de Colo de Útero; Taxa de Mamografia; Taxa de Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes; Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Colo do Útero; Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Mama Feminina; Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Próstata; Taxa de Internações por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto; Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Mama Feminina; Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Próstata; Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Colo de Útero; Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna de Cólon e Reto; Taxa de Parto Cesáreo; Taxa de Cobertura de Consulta Odontológica Inicial; Índice de Procedimentos Preventivos Odontológicos; Índice de Procedimentos de Dentística; Índice de Procedimentos Endodônticos; Índice de Procedimentos de Periodontia; Índice de Cirurgias Odontológicas Ambulatoriais; Índice de Exodontias.

Foi pensado que os indicadores de atenção à saúde, como os demais, seriam exigidos progressivamente, sendo nove na primeira fase, acrescidos de mais 18 na segunda e mais 14 na terceira fase. O total será de 39 indicadores de atenção à saúde porque dois indicadores da primeira fase serão retirados (taxa de internações por transtornos maternos na gravidez e taxa de internações por complicações no período do puerpério) e substituídos por outros a partir da segunda fase.

A intenção da ANS é realizar a divulgação dos índices como forma de estimular o aprimoramento da qualidade das operadoras.

Ao ser lançado, em 2 de dezembro de 2004, o programa de qualificação do setor suplementar carregava uma expectativa de representar um local de encontro para os interesses antagônicos dos atores sociais do setor. Afinal, a qualificação da atenção é um local de difícil negação por qualquer um dos atores.

No momento do lançamento do programa, as atenções referentes ao setor estavam voltadas para a venda da carteira da Interclínicas. A divulgação ocorrida no dia 3 de dezembro deu destaque ao *ranking* que estava sendo elaborado e obteve destaque nos seguintes jornais: O Globo – RJ, Extra-RJ (“Planos de saúde serão avaliados”), O Dia – RJ

(“Ranking de plano de saúde”), Folha de SP (“Governo ranqueia plano sem prever punições”), Diário de São Paulo (“Mais uma ferramenta para o usuário”), Hoje em Dia – MG (“Planos de saúde serão avaliados”), A Tarde – BA (“Operadoras de saúde terão ranking”), Diário do Nordeste – CE (“ANS cria ranking de planos de saúde”); e Jornal do Comércio – PE (“ANS fará ranking para classificar planos de saúde”).

A discussão da metodologia da primeira fase do programa aconteceu na CSS no dia 01/03/2005. Houve as seguintes manifestações das entidades, conforme ata da CSS:

- FENASEG – registrou ser favorável ao projeto, defendeu o debate e a troca de informações entre os atores sobre o projeto, e ressaltou a preocupação da Federação com a divulgação dos dados. Disse que nesta primeira etapa não era possível garantir a confiabilidade e segurança total dos dados e que a divulgação era tarefa afeta a instituições especializadas em *rankings*, que poderiam, inclusive criticar a estruturação do projeto com risco para sua credibilidade. Referiu, ainda, preocupação com a dimensão assistencial porque as seguradoras não conseguiam obter as informações dos prestadores. Disse que a Federação constituiu alguns grupos de trabalho para analisar as dimensões do projeto e propor alternativas e indicadores. Alertou que a publicação do índice por operadoras representava um grande risco pela complexidade do projeto e pelo alto custo de erros eventuais para o beneficiário.
- O CNS – destacou a importância da divulgação do ranking e manifestou curiosidade sobre a elaboração do indicador de satisfação do beneficiário, defendendo que a metodologia deveria ser a mais confiável e transparente possível.
- O SINAMGE – manifestou apoio ao programa mas afirmou que persistiam algumas dúvidas sobre alguns indicadores e registrou que a divulgação do *ranking* trazia preocupações porque a “utilização equivocada dos dados poderia abalar a credibilidade das empresas e trazer prejuízos para o setor”.

- A UNIMED – manifestou preocupação pelo projeto não ter considerado a peculiaridade dos segmentos do setor, dizendo que, nas cooperativas, a despesa assistencial deveria ser maior que nas outras operadoras, porque não buscavam retorno do patrimônio líquido. Criticou o indicador de satisfação do beneficiário e manifestou preocupação com a proposta de divulgação do *ranking* que poderia abalar a credibilidade das operadoras e incentivar a saída de usuários. Reconheceu que a agência tinha competência legal para levantar informações sobre a atuação das operadoras, mas tinha dúvidas quanto à oportunidade e conveniência da divulgação dos dados.
- A UNIDAS – manifestou apoio ao projeto, mas disse ser necessário ter cautela na publicação dos dados pelo risco de inquietude aos beneficiários e ao setor.
- A Confederação das Santas Casas de Misericórdia - reconheceu a importância do projeto e perguntou se haveria alguma auditoria externa já que os dados seriam fornecidos pelas empresas. Manifestou-se contrário à divulgação dos resultados porque ainda eram necessários alguns ajustes, mas se fosse feita, que se impedisse a utilização dos dados com fins publicitários.
- A ADUSEPS - questionou o objeto do programa, discordou da metodologia do indicador de satisfação de beneficiários e disse que a qualificação só seria possível com a definição da questão da adaptação.
- A UNIODONTO – disse que as cooperativas possuíam um modo operacional próprio e que o projeto deveria levar isso em consideração além da necessidade de uma maior transparência na elaboração do programa. Destacou que uma divulgação próxima parecia uma medida precipitada que traria danos para o mercado e para a Agência.
- A ANS/DIGES - informou que a divulgação era uma questão estratégica e que seria feita com grande responsabilidade. Disse que a segurança, a consistência e a flexibilidade pautariam o processo de qualificação do setor.

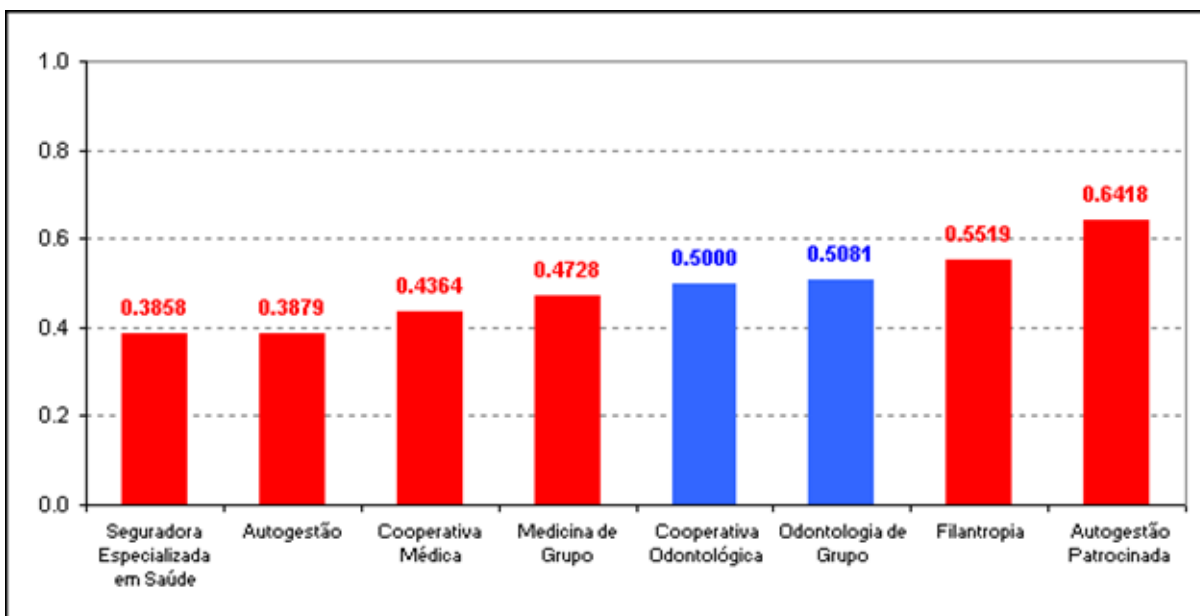
Ressaltou a necessidade de se discutir algumas peculiaridades em grupos técnicos e que cada indicador possuía uma ficha técnica que estava divulgada no sítio da ANS.

Como pode ser visto, a grande preocupação das operadoras é a questão da divulgação dos dados. Esta preocupação também foi manifestada através de uma correspondência, datada de 10 de março de 2005, assinada pela CMB, FENASEG, ABRAMGE, UNIDAS, UNIMED do Brasil, SINOGE e UNIODONTO, que aborda as seguintes questões:

- reconhecem o esforço e a boa intenção do projeto para elevar os padrões de qualidade da atenção no setor;
- dizem ser louvável a integração das informações sobre saúde dos setores público e privado;
- a estrutura e a metodologia estão merecendo aperfeiçoamentos tanto nos fundamentos quanto no produto final pretendido;
- que não existe no país projeto de ranking cujo desenvolvimento e implantação estejam a cargo de órgão ou entidade da administração pública, direta ou indireta;
- que nos setores onde há *rankings* publicados por instituições privadas e não governamentais, estes são vários;
- que não entendem ser papel da ANS pronunciar-se publicamente sobre quais seriam as melhores empresas;
- que esta publicidade constituirá infração de ordem econômica porque prejudica a livre concorrência e a livre iniciativa, sendo esta prática anti-concorrencial;

- que o pronunciamento público da ANS terá impacto considerável não só junto ao mercado operador, mas também poderá induzir os consumidores à troca ou aquisição de contratos baseados nos resultados publicados pela Agência e, ainda, pode ter más interpretações na mídia, com consequência mercadológicas negativas;
- que é muito grande a responsabilidade da ANS com o *ranking* porque se o consumidor basear sua escolha nele e depois se sentir lesado, pode atribuir à ANS os prejuízos que possa ter;
- que o projeto não foi submetido a discussões anteriores através de grupos de trabalho ou câmaras técnicas ou consulta pública;
- que a estrutura e a metodologia não foram devidamente esclarecidas ao mercado operador e que o tempo que tiveram para avaliar os indicadores foi muito curto;
- que vão contratar um escritório de consultoria especializada em qualificação à saúde;
- e diante de tudo que foi exposto, requerem a suspensão imediata de qualquer providência relativa à implantação do programa até a avaliação da consultoria especializada e posterior debate em Câmara Técnica.

Houve uma primeira divulgação dos dados, em 03 de maio de 2005, apresentando o IDSS por porte e modalidade, utilizando os dados referentes a 2003. A distribuição do IDSS por modalidade pode ser vista no Gráfico 8.



Fonte: CADOP - Cadastro de Operadoras - ANS/MS - Fev/2005

SIB - Sistema de Informação de Beneficiários - ANS/MS - Jan/2005

Gráfico 8- Distribuição do IDSS por modalidade de operadoras de planos de saúde, referente a 2003

Também foi realizada uma segunda divulgação de dados, referente ainda a primeira etapa, desta vez com os dados de 2004, na reunião da CSS de 13/12/2005. A ANS assumiu a estratégia de não divulgar ainda o IDSS de cada operadora, optando pela divulgação dos dados gerais, como feito na primeira divulgação, mas acrescentando listas das operadoras que não enviaram dados ou que enviaram dados de forma incompleta. Com relação aos indicadores de atenção à saúde, para o ano-base de 2004, foi acrescido o indicador “proporção de parto cesáreo” e também foram acrescentadas várias críticas ao processo de análise.

A segunda divulgação obteve os seguintes comentários por parte dos participantes da Câmara:

- alguns questionamentos iniciais com relação aos indicadores econômico-financeiros feitos pela FENASEG e CNS.

- SINAMGE - louva a decisão da ANS de não publicar as notas das empresas porque considera que o processo está em construção e que não seria benéfico ao mercado de forma geral qualquer tipo de comunicação, pois poderia induzir a algum engano de avaliação da população.
- ADUSEPS - diz que a ANS deveria dar um selo de qualificação às empresas que cumprissem com as normas. Lamenta o fato de não haver a divulgação das notas por empresa.
- UNIMED - parabeniza a agência pela cautela e responsabilidade no manuseio das informações e diz que se os próprios membros da Câmara têm várias dúvidas, muito mais teriam as pessoas que dela não fazem parte e que não teriam a capacidade de entendimento e compreensão do trabalho que está sendo feito pela Agência.
- PROCON SJC - pergunta quando os dados da qualificação se tornarão públicos para que o consumidor possa efetivamente conhecê-los. Diz entender a cautela mas que gostaria de ter essa informação para ter uma previsão efetiva de quando que os consumidores poderão ter essa qualificação. Afirma que, como o órgão de defesa do consumidor, não pactua com nenhum selo de qualidade, considerando a metodologia da qualificação mais adequada.
- FENASEG - questiona o peso destinado à dimensão econômico-financeira comparada com a dimensão da Atenção à Saúde, afirmando que não se faz promoção à saúde sem que tenha um financiamento e uma estrutura econômica que sustentem esse programa. Continua questionando os indicadores da dimensão econômico-financeira, afirmando que eles não são comparáveis, porque não se tem um índice de solvência para fazer essa comparação, e em nenhuma hipótese se vai conseguir saber se uma operadora é mais solvente do que a outra, se economicamente ela tem condição de estar provendo seu serviço.

- CFM - manifesta-se favorável a que se seja cuidadoso na divulgação dos dados que um dia certamente virão à público, mas sem um estardalhaço que não leva a nada.
- MS - diz que o Programa de Qualificação desenvolveu uma tecnologia para avaliação que é inusitada do ponto de vista de avaliação do setor. Reconhece que isso pode ter muita repercussão, mas o que é importante destacar é que foi constituída uma metodologia de avaliação que tem consistência, em que pese ter um conjunto de questões a serem melhor esclarecidas, mas tem capacidade de divulgar o resultado desse processo de avaliação. Propõe a divulgação, não dos resultados, mas inicialmente da metodologia e do que significa a avaliação do setor, da repercussão que se pode ter com o processo de avaliação. Destaca que pela forma como se constituiu e por sua relevância e qualidade, este processo de avaliação traz componentes até para os demais órgãos, agências e órgãos reguladores.
- PRO TESTE - reconhece que a ANS avançou muito, o trabalho que vem sendo desenvolvido tem sido um trabalho incansável, e apesar de entender que há muito ainda para fazer, entende que o caminho já está aberto. Manifesta-se contrária a adoção de um selo de qualidade.
- FBH - cumprimenta a ANS pela não publicação do conjunto de informações na imprensa. Acredita que a ANS já tem muita carga de atribuições e não cabe à agência, também, estar fazendo uma publicação na mídia sobre ranqueamento das operadoras.
- ANS (diretor-presidente): O fato de ter colocado nesse momento esse formato de divulgação, não significa que a ANS abriu mão de continuar dando passos sucessivos, no sentido da qualificação do setor e de uma política de uma maior transparência na operação do setor como um todo.

A partir da verificação de algumas posições dos atores sociais em situações colocadas em uma linha temporal, é possível identificar as invariantes que compõem o seu código operacional, e assim, compor o marco ético-ideológico de cada ator, ou seja, os valores, idéias e ações que ele admite ou rejeita (MATUS, 1996). Não se quer afirmar com isso que as posições assumidas pelos atores sociais sejam imutáveis.

Desta forma, pelo que foi visto, pode-se concluir que os atores sociais reagem às iniciativas governamentais com relação à organização da atenção à saúde, como reagem a qualquer iniciativa, de qualquer ator, sobre qualquer questão: a partir de sua própria visão, ou de seu marco ético-ideológico. O importante é que se criem mecanismos para que estas visões sejam explicitadas e, a partir daí, ocorrerem momentos de negociação nas questões possíveis, possibilitando mudanças de posições.

6.2- Alguns Limites

Poderiam ser identificados alguns limitantes para a implementação de ações voltadas para a organização da atenção à saúde:

- Falta de clareza do governo sobre qual lógica organizacional deveria calcar sua iniciativas reguladoras;
- Dificuldade do governo de uma atuação coordenada em torno de um mesmo projeto;
- Não se garantir espaços democráticos de discussão com os atores sociais;
- A falta de acúmulo do setor suplementar na área da atenção à saúde, que dificulta a adoção de uma taxonomia que seja igualmente compreendida por todos os atores da mesma maneira;
- O viés econômico-financeiro que está sempre presente em qualquer discussão do setor;

- A falta de homogeneidade da direção da ANS na compreensão de que se deve atuar prioritariamente na regulação assistencial;
- A dificuldade ainda existente de articulação entre a ANS com o MS.

6.3- Algumas Possibilidades

CECÍLIO (2001), abordando a questão da iniquidade, diz que ela pode ser trabalhada em vários espaços: o geral, o particular e o singular. Na configuração do SUS, diz que no espaço geral são formuladas e definidas as diretrizes da política de saúde, situando neste espaço o MS; o espaço particular poderia ser situado nos municípios, em particular nos gestores locais do sistema; e o espaço singular, seria aquele dos serviços de saúde.

Fazendo uma adaptação destes espaços para o setor suplementar e adequando-os enquanto espaços dos seus atores sociais, se teria, como tentativa de se criar uma organização de atenção à saúde, no setor suplementar, voltada para atender as necessidades dos usuários:

- Espaço geral – ANS - assumindo o papel de coordenação no estabelecimento de uma coerência no setor, no estabelecimento de políticas adequadas e ações para a implementação de uma lógica organizacional de atenção à saúde com todos os seus componentes e realizando a indução dos outros atores;
- Espaço particular – Operadoras - assumindo seu papel de gestores de saúde, propiciando ao seu usuário, o acesso e consumo de todas as tecnologias necessárias, dentro de linhas de cuidado baseadas em seu perfil epidemiológico;
- Espaço singular - Prestadores – organizados dentro da lógica da integralidade, estabelecendo vínculo entre profissionais de saúde e usuários, com o compromisso de resolutividade ; e
- Espaço individual - Usuários – construindo graus crescentes de autonomia, informando-se, educando-se e participando ativamente de ações de promoção e prevenção.

Alguns pontos podem ser considerados positivos para o avanço da discussão da atenção à saúde, no setor suplementar:

- A compreensão de um grupo de sanitaristas de que o setor suplementar, como campo de produção da saúde, pode avançar na organização de seus serviços;
- A adoção da qualificação como uma política, do ponto de vista de parte da direção da ANS;
- As iniciativas de promoção à saúde e prevenção de doenças foram bem recebidas pelos atores sociais do setor.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando a consideração, feita por MINAYO (2004) e já colocada neste trabalho, de que nas conclusões das pesquisas devem existir indicações para se alcançar as mudanças pretendidas, é que se gostaria de enfatizar algumas questões já abordadas ao longo desta investigação:

1. O setor suplementar caracteriza-se como signo oposto ao SUS, no que diz respeito aos seus três grandes princípios: universalidade, equidade e integralidade. Viu-se que o setor suplementar tem acesso restrito porque é feito por pagamento, é iníquo porque oferece diferenciações de atendimento e qualidade àqueles com maior capacidade de pagamento, e não é integral porque é organizado através de uma lógica de segmentação (ambulatório, hospitalar com ou sem obstetrícia e odontológica).

2. No entanto, o que é vendido no setor suplementar é a possibilidade de acesso a determinadas tecnologias (duras, leve-duras e leves) características do setor saúde, que é caracterizado constitucionalmente como de relevância pública. Desta forma, o setor está inscrito dentro do campo de produção da saúde.

Mesmo se inscrevendo dentro do campo de produção da saúde, o setor suplementar de atenção à saúde é permeado por uma lógica econômica e composto por atores com interesses antagônicos. Adotando uma lógica majoritariamente econômico-financeira, estes atores situam-se imperfeitamente no campo da saúde. O ator governo é fundamental para que ocorra a mudança de papéis dos atores sociais componentes do setor suplementar, de uma lógica econômico-financeira para uma assistencial.

3. Quando os atores sociais do setor suplementar se comportam como se estivessem dentro de um campo exclusivamente econômico, perdem a racionalidade e a “alma” de se atuar no campo de produção da saúde, e se posicionam: Operadoras como se não fossem responsáveis pela saúde de seus usuários; Prestadores apenas como demandadores de procedimentos, atuando de forma desarticulada; Usuários como consumidores que nem conhecem o conteúdo de seus contratos.

4. O setor tem um modelo assistencial médico-hegemônico e procedimento centrado, com uma assistência dividida por segmentos (ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia e odontológico) e pouca prática de ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde. Independente da atenção à saúde ocorrer no setor público ou suplementar, o que deve ser garantido é a lógica do cuidado à saúde. Para garantir uma articulação entre os setores público e privado, deve haver o estabelecimento de uma agenda entre o Ministério da Saúde e a ANS.

5. Com relação aos questionamentos inicialmente colocados pela investigadora:

5.1. A organização de atenção à saúde no setor suplementar tem especificidades?

Viu-se que o setor suplementar tem como características atuais, ser restritivo, não integral e iníquo, o que o diferencia drasticamente do SUS. Algumas outras características organizacionais podem ser destacadas: a existência de um rol de procedimentos como cobertura mínima e obrigatória; a existência de oferecimento de assistência por segmentação (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia e odontológica); ser permeado por uma lógica econômica muito forte que impacta na taxonomia utilizada; a existência de sistemas de informação praticamente restritas às questões econômico-financeiras; ainda pouca utilização de práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças; pouca utilização de outros saberes profissionais, que ficam restritos aos médicos e dentistas; inexistência de critérios para organização de rede; desconhecimento do perfil epidemiológico de sua população, o que dificulta o acompanhamento de doenças crônicas ou estabelecimento de linhas de cuidado. Além destas questões, existe uma radicalização, no setor, do modelo médico-hegemônico e procedimento centrado, sendo mais caro, internando mais, realizando mais cesáreas, do que o SUS.

5.2. Os atores sociais do setor suplementar se reconhecem como participantes do campo de produção à saúde?

O reconhecimento de pertencer a este campo, implicaria em um maior comprometimento em viabilizar, minimamente, uma organização de atenção à saúde com algumas características como, pelo menos: existência de uma rede de serviços articulada, desenvolvimento de algumas ações de promoção e prevenção; ter informações assistenciais, ter vários saberes tecnológicos disponíveis, conhecimento do perfil de morbi-mortalidade das populações e um sistema de avaliação. O reconhecimento também exige um certo grau de responsabilização introjetada em cada ator, ou seja, de se sentir responsável pela produção da saúde em sua esfera de atuação. Assim, com relação às operadoras, o que se percebe é que apenas as autogestões se sentem responsáveis pela gestão da saúde de seus usuários e que as seguradoras fazem questão de enunciar que não são gestores de saúde, posicionando-se como pólo oposto às autogestões. Um outro aspecto relacionado a este reconhecimento é a compreensão de que o setor suplementar deve estar subordinado a política geral da saúde do País e, portanto, estar submetido ao Ministério da Saúde (MS). De novo, o que existia antes da regulamentação era que as autogestões defendiam a vinculação ao MS e as seguradoras ao MF.

Os prestadores mostram-se descomprometidos com a idéia: de uma rede organizada, que poderia utilizar vários saberes profissionais; de lançarem mão de tecnologias leves; de realizarem práticas de prevenção do maior risco; de mostrar em vínculo com seus usuários; de manterem um sistema de informações assistenciais e primarem pela qualidade.

Os usuários estão mais preocupados com informações financeiras, têm uma lógica médico-centrada e demandadora de procedimentos/cobertura em momentos agudos e entendem que a promoção/prevenção está fora de sua governabilidade.

Verifica-se desta forma, a imperfeição destes atores para se reconhecerem como constituintes do campo de produção da saúde.

5.3. Qual lógica organizacional de atenção à saúde os atores sociais tentam imprimir ao setor?

As operadoras tensionam sempre pela subsegmentação; entendem que qualquer ampliação de cobertura, assim como as ações de promoção e prevenção, deveriam estar necessariamente vinculadas a um correspondente aumento de contraprestação pecuniária para se contrapor aos gastos; reconhecem que as ações de promoção e prevenção ainda não fazem parte de sua realidade; a incorporação tecnológica é tida como necessária, mas é utilizada de forma inadequada, com desperdícios, existindo uma demanda para sua regulamentação; a multiprofissionalidade não é tema da agenda das operadoras; o acompanhamento de doenças crônicas é apenas referido superficialmente pelas autogestões; as informações são citadas mais como uma demanda exagerada da ANS e passam longe de uma discussão mais consistente de informações assistenciais; a qualidade é referida como necessária e com relação à avaliação, não é assunto que as mesmas tenham manifestado interesse.

As autogestões assumiram um discurso mais articulado com a produção da saúde, enquanto as seguradoras dizem que não podem realizar ações de promoção e prevenção, não podem ter rede articulada e que não são gestores de saúde.

Os **usuários**, por seu lado, manifestam-se fortemente contrários à subsegmentação e mesmo à segmentação, fazendo uma defesa da ampliação da cobertura, e do plano-referência; defendem a obrigatoriedade de campanhas de promoção e prevenção; defendem a necessidade da educação médica para o enfrentamento da questão da incorporação tecnológica; reconhecem que a multiprofissionalidade não está colocada na sua agenda e que os doentes crônicos são discriminados no setor; ainda estão muito restritos às informações econômico-financeiras, apesar de reconhecerem a necessidade de uma articulação com os indicadores do MS.

Os **prestadores hospitalares** defendem a flexibilização dos produtos; assumem a necessidade de uma mudança com relação às ações de promoção e prevenção, mas consideram necessário, inicialmente, haver uma fidelização dos clientes, porque essas ações implicam em custos; defendem a livre escolha e a necessidade de se estabelecer

critérios de equivalência para a rede hospitalar; defendem a necessidade de uma melhor formação profissional para se enfrentar a Incorporação tecnológica e que se deveria adotar as diretrizes da AMB; não se posicionam quanto ao acompanhamento de doenças crônicas nem quanto a necessidade de multiprofissionalidade no setor; dizem da necessidade de existir uma padronização entre operadoras e prestadores, quanto às informações; defendem a existência de regras para a qualidade e acreditação de prestadores, além da necessidade de um sistema de avaliação isento.

Os **prestadores médicos** são contrários à subsegmentação; são favoráveis à ampliação da cobertura, com cobertura integral da CID, apesar de entenderem que custa caro; não houve manifestação quanto às ações de promoção e prevenção; defendem a livre escolha com o reembolso para combater o descredenciamento injustificado, posicionando-se favoráveis ao credenciamento universal; dizem que os médicos não são responsáveis pelo aumento dos custos devido à IT, mas reconhecem que pode haver mau uso, que deve ser corrigido através de denúncias aos conselhos; defendem a educação médica e a formação de uma Câmara Técnica de IT; não se posicionam quanto à multiprofissionalidade; destacam a necessidade de homogeneização de informações para serem repassadas às operadoras; referem buscar a qualidade ética com as diretrizes. Dentre os profissionais de saúde estão sendo ressaltados os prestadores médicos, tendo em vista a importância destes profissionais no setor pelo próprio modelo médico-hegemônico vigente e a ainda pequena inserção do conjunto dos outros profissionais de saúde.

Com relação ao **governo**, existe uma diferença com relação aos representantes da ANS no Simpósio, que entendiam que a subsegmentação era possível e o representantes do MS no Fórum, que se manifestaram terminantemente contrários a subsegmentação, constando inclusive uma diretriz neste sentido; refere ser favorável à integralidade de cobertura; defende a implantação de ações de promoção e prevenção; defende a rede como objeto de regulação e reconhece a necessidade de se estabelecerem regras claras para o credenciamento e descredenciamento; defende a necessidade do estabelecimento de uma política de IT, com a participação de diversos órgãos; a multiprofissionalidade é considerada importante para a linha de cuidado e o não-atendimento a doentes crônicos é considerado situação grave; as informações são consideradas como forma de garantir transparência.

5.4. Existem diferenças de organização de atenção à saúde entre as diversas modalidades de operadoras de planos de saúde que se refletem em sua produção assistencial?

Não parece existir uma grande diferença de organização da atenção à saúde, entre a maioria das operadoras, pelo menos que pudesse ter sido apreendida pelos dados utilizados. Existindo, apenas, uma certa radicalização do modelo de atenção que centra suas atividades em procedimentos médicos, que interna muito, que faz muita cesárea e que paga caro por isso. Destaca-se o discurso mais voltado para a produção da saúde das autogestões e um discurso de lógica mais restrita às questões econômico-financeiras das seguradoras.

Não foram encontradas muitas diferenças de produção entre as modalidades das operadoras, apenas se verificando uma maior frequência média da totalidade dos eventos por beneficiário e, também, um maior custo médio por evento por beneficiário, nas seguradoras, que chegam a ter o dobro do custo médio de internações maior que o do segundo colocado, decorrentes, possivelmente, do menor controle que mantém sobre a rede.

5.5. Como reagem os atores sociais quando se coloca no setor alguns mecanismos indutores de determinadas lógicas assistenciais?

Os atores sociais reagem às iniciativas governamentais com relação à organização da atenção à saúde, como reagem a qualquer iniciativa, de qualquer ator, sobre qualquer questão: a partir de sua própria visão, reafirmando suas convicções de sempre. Cada ator assume suas posições históricas: as operadoras defendendo a possibilidade de subsegmentação, serem compensadas por qualquer ampliação de cobertura, reclamando de qualquer aumento de exigência de informação e tentando impedir qualquer divulgação de seus dados; os prestadores defendendo a livre escolha e autonomia profissional, defesa da ampliação de cobertura e contrários a subsegmentação; os usuários demandando mais informações, ampliação de cobertura, sendo contrários à subsegmentação, livre escolha de serviços e profissionais. Todos defendem a qualidade de uma forma genérica e houve uma

boa aceitação, por parte de todos os atores, para a adoção de práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Também houve um consenso sobre a necessidade de se estabelecerem regras para a incorporação de tecnologias.

5.6. Como se poderia instituir, no setor suplementar, uma lógica de atenção à saúde voltada para as necessidades dos usuários?

Cada ator social, a partir de seus espaços, poderia:

- Espaço geral – ANS - estabelecer políticas adequadas e ações para a implementação de uma lógica organizacional de atenção à saúde, com todos os seus componentes e realizando a indução dos outros atores para um processo de qualificação do setor;
- Espaço particular – Operadoras - assumir seu papel de gestores de saúde, propiciando ao seu usuário, o acesso e consumo de todas as tecnologias necessárias, dentro da organização da atenção à saúde através de linhas de cuidado baseadas em seu perfil epidemiológico;
- Espaço singular - Prestadores – organizados dentro da lógica da integralidade, estabelecendo vínculo entre profissionais de saúde e usuários, com o compromisso de resolutividade ; e
- Espaço individual - Usuários – construir graus crescentes de autonomia, informando-se, educando-se e participando ativamente de ações de promoção e prevenção.

6. Foram estabelecidos alguns analisadores, para a verificação da posição dos atores e segundo os quais pode-se estabelecer uma organização da atenção à saúde adequada: integralidade (que foi vista sob o aspecto da defesa ou não da subsegmentação e da possibilidade de ampliação de cobertura); organização de rede (que além da própria declaração da necessidade de rede organizada foi verificado o posicionamento com relação ao credenciamento universal e livre escolha); adoção de práticas de promoção à saúde e

prevenção de doenças; multiprofissionalidade; incorporação tecnológica; sistema de informações assistenciais; e avaliação e qualidade. O setor suplementar poderia adotar, pelo menos, os conceitos implícitos nestes analisadores para a aproximação cada vez maior de uma melhor lógica de organização de atenção a saúde.

7. A autora se alia, conforme visto no Capítulo 3, a diversos atores/autores da saúde, que defendem os seguintes princípios organizativos, que devem ser colocados como objetivo para qualquer sistema de saúde, seja público ou privado: integralidade plena; rede estruturada com tecnologias leves, leve-duras e duras (MERHY, 1997), voltadas para o atendimento das necessidades dos usuários; adoção de linhas de cuidado baseadas no perfil epidemiológico da população foco da atenção; organização do trabalho que contemple os diversos saberes profissionais, para ajudar ao usuário na construção de seu projeto terapêutico; existência de um sistema de informações com indicadores que contemplem toda a linha de cuidado (inclusive seu funcionamento e resultados); serviços que estabeleçam vínculo e tenham responsabilidade com o resultado de suas intervenções; existência de um sistema de avaliação da qualidade permanente e flexível, para dar conta das mudanças do sistema de saúde; adoção de práticas de promoção à saúde, buscando que o usuário fique cada vez mais autônomo no seu andar a vida; democratização no ambiente de trabalho e existência de formas de controle social efetivas.

8. A clareza do papel do ator governo na indução do setor, é essencial para se avançar em algumas questões como: a colocação dos atores sociais dentro do campo da produção da saúde, induzindo para que as operadoras assumam os papéis de gestores de saúde, os prestadores passem a ser fornecedores de cuidados e os usuários tenham cada vez mais consciência sanitária; A adoção de uma taxonomia de saúde, cada vez mais forte e presente no setor, ajudando a identificá-lo como do campo da saúde; A busca de formas de ampliação da ação sobre os prestadores de serviços de saúde, reconhecendo-os como atores sociais fundamentais para a produção do cuidado; a adoção de fornecimento de informações e possibilidade de educação em saúde, como forma de autonomizar cada vez mais os usuários.

9. Com relação a algumas particularidades do setor suplementar na organização da atenção à saúde, o governo poderia continuar criando mecanismos indutores que levem o setor a : Adotar uma lógica de atenção à saúde voltada para as necessidades dos usuários, buscando a responsabilização de todos os atores, em cada um de seus espaços; Buscar a integralidade (focalizada e ampliada); Acabar com a separação entre a segmentação ambulatorial e hospitalar; Ter um rol de ações de saúde (e não apenas de procedimentos médicos); Tornar as práticas de promoção e prevenção como usuais no setor; Estabelecer parâmetros para organização de rede; Estabelecer o uso de protocolos, diretrizes, linhas de cuidado, projetos terapêuticos, acompanhamento de doenças; Discutir a importância de se garantir o acesso às diversas tecnologias (duras, leve-duras e leves); Discutir a importância da criação de vínculos e da responsabilização pelos resultados; Realizar a identificação de grupos mais vulneráveis/ excluídos/ necessidade de acesso/ cuidados especiais e implementar a gestão do cuidado a estes grupos priorizados.

10. A busca da qualificação do setor suplementar e a adoção da prática de avaliações regulares, deve obter do órgão regulador um forte papel indutor. A adoção de um Programa de Qualificação para o setor, baseado principalmente nas informações assistenciais que devem ser fornecidas, já se caracteriza como um avanço para um setor que era basicamente voltado para as informações econômico-financeiras. Existe um grande receio das operadoras com relação à divulgação dos dados, mas a divulgação é essencial para ampliar o conhecimento dos usuários sobre as operadoras, além de servir de estímulo para a qualificação das mesmas.

11. Entende-se que o espaço da Qualificação significa:

- Que o Setor Suplementar inscreve-se dentro do campo da produção da saúde tendo, portanto, que colocar a centralidade do seu negócio na produção de mecanismos de proteção à vida e diminuição de sofrimentos da população que dela é usuária.
- O espaço da qualificação da atenção à saúde é uma possibilidade real de confluência de interesses dos principais atores sociais do setor.

- Um mecanismo indutor de mudanças para melhoria da qualidade na suplementar é a utilização de processos avaliativos.
- A qualificação da atenção à saúde deve estar contida dentro de um processo amplo de qualificação do setor como um todo.
- Existem espaços de qualificação já percorridos pelo setor público, ainda pouco utilizados pela suplementar, como, por exemplo, as ações de prevenção de doenças.
- O processo avaliativo da suplementar deve observar as características particulares do setor.
- Sugere-se a adoção de um processo avaliativo, baseado na análise de algumas linhas de cuidado que sejam relevantes para a população beneficiária, com escolha de indicadores que representem cada momento da linha de cuidado e com escolha de eventos-sentinela para cada um dos momentos.
- Advoga-se a divulgação dos resultados do processo avaliativo, como forma de estimular o aprimoramento da atenção à saúde prestada.
- Entende-se a qualificação da atenção à saúde no setor da saúde suplementar como um novo posicionamento dos atores na perspectiva do objetivo do setor: das operadoras como gestoras; dos prestadores como cuidadores e dos usuários como cidadãos conscientes.

12. Acredita-se ser possível diminuir as iniquidades do setor nos espaços (geral, particular, singular e individual) que possibilitam apreender as necessidades de saúde, cabendo ao governo, com políticas claras e indutoras, ir progressivamente ajudando aos demais atores sociais do setor, a diminuírem as suas imperfeições e colocarem o setor suplementar, que é do campo de produção da saúde, para cumprir o seu papel dentro do sistema nacional de saúde, ajudando no “caminhar a vida” de mais de quarenta milhões de pessoas.

Por fim, a investigadora reconhece fazer parte de um coletivo, responsável por muito do que foi aqui descrito e produzido para a regulação assistencial do setor, sujeito social que se interroga e reposiciona seu modo de agir para dar conta de seus desafios, e que ambiciona ser um “portador do futuro” para o setor suplementar, para que ele persiga a integralidade, o vínculo e a responsabilização por sua população usuária.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADUSEPS. Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde. Disponível em: <<http://www.aduseps.org.br>. Acesso em: 18 jan.2006.

ABRAMGE. Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Disponível em: <<http://abramge.com.br>. Acesso em: 2 dez. 2005.

ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. Disponível em: <<http://www.anahp.org.br>. Acesso em 2 dez. 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO. **Informe de Imprensa:** Dados e estatísticas da medicina de grupo. São Paulo, agosto de 2005. 5p.

BAHIA, L. Origens e Institucionalização das Empresas de Planos de Saúde no Brasil. In: BAHIA, L. (org.). **Planos de saúde no Brasil:**Origens e Trajetórias. Rio de Janeiro: Laboratório de Economia Política da Saúde – LEPS, 2005 p. 17-36.

BAREMBLIT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes:** teoria e prática. 3ª edição.Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1996.235 p.

BRASIL.Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Informações sobre beneficiários, operadoras e planos.** Competência de setembro de 2005. Rio de Janeiro:MS/ANS, 2005. 81 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda:** microrregulação e modelos assistenciais n saúde suplementar. Rio de Janeiro: MS/ANS, 2005 b. 270 p.

BRASILCON. Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor. Disponível em: <<http://www.brasilcon.org.br>. Acesso em 2 dez. 2005.

CAMPOS, G.W.S. O Público, o Estatal, o Privado e o Particular nas Políticas Públicas de Saúde. In: HEIMANN, L.S. IBANHES, L.C e BARBOZA, R. **O Público e o Privado na Saúde**, Ed. Hucitec, São Paulo, 2005. p. 89-100.

CARVALHO, E. B. **A regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas.** Campinas, 2003. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

CECILIO, L. C. O. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. In: CECILIO, L. C. O.(org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994. p.235-334.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CMB. Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades. Disponível em: <<http://www.cmb.com.br>. Acesso em: 2 dez. 2005.

CNS. Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços. Disponível em: <<http://www.cns.org.br>. Acesso em 2 dez. 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 2 dez. 2005.

CORDEIRO, H.; NORONHA, J. C.; GARCIA ROSA, M. L. Princípios e novas bases metodológicas para o aprimoramento da qualidade no sistema de saúde. **Saúde em Foco**. Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva, 21:21-33, 2001.

DONABEDIEN, A.. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Buletin**, 18:356-360, 1992.

DONABEDIEN, A. The Seven Pillars of Quality. **Archieve Pathology Medical**, 114:1115-1118, 1990.

DONABEDIEN, A.; WHEELER, J. R. C; WYSZEWIANSKI, L. Quality, Cost and Health: An Integrative Model. **Medical Care**, 20(10):975-992, 1982.

ESCUDERO, O. P. **Salud en Tiempos de Crisis**. OPS - Salud Maternoinfantil - Grupo Interprogramático, Washington, D.C,1989.

FARIAS, L. O. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar.**Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (2): 415, 2001.

FBH. Federação Brasileira de Hospitais. Disponível em: <<http://www.fbh.com.br>. Acesso em: 2 dez. 2005.

FENASEG. Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização. Disponível em: <<http://www.fenaseg.org.br/mercado/saude>>. Acesso em: 2 dez. 2005.

FRANCO, T. B. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde. Campinas, 2002. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

FRANCO, T. B. Relatório parcial com instrumentos de coleta de entrevistas e definição de amostragem, para o segmento de Cooperativa médica. Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais para a ANS. Rio de Janeiro: ANS, 2003.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. M. 2003. Integralidade na assistência à saúde. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003. p.125-133.

GAMA, A. M.; REIS, C. O. O.; SANTOS, I. S.; BAHIA, L. O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil. **Saúde em Debate**, 26(60):71-81, 2002

GOMEZ, E. G. **Marco Conceptual y Consideraciones Metodológicas Preliminares para el Desarrollo de un Protocolo de Investigacion sobre Evaluacion de la Calidad de la Atencion de la Salud en un Grupo de Paises Americanos**. OPAS. Washington D.C. 1989.

JORGE, A. O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo**. Campinas, 2002. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas)

JORGE, A. O. **Relatório Final sobre Modelos Assistenciais existentes para os componentes de Autogestão e Seguros-Saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2004.p. 27.

KERR, M.; TRANTON, D. J. 1969. Defining, Measuring and Assessing the Quality of Health Services. **Public Health Report**, 84(05): 415-24, 1969.

KESSNER et al. Assessing Health Quality.The Case for Tracers. **The New England Journal of Medicine**, 288(1):188-194, 1973.

IDEC. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. Disponível em: <<http://www.idec.org.br>>. Acesso em: 2 dez. 2005.

MALTA, D.C.; CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.; JORGE, A.O.; COSTA, M.A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(2):433-444, 2004.

MATUS, C. **Estratégias Políticas**: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. São Paulo: FUNDAP, 1996. 294 p.

MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente**: Governantes governados. Tradução de Luis Felipe Rodriguez Del Riego. São Paulo: FUNDAP, 1996 b. 381 p.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186 p.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um Ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo), p. 125-141. In: FLEURY, S.(org.) **Saúde e Democracia**: A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MERHY, E. E. (debatedor). Atenção à saúde no setor e o direito à saúde. In: FÓRUM DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2003, Brasília. **Relatório da Primeira etapa**. Brasília: ANS, 2003. p.79 – 82.

MERHY, E. E. Prefacio. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A.; FOSCHIERA, M. M. P.; PANIZZI, M. (Org.). **Acolher Chapecó**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004. p.21-44.

MERHY et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Ed.Hucitec, 1997. p.113-150.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Mimeo. UNICAMP. São Paulo, 2003.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Regulação pública da assistência na saúde suplementar: a quem interessa? **Medicina Geraes**. Jornal do Conselho Regional de Medicina. Dezembro , 2001. p. 4.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Oitava Edição. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004. 269 p.

MONTONE, J. **Coletânea de Artigos e Palestras sobre o Setor de Saúde Suplementar no Brasil- 2000 a 2003**. Série ANS, 5 – Edição Especial. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004.

NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE – NISIS, 2005. Desafios para a Equidade em Saúde na Região Metropolitana de São Paulo,. In: HEIMAN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. **O Público e o Privado na Saúde**. São Paulo:Editora Hucitec, 2005. p.171-242.

NOVAES, H. M. Prefácio. In: MELLO, J. B.; CAMARGO, M. O. Camargo. **Qualidade na Saúde. Práticas e Conceitos Normas ISSO nas Áreas Médico-Hospitalar e Laboratorial**. São Paulo:Editora Best Seller,1998. p. 17-22.

OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT. **The Quality of Medical Care**: Information for Consumers. Washington, DC: Congress of the United States, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la Salud para Todos en el año 2000**. Serie Salud para Todos, 4. 1981

PAIM, J. O Pensamento do Movimento Sanitário: Impasses e Contradições Atuais no Marco da Relação Público-privado no SUS. In: HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C. e BARBOZA. R. **O Público e o Privado na Saúde**, Ed. Hucitec, São Paulo, 2005. p. 111-126

PINTO, A. M. R. O Fetichismo da Avaliação. **Análise e Conjuntura**, 1(2):73-92. 1986

PORTELA, M. C. Diretrizes Clínicas como Instrumento de Melhoria da Qualidade da Assistência Suplementar: o papel da Agência Nacional de Saúde. In: CASTRO, A. J. W.; MONTONE, J. (org.) **Regulação & Saúde**:Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, ANS, 2004. p.177-210.

PROCON SP. Fundação Procon São Paulo. Disponível em: <[http:// www.procon.sp.gov.br](http://www.procon.sp.gov.br). Acesso em: 2 dez. 2005.

PRO TESTE. Associação Brasileira de Defesa do Consumidor. Disponível em: <<http://www.proteste.org.br>. Acesso em: 2 dez. 2005.

REIS, E. J. F. B et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública** 6(1): 50-61, 1990.

RODRIGUES NETO, E. A via do Parlamento. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia-** A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.63-91.

RONSINI, M. J. Santas Casas de Misericórdia: você precisa saber mais sobre elas. Informativo da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba. São Paulo, 2006. Disponível em www.cmb.com.br/informativo. Acesso em: 18 jan. 2006.

RUTSTEIN et al. Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method. **The New England Journal of Medicine**, 294:582-588, 1976.

SALM, C. Introdução. In: BAHIA, L. (org). **Planos de Saúde no Brasil:** Origens e Trajetórias. Laboratório de Economia Política da Saúde – LEPS, Rio de Janeiro, 2005. p.11-16

SANTOS, L. O Poder Regulamentador do Estado sobre as Ações e os Serviços de Saúde. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia-** A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.241-279

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Planos e Seguros Privados de Saúde no Brasil: Lacunas e Perspectivas da Regulamentação. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. **O Público e o Privado na Saúde.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2005. p.127-168

SILVA, L. M. V.; FOMIGLI, V. L. A . Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, 1994. 10 (1):80-91.

TEIXEIRA, A. (debatedor). Financiamento do setor e a regulação de preços e reajuste. In: FÓRUM DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2003, Brasília. **Relatório da Primeira etapa.** Brasília: ANS, 2003. p.53-56.

TEIXEIRA, A.; BAHIA, L.; VIANNA, M. L. W. . Nota sobre a regulação dos planos de saúde de empresas, no Brasil. In: TEIXEIRA, A. (org.). **Regulação & Saúde: Estrutura, Evolução e Perspectivas da Atenção Médica Suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, ANS, 2002.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. **Pesquisa Nacional 2003/2004**. São Paulo, 2005. 50 p.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. **Autogestão em Saúde no Brasil: 1980 – 2005**, História da organização e consolidação do setor. São Paulo: Unidas, 2005 b. 94 p.

UNIDAS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Disponível em: <<http://www.unidas.gov.br>. Acesso em: 5 set. 2005.

UNIMED-BH. **Indicadores de Competitividade**:construindo um modelo de gestão. Belo Horizonte: Cadernos Unimed-BH, v.2, 2005.

UNIMED DO BRASIL. União dos Médicos do Brasil. Disponível em: <<http://www.unimed.com.br>. Acesso em: 17 out. 2005.

VUORI, H. Strategies for Improving the Quality of Health Care. **Seminário Sobre Metodologia de Avaliação de Serviços de Saúde**, mimeo. MS-Fiocruz-ENSP, RJ. 1989.

9- ANEXOS

ANEXO 1- Planilhas com a posição dos atores sociais

PLANILHAS DOS ATORES – SIMPÓSIO – INTEGRALIDADE

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Integralidade; integral
Legislativo	Senador Romeu Tuma	Abertura	1.destaco a adequação da assistência médica supletiva aos referenciais do Sistema Único de Saúde, fundamental para o aperfeiçoamento da regulamentação dos planos de saúde. Preservar e interpretar adequadamente as diretrizes de universalidade e cuidar da integralidade e controle social, compatibilizando-as com as reconhecidas especificidades jurídicas, legais e assistenciais dos planos privados de saúde é outro ponto crucial que se deve ter em mente, garantindo o direito de atuação das operadoras, sem comprometer uma política nacional de saúde que vem, em síntese, representar o conjunto dos objetivos de todos os atores do setor de saúde.
Legislativo	Deputado Rafael Guerra	Mesa 6	1.E assim vem a integralidade . É a mesma coisa. Quando começamos a falar em segmentação e subsegmentação , estamos abrindo mão da integralidade . Estamos oferecendo parcelas de serviços ou, às vezes, até serviços de segunda categoria. 2. O sistema público tem de ter o papel regulador, sim, por meio do controle social, e também precisa entender que todas as vezes que abrir mão da integralidade estará sendo onerado, porque planos de atendimento parcial certamente jogam os procedimentos de alto custo para o sistema público
Legislativo	Deputado Henrique Fontana	Mesa 6	Foi colocado por diversos debatedores aqui que, quando se inclui um direito, tem-se um custo dele decorrente que incidirá sobre o preço dos planos. Então, precisamos fazer essa primeira grande escolha, que, na minha opinião, é a seguinte: ou aceitaremos a lógica de caminhar em direção à integralidade da atenção à saúde, com limites pactuados em situação “a” ou “b”, que podemos contemplar, ou caminharemos em sentido inverso, que seria no sentido da desregulamentação da precarização progressiva do direito de atendimento, porque é preciso baixar o preço, cada vez mais, de outros produtos para absorver uma parcela maior de cidadãos que passariam a ser clientes ou usuários de planos privados de saúde.
Usuário	Mario Scheffer do CNS	Abertura Mesa 6	Outro ponto da agenda diz respeito à ampliação de coberturas . O acúmulo de denúncias de negação de atendimento, de restrição de coberturas , de reajustes exorbitantes, enfim, de abusos de todo o tipo como controle de utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos, problemas no credenciamento e descredenciamento, a má remuneração dos prestadores, tudo isso uniu as entidades de defesa do consumidor, dos usuários e entidades de defesas de profissionais, especialmente os médicos. E a criação, em São Paulo, do Fórum Nacional de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde deu forma a essa articulação. Essas entidades passaram a ocupar espaços formais possíveis como a Câmara de Saúde Suplementar e também outros espaços, como a presença constante na mídia e ações junto aos órgãos do Judiciário. Essas entidades estão por trás da agenda da questão da cobertura .
Usuário	Lynn Silver, Diretora do Idec e profa da UnB	Mesa 2	1.Há mais de uma década, o Idec está lutando para que sejam respeitados, no campo da regulamentação do setor privado, os princípios constitucionais de defesa do consumidor na ordem econômica, da relevância pública das ações de saúde e da integralidade na atenção à saúde. 2. 1.Quais foram essas medidas que levaram a tantos protestos no mês de agosto e por que tantas negações por parte do Executivo sobre o que efetivamente estava sendo proposto? As mais importantes ampliaram o leque do tipo de plano considerado aceitável. Tendo em vista que a definição da cobertura assistencial foi o ponto mais polêmico, durante anos de debates no Congresso Nacional, a modificação deste ponto por MP é uma verdadeira temeridade antidemocrática. 3. O mais grave na medida provisória é o art. 12-A que autoriza a agência a aprovar planos de saúde ou produtos com segmentações, subsegmentações ou exigências mínimas diferenciadas com cobertura assistencial condicionada à

			disponibilidade do serviço na área de assistência ou organizado em sistemas hierarquizados e gerenciados. 4. Resumidamente, falando ainda da Lei nº 9.656, um de seus principais avanços foi a criação de exigências básicas e claras para definir o que seria um plano de saúde aceitável no país: o principal, sendo um Plano Referência, que foi um pleito de todas as entidades de consumidores e das profissões de saúde, e quatro outras opções. Embora continuemos discordando da oferta fragmentada dos quatro segmentos – ambulatorial, hospitalar, odontológico e obstétrico – pelo menos em todos os planos exigia-se a cobertura de todas as doenças e dos procedimentos previstos para o segmento, salvo algumas exceções, geralmente justificadas. 5. Também a lei proibiu a limitação da participação de usuários, restringiu o descredenciamento, limitou os prazos absurdos de carências até então existentes, tornou obrigatória a cobertura ao recém-nascido, proibiu a rescisão contratual unilateral, garantiu a cobertura à saúde mental até então geralmente excluída, assegurou algum grau de atenção ao demitido e ao aposentado, definiu ressarcimento ao SUS e a obrigatoriedade da cobertura de urgência e emergências. Foram realmente ganhos obtidos com essa legislação aprovada aqui no Congresso. 6. Mas ainda havia problemas. Os principais problemas apontados ainda eram a possibilidade de atenção fragmentada entre o ambulatorial e o hospitalar, por exemplo, porque sabemos que as doenças não param na porta do hospital, a possibilidade de aumentos por faixa etária, a definição do conceito de doença preexistente, o que minimizou a possibilidade das operadoras distorcerem esse conceito. 7. Além disso, havia, também, – não chegou a ser formulada – uma política clara referente ao assunto, como a atenção preventiva ou a assistência farmacêutica dentro das coberturas assistenciais. 8. Ainda medidas anteriores haviam excluído cobertura odontológica do plano de referência 9. O artigo que proíbe a exclusão de doenças e a limitação quantitativa de procedimentos, pelo que entendemos – talvez sejamos todos analfabetos, não sei –, mas a principal forma de segmentação que restaria seria o velho truque da exclusão de procedimentos.
ONG	Lucia Salgado, militante pelo direito da concorrência e do consumidor	Mesa 4	Penso que uma regulamentação adequada preveria a compra integral de carências já cumpridas.
Usuário	Lucia Helena Magalhães – Procon SP	Mesa 5	Entendemos – os órgãos de defesa do consumidor, o Procon, os Procons municipais e estaduais que estão aqui presentes – que a Agência Nacional deve, sim, fiscalizar e regular todos os tipos de contrato. Se assim não for, estar-se-á criando uma segmentação não só das coberturas, como está sendo discutido aqui, mas da própria regulação – isso, num momento em que o que se pretende é integralizar , é ter uma regulamentação, uma lei, um segmento que seja, no mínimo, coerente, nenhuma, do destinatário final dessa prestação de serviços, que é o consumidor.
Governo	Ministro da Saúde José Serra	Abertura	1. Quando vem um plano, oferece atendimento integral com Aids até para os netos, se tiverem, etc., cobrando R\$ 30,00; tem que fechar, porque se sabe que isso é o esquema da cadeia da felicidade, ou seja, enquanto tiver pessoas entrando, vai dar, depois acabou.
Governo	Valcler Rangel CONASS	Mesa 1	1. (...) e o Sistema Único de Saúde, a partir do conceito da integralidade da atenção e da integralidade da ação de saúde, por obrigação, necessita intervir. 2. Que o Sistema Único de Saúde (SUS) possa efetivamente garantir esse acesso de uma maneira mais igualitária e mais permeável, mais facilitada para esse usuário, que, na verdade, tem muitas questões para serem trabalhadas do ponto de vista da promoção, da prevenção, da reabilitação, desde a política de atenção básica até a política de mais alta complexidade, num nível de integralidade, hierarquização e de regionalização dos serviços.

Governo	Carlos Alberto Gabrim Preto, CONASEMS	Mesa 1	1.A entidade tem, dentro de seus preceitos, a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e das suas instâncias de pactuação – como as comissões intergestores bipartite, nos estados, e a comissão intergestores tripartite, em nível federal – do controle social exercido através dos conselhos e dos seus princípios e diretrizes, que remetem à Constituição Federal de 1988, que instituiu a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, baseados na universalidade, na equidade e integralidade da assistência de saúde que deve ser prestada ao cidadão brasileiro. 2. Na defesa da existência do chamado plano referência, que deve ser oferecido pelas operadoras aos usuários como forma de prestação da assistência integral à saúde deles, evitando até mesmo a presença de variantes, como segmentação e subsegmentação aos produtos ofertados no mercado; também com o intuito de não se criar ou, ainda, não se aumentar a lacuna de responsabilidades, que acabe por criar novamente custos imputados ao SUS. 3. Neste ponto, também há alguns embates travados dentro do entendimento da Lei nº 9.656: contratos antigos, novos contratos, migração, segmentação, subsegmentação e outros tantos de considerada polêmica.
Governo	Januário Montone- ANS	Mesa 1 Debate da Mesa 1 Mesa 1	1.Isso tem que ser olhado com muito cuidado, porque é preciso que nos lembremos que dois terços desses usuários são de contratos antigos, que não contemplam uma atenção integral à saúde. 2. Tentando resumir os objetivos da regulamentação para que possamos, depois, tentar apresentar sua lógica, hoje os resumiríamos a estes 6 pontos principais: assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde a cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso; (...) 3. Destacamos nessas estratégias, quanto à cobertura assistencial e condições de acesso – a legislação foi clara –, que a mudança foi integral e imediata para os novos usuários: foi proibida a comercialização de planos com cobertura inferior à do Plano Referência, ressalvada a segmentação admitida pela própria lei, a segmentação ambulatorial, hospitalar, com e sem obstetrícia, e odontológica. 4. Essa mudança na estratégia de migração dos contratos antigos para os novos talvez seja o demarcador da situação atual: um quarto do total dos usuários, hoje, de plano de saúde, tem o que poderíamos chamar de proteção integral da regulação, tanto a proteção individualizada na cobertura assistencial do seu direito, como a proteção mais geral do sistema regulatório do controle das empresas e da fiscalização, mas três quartos só têm esta garantia mais geral da legislação, a imposição de regras para que as empresas atendam melhor, o que acaba surtindo efeito para usuários de contrato novo ou velho, mas, na cobertura assistencial, três quartos dos usuários estão em contratos velhos. 5. Segundo, o ressarcimento: existe uma maneira ótima de resolver, que é não ter. O objetivo, o tempo todo, do processo não foi arrecadar recursos com o ressarcimento; foi que cada operadora, fosse qual fosse a modalidade, atendesse àquilo a que deve atender e, portanto, não tem que ter ressarcimento. E a autogestão mais ainda; a maioria delas tem um atendimento muito próximo ao integral, então podemos ter um ou outro caso. 6. Hoje achei interessante – fazendo um parêntese – quando, num ponto da discussão de que temos que seguir os princípios e diretrizes do SUS, foi dito da integralidade, universalidade e equidade, com as quais concordo plenamente. Se bem me lembro, a hierarquização também é um dos princípios de organização do SUS. 7.Demarcado esse campo das estratégias – e, repito, são estratégias da legislação e não da agência –, eu queria pontuar rapidamente o balanço das atividades em cada um desses campos. E, para tentar dar visibilidade, nós estamos dando exemplo nesses itens que foram colocados: a regulamentação da cobertura assistencial, condições de ingresso, preço, efetividade da regulação, comunicação e informação e ressarcimento ao SUS. 8. Na cobertura assistencial, eu destacaria o rol de procedimentos de alta complexidade e o Plano Referência. 9. Após três anos de acumulação de experiência sobre o assunto, vivemos um momento em que, para avançar, podemos partir de um modelo reconhecidamente melhor do que o existente antes da Lei nº 9.656. Hoje, 21 milhões de brasileiros usuários de

		Debate Mesa 1	planos de saúde não usufruem ou usufruem pouco do alcance individualizado da lei. Vivem, pode-se dizer, em uma zona cinzenta da regulação, com uma cobertura assistencial, na maioria dos casos, muito inferior ao do Plano Referência. 10. Embora haja centenas de planos registrados com a segmentação que a lei exige, 92% dos usuários de contratos novos, que são aqueles de que a agência tem o registro explícito, optaram por uma cobertura ambulatorial e hospitalar nas suas várias modalidades, às vezes com ou sem obstetrícia, não necessariamente o Plano Referência propriamente dito, mas sempre ambulatorial e hospitalar. O segmento isolado não teve grande impacto, inclusive junto ao usuário. 11. Uma outra crítica e essa só posso considerar um equívoco de leitura é de que a migração já se daria em planos segmentários. Parece que, ao se colocar nesse mesmo artigo que “<i>as operadoras terão que elaborar um plano especial de migração para a assistência prevista no art.10 da Lei 9.686</i>”, que é o Plano Referência, erra-se. Essa foi outra crítica dos setores que não permitimos nesse projeto, nem a segmentação que a lei admite. Mas houve um não-entendimento certamente um equívoco de colocação de nossa parte de que isso poderia ser um movimento para que a migração fosse num plano inferior ao do Plano Referência.
Governo	João Luis Barroca	Mesa 2 Debate Mesa 5	1. Naquele momento foi retirada a obrigatoriedade da cobertura odontológica. Não há impedimento para se oferecer um plano ambulatorial-hospitalar com odontologia. Estou falando de planos obrigatórios. A retirada da obrigatoriedade da cobertura odontológica foi conversada inclusive com diversos atores desse mercado de odontologia, que afirmaram não ser possível misturar, que seria tudo líquido, mas as coisas não se misturam e não vão nos ajudar, e, sim, nos atrapalhar. Mas isso pode se revisto. 2. O substitutivo de Lei da Câmara, que saiu daqui em 1997 ou 1998 e veio ao Senado, institui apenas o Plano Referência, mas mantém as determinadas condições de mercado. A Lei nº 9.656 regulamenta, mantém o Plano Referência, estabelece segmentos, vincula segmentação ao rol de procedimentos. Isso é importantíssimo e não existia. Antes, o consumidor comprava um plano de saúde e, três anos depois, por exemplo, diziam a ele que houve mudança de tabela e esse novo procedimento não estava incluído em sua tabela. 3. Apenas para lembrar às Vs. Ex^{as}, a Câmara dos Deputados tem propostas de aprovação por produtos sem vinculação à segmentação predefinida. É muito diferente aprovar um produto de aprovar uma segmentação. Isso significa eu chegar na agência e bater à porta, dizendo: tenho um plano hospitalar que dá direito a três ressonâncias por ano, e quero registrar esse produto. Há propostas assim, propostas que não vinculam um produto a um rol de procedimentos atualizável; há propostas de produtos com limitação de quantidade. 4. Precisamos de uma política de incentivo à adaptação, sim, e só depois poderemos discutir essa tal subsegmentação; mas que se mantenha o Plano Referência como opção obrigatória. 5. Instrumentos de equilíbrio. Antes da regulação: –chamei esses mecanismos de selvagens –: ausência de critérios técnicos atuariais, reajustes, muitas vezes, por planilhas ou índices inflacionários extra-setoriais, repasse integral dos custos, (...)
Operadora	Arlindo Almeida - ABRAMGE	Mesa 1	1. Foram esses os primeiros convênios chamados planos coletivos ou empresariais e eram custeados integral ou parcialmente pelos empregadores. 2. No Brasil, pretendeu-se generosamente dar tudo a todos por meio do SUS, sem supri-lo de recursos suficientes. Assim, procura-se obrigar o setor privado a estender, desmesuradamente, a cobertura assistencial, acrescentando custos, sem atentar para suas reais possibilidades. Criou-se uma agência com poderes exagerados e discricionários para regular a atividade, provavelmente a única atividade com preços controlados em uma economia dita livre. Ampliaram largamente as coberturas, afastando o consumidor de menor poder aquisitivo que fica sem opção de escolha compatível com o seu orçamento. Foi a elitização dos planos de saúde. 3. A iniciativa privada não pode e nem tem condições de substituir o Estado em suas obrigações constitucionais; sua atuação é complementar, de acordo com a Constituição, e não se pode exigir dela a ampliação de obrigações sem contrapartida financeira,

			sob pena de levar o setor à ruína. Atendimentos de altíssima complexidade, como os transplantes múltiplos de órgãos ou casos de custo catastrófico, são impossíveis de serem atendidos pelos planos de saúde. No entanto, está-se impondo a estes a prestação de coberturas cada vez mais extensas, seja por meio de legislação, seja pelo próprio Poder Judiciário, que vem sendo obrigado a atendimentos não previstos em contrato. 4. Ampliaram largamente as coberturas, afastando o consumidor de menor poder aquisitivo que fica sem opção de escolha compatível com o seu orçamento. Foi a elitização dos planos de saúde.
Operadora	Jose Diniz de Oliveira – CIEFAS - Autogestão	Mesa 2	1. Não há dúvida de que o ideal seria que as coberturas caminhassem no sentido de ser cada vez mais universais. As autogestões costumam oferecer uma cobertura ampla. De maneira geral, não limitam idade nem excluem patologias. Portanto, elas foram pouco atingidas pela Lei nº 9.656, quando do seu surgimento, que, sem dúvida nenhuma, representou um avanço no mercado, notadamente selvagem, na relação entre usuários e prestadores – evidentemente, com as honrosas exceções e as devidas ressalvas. 2. Quanto à Agência Nacional de Saúde, ao ampliar coberturas, como ocorreu em alguns casos de edições de medidas provisórias, é preciso avaliar o impacto da ampliação dessas coberturas, pois provocam efeitos sobre planos já contratados. A agência, como grande reguladora do mercado, não pode negligenciar atenção nos casos já mencionados aqui de interrupção de atendimento aos associados não provocada por operadoras, mas pelas prestadoras de serviços, como no caso dos hospitais. 3. Não há defesa para qualquer tipo de assistência que limite coberturas, mas é preciso que estejamos atentos para gerenciar os cuidados e alocar os recursos adequados de acordo com a complexidade dos agravos a fim de evitar desperdícios, notórios também na área da saúde.
Operadora ?	Selma Souza, de Goiânia	Mesa 3 Debate	<i>Quanto à ampliação do rol, preocupa-me, pois quando vendemos o plano, o cálculo atuarial é feito com base numa cobertura já estabelecida. E se esse rol é ampliado significativamente, como faremos com os custos assistenciais daí advindos?"</i>
Operadora	Celso Correa de Barros - UNIMED	Mesa 4	Sou daqueles que, dentro da entidade médica e na própria Unimed, defendem a cobertura mais ampla possível. Não entendo que se cubra a saúde segurando o braço esquerdo ou o direito. Tem de ser um atendimento global à saúde. Lamentavelmente, na ponta, há um custo. Essa situação desse equilíbrio talvez seja um dos grandes problemas que vivemos hoje.
Operadora	Roberto Westenberg-FENASEG	Mesa 5	1. A mudança de cobertura implica alteração no custo do risco. 2. O preço do seguro, necessariamente, tem de ter uma segmentação, buscando uma proporcionalidade do preço com o risco. Se isso não ocorrer, a operadora desse risco fica sujeita a um processo de anti-seletividade, usando nosso jargão. Isso já está ilustrado na transparência. 3. Na verdade, a segmentação desses custos não se dá só pelo fator idade. Na realidade, especialmente em seguros de saúde, esse processo é multidimensional. A seguradora tem que fazer essa avaliação levando em conta um grande número de fatores. Citei apenas três como exemplo, mas, na verdade, há mais fatores, como se a pessoa é fumante ou não, se faz ou não <i>jogging</i>, quais os cuidados que toma com a saúde. Esses dados geram um processo multidimensional de uma riqueza estatística muito grande. Evidentemente, não entraremos nesse mérito.
Prestador	Eleuses Vieira de Paiva – Presidente da AMB	Mesa 2	1. É compreensível, uma vez que a necessidade sentida pela população é da cobertura assistencial, que, de uma forma sensata, vem buscando atendimento integral à saúde. No entanto, poucos têm migrado para o Plano Referência, pois a maioria das operadoras, quando oferecem esse produto, o colocam em preços praticamente proibitivos. 2. Medidas restritivas, no entanto, foram criadas em diversas medidas provisórias e resoluções editadas pelo Consu, logo após a aprovação da Lei 9.656. A segmentação dos planos, o ambulatorial ou somente o hospitalar, poderia ser um exemplo desse processo, ou poderíamos colocar outras restrições, no que tange, por exemplo, ao campo da governabilidade das urgências e emergências, ou na área da reprodução humana, ou, mais recentemente, na regulação das ditas doenças preexistentes, onde diversos procedimentos foram colocados em carências especiais, dificultando o acesso da clientela. 3. Portanto, ao realizarmos o balanço desses treze anos de regulamentação de planos de saúde, podemos observar, numa análise rápida, que houve movimento crescente de diminuição da cobertura estabelecida pela Lei 9.656, principalmente se levarmos em

			consideração a última malfadada Medida Provisória nº 2.177/43 – que já foi retirada – e que previa subsegmentações, restrições por área geográfica, sem contar o plano de acesso, que abria possibilidades infinitas de manipulação da cobertura assistencial. 4. Tal questão, sem dúvida alguma, é consequência natural da Resolução nº 42, dos procedimentos de alta complexidade em carências especiais – diante das ditas doenças preexistentes – e da última medida provisória, ao permitir, principalmente, restrições por área geográfica, onde o beneficiário teria acesso apenas aos procedimentos existentes na região, definidos pelo plano de saúde. 5. Veja bem: quando colocamos planos, pela tendência de termos um plano mais barato para podermos ampliar o acesso da população a esse plano, quando colocamos claramente para que esse plano seja mais barato, ele vai ter uma série de restrições: ele deverá ter subsegmentações e restrições geográficas. Com certeza, nessas restrições ele não estará compreendendo a alta complexidade
Prestador	CFO	Pergunta para a mesa 2 (Lynn)	<i>A exclusão da odontologia dos planos de referência não onera o consumidor, que terá que firmar um contrato com dois planos para que se possa obter assistência integral à saúde?”</i>
Prestador	Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde	Mesa 6 - Debate	<i>“O art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, refere-se à cobertura assistencial para doenças relacionadas no CID – Código Internacional de Doenças e outros critérios de classificação. Assim, os profissionais que atuam com esses pacientes têm o direito de ver cumprida esta lei. Isso garantirá a concretização da mudança do modelo assistencial, antes, centrado na doença para o modelo orientado para prevenção e promoção de saúde. Essa transformação exige integralidade (a pergunta faz remissão a outras profissões relacionadas com a área de saúde).”</i>
Prestador	Eleuses Vieira de Paiva - AMB	Mesa 2	1.Considero extremamente importante ressaltar que, sem dúvida nenhuma, a edição da Resolução nº1.401, pelo Conselho Federal de Medicina e decisões importantes do Poder Judiciário foram marcos referenciais desse período, sendo que todas apontavam para extensão da cobertura assistencial, tendo em vista as inúmeras restrições apresentadas nos contratos de consumidores. 2. A lei, em que pesem algumas questões não consensuais, representou um avanço importante, pois fundamentalmente apontava para a extensão da cobertura assistencial, mediante o Plano Referência. Essa questão é estratégica, pois foi ela que debitou credibilidade e apoio da opinião pública à lei aprovada e não, como às vezes alguns setores tentam colocar, como simples filigranas contratuais ou questões meramente financeiras. 3. Portanto, ao realizarmos o balanço desses treze anos de regulamentação de planos de saúde, podemos observar, numa análise rápida, que houve movimento crescente de diminuição da cobertura estabelecida pela Lei 9.656, principalmente se levarmos em consideração já foi retirada – e que previa subsegmentações, restrições por área geográfica, sem contar o plano de acesso, que abria possibilidades infinitas de manipulação da cobertura assistencial 4. As entidades médicas, órgãos de defesa do consumidor, de portadores de patologias e deficiências vêm lutando, nos últimos três anos, para manter a cobertura assistencial conquistada na Lei 9.656 e, principalmente, para que o debate seja público.
Prestador	Eleuses Vieira de Paiva - AMB	Mesa 2	1.É fundamental salientar que três tiveram extensão de cobertura: os transtornos mentais, as doenças infecciosas e os transplantes, sendo que esses estão previstos apenas para rins e córnea, mas, sem dúvida, foram avanços significativos. 2. Outro movimento se verifica no cenário da regulamentação, não explicitado aqui neste debate, mas muito claro: o de diminuir a cobertura para procedimentos de alta complexidade, deixando os mais simples como obrigatórios para esse setor privado
Intelectual	Jose Carvalho de Noronha – ABRASCO	Mesa 1	1.Quis o constituinte estabelecer logo no artigo que se segue, art. 198, inciso II, que deve haver na política de saúde, no asseguramento desse direito, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Não gosto muito do tema, mas a idéia da integralidade do cuidado foi também prevista na Constituinte de 1988. Assim, o serviço de prevenção e aqueles tratamentos, a recuperação e a reabilitação para reinserção nas atividades produtivas, ou a reorientação profissional ou, ainda, um apoio no caso de uma doença fortemente incapacitante, todos devem ser

			integrados e ser objeto de qualquer política de saúde. 2. Da mesma forma, creio que a inserção da regulamentação dos planos, de todo esse processo, não pode também deixar escapar a idéia, presidida por nossa Constituição, da integralidade do cuidado. 3. Quer dizer, esse debate atinge um segmento da população brasileira que tem renda suficiente para contratar privadamente parte de sua cobertura assistencial ou toda a sua cobertura assistencial por meio de seguros e planos de saúde. 4. Sobretudo, devemos evitar que essa cisão implique um aprofundamento da segmentação dos recursos assistenciais, técnicos e das condições de atendimento. Entender que possa haver diferenciais de conforto por conta da capacidade de pagar não deve corresponder a diferenciais técnicos no atendimento prestado. A consequência natural são os diversos níveis da hierarquia dos planos. Quando admito a possibilidade de coberturas diferenciadas – não é o que está no corpo da lei, da medida provisória em vigor – começo a poder admitir uma segmentação da qualidade dos cuidados prestados.(...) Portanto, essa idéia de que não deva haver segmentação dos recursos assistenciais é absolutamente essencial.
ONG	Dra Lucia Salgado	Mesa 4	Quero chamar a atenção para um desses pontos da regulamentação: a questão da entrada e da saída. Esse ponto se concretiza na obrigatoriedade de prestação – isso de maneira geral e, em particular, na lei. Imagino seja esse item um dos pontos de discussão aqui neste importante simpósio, nesta jornada de dois dias: a obrigatoriedade de prestação de serviços de forma mais ampla do que seria a realidade em um mercado livre. Isso significa cobertura em termos de abrangência das doenças a serem atendidas, cujo serviço será prestado, e, ao mesmo tempo, o atendimento de todas as faixas etárias. Chamo a atenção para esse ponto porque essa é uma questão crucial. Uma regulamentação de planos de saúde que não se atenha sobre esses dois pontos é falha, pois, em condições de livre mercado, o natural seria que aquelas doenças que implicam gastos mais dispendiosos simplesmente não seriam atendidas, numa lógica empresarial de mercado livre.
Usuário	Adalberto Pasqualotto - Brasilcon	Mesa 3	1.Quais são os pontos polêmicos na medida provisória correspondente à edição de nº 43? A adaptação dos contratos antigos, prevista no art. 35-L, e no art. 35, § 9º. Segundo: a subsegmentação; a mobilidade de beneficiários de um plano para outro; a hierarquização do atendimento, com a instituição não denominada, mas flagrante, do chamado médico-porteiro e a regionalização do atendimento. Dentre outros, parece-me que esses eram os problemas cruciais, os mais importantes. 2. Essa volubilidade da legislação está presente também na possibilidade de subsegmentação, que foi mencionada antes aqui pelo ilustre representante da Agência Nacional de Saúde na mesa anterior. Ele aludiu à lei que criou a agência para dizer que a possibilidade de subsegmentação já está lá efetivamente. Mas, convenhamos, isso se faz como solapa na Lei nº 9.656, que é de organização, não é de conduta! Qual o consumidor que vai consultar? Qual o especialista, salvo um ou outro, que vai consultar a Lei de Organização da Agência Nacional de Saúde para encontrar regras de conduta, de conteúdo contratual dos planos?
Governo	Solange Beatriz - ANS	Mesa 4	Na questão da segmentação médico-hospitalar, basicamente estão divididas em segmentos primários, principal subsidiário, e aí fazendo também em nível secundário, e o terciário, que equivale, vamos dizer assim, às seguradoras. Essa segmentação teve por base, como um critério, a capacidade de cada segmento garantir o risco do beneficiário, capacidade esta que está relacionada com a existência, ou não, de rede própria para a prestação do serviço.
Legislativo	Senador Sebastião Rocha	Mesa 6	1.Por exemplo, sempre defendi concretamente uma readaptação dos planos à nova legislação. Se dependesse de mim, a lei teria ficado como estava, adaptando-se todos os planos, até um ano depois da vigência da lei. Sabendo que isso onera as operadoras, tivemos de buscar soluções. E não nos parece melhor a solução apontada pelo Governo, a da segmentação, a do plano de acesso. 2.É verdade, por exemplo, que o governo propôs o plano de adaptação e, ao mesmo tempo, propôs a subsegmentação e o plano de acesso, para facilitar a migração dos usuários dos contratos antigos para os novos, dentro dessa nova sistemática da adaptação dos contratos? Se isso é verdade, que o governo diga claramente que os contratos antigos precisam migrar para os contratos novos, com custos cinco, seis, sete vezes maiores. Por isso, temos de encontrar mecanismos para baratear esse contrato novo adaptado. E quais são esses mecanismos?

PLANILHAS DOS ATORES – SIMPÓSIO – Multiprofissionalidade

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Multiprofissionalidade
Prestadores - Fórum Paulista Multiprofissional de Saúde	André Luiz, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.	Debate Mesa 6	<i>“Inserção dos profissionais de saúde (não médicos) nos planos de seguros privados de saúde em torno de 160 mil profissionais (no caso, aqui, só em São Paulo), e o entendimento é que, em um processo democrático em que deve-se promover igualdade e manter liberdade, ficamos totalmente à margem da discussão, e o sentimento é de indignação por não estarmos efetivamente contemplados nos fóruns nem contribuir nessa ação.”</i>
Governo	João Luis Barroca de Andréa - ANS	Debate Mesa 6 Mesa 2 Debate Mesa 2 Debate Mesa 6	1.E insisto que são absolutamente necessárias, na linha de cuidado, as especialidades. E existe uma discussão muito importante relacionada à formação do médico. Ela não se refere somente à quantidade de escolas, mas sim ao currículo da formação médica, essa distribuição, a necessária inserção do médico na linha de cuidado, que é multiprofissional. 2.Esse modelo tecnológico é a espiral de alto custo, e o humanista tende a ser um custo adequado ao cuidado efetivo da necessidade em saúde. Um é caracterizado por um trabalho médico isolado com muito maquinário, e o outro necessita que se faça um trabalho em equipe de saúde. Aliás, não se está falando de um médico criador, está-se falando de um trabalho em equipe para a assistência à saúde. 3. Então, para deixar claro, equipe de saúde, equipe da descrição da clientela, quando fui gestor, anos atrás – já passei pelo setor público, já passei pela autogestão, já tenho alguma estrada em relação a isso – uma coisa que os associados e os pacientes adoravam era ter um médico que pudesse cuidar efetivamente da sua saúde como um todo. Quando se fala de equipe de saúde, está-se pensando numa conformação à discussão dessa forma; agora, o que não se pode é misturar uma coisa com outra. Restritor de acesso, nunca; garantidor de qualidade de saúde é uma coisa em que temos que pensar. 4. E o último ponto desse bloco de perguntas, Deputado, é sobre o respeito ao trabalho médico. Esse tema foi abordado aqui várias vezes e é um objeto de preocupação da agência, e estávamos demonstrando isso no sistema de informação de acompanhamento, de conhecimento e de atuação contra os constrangimentos que o médico hoje já sofre, muitas vezes, no exercício de sua profissão. Em algum momento, nesses nossos diversos pontos de pauta, vamos ter que abordar, e sou médico também, a valorização do ato médico. O que é valorizar o ato médico? É valorizar aquele profissional que depende única e exclusivamente do estetoscópio, da relação médico-paciente, que vai na casa do cliente, que não trabalha vinculado a uma determinada instituição. E insisto que são absolutamente necessárias, na linha de cuidado, as especialidades. E existe uma discussão muito importante relacionada à formação do médico. Ela não se refere somente à quantidade de escolas, mas sim ao currículo da formação médica, essa distribuição, a necessária inserção do médico na linha de cuidado, que é multiprofissional. Esses são os constrangimentos que os médicos sofrem hoje no seu dia-a-dia.
Legislativo	Deputado Rafael Guerra	Debate Mesa 6	Com relação a um comentário no documento do Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área de Saúde sobre ampliar para as outras áreas de saúde, é evidente que isso tem o nosso apoio. Penso que a saúde não se refere só a médicos e dentistas. Essa é uma questão multidisciplinar . Quando começamos a falar em equipe de saúde da família, era só médicos e enfermeiras, mas hoje isso já se estendeu a odontólogos e, em muitos locais do país, já se estendeu para assistentes sociais, para nutricionistas, psicólogos, enfim, para outros profissionais . É só um registro que queria fazer, pela importância que tem.
Prestador	Marcelo Sidney Gonçalves - Coffito	Debate Mesa 4	<i>“Como a Agência Nacional de Saúde Suplementar se posiciona frente ao fato de que a segmentação das operadoras de assistência à saúde não contempla cooperativas e outras formas de organização do trabalho das demais categorias profissionais da saúde, tais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc, haja vista que a saúde não é prerrogativa exclusiva da medicina e/ou odontologia, e a agência se intitula uma agência nacional de saúde? A agência e o governo não estariam assumindo a ignorância sobre o que é saúde e o espectro das práticas assistenciais da mesma?”</i> <i>“Concordando com o Ministério Público do Trabalho pautado na lei, qual é o posicionamento do Ministério Público com</i>

		Debate Mesa 6	<i>relação à Lei nº 9.656, regulamentação de saúde suplementar, que não contempla as práticas assistenciais dos profissionais de saúde não-médicos? É extremamente bem lembrada a questão da fisioterapia, terapia ocupacional. Um problema bissexto que temos é de imaginarmos que saúde seja assistência médica. Falamos em saúde suplementar, mas muitas vezes o que vemos são programas de assistência médica e ponto final.”</i>
Usuário	Mario Scheffer - CNS	Debate Mesa 6	São duas questões rápidas: uma é sobre os profissionais de saúde não-médicos – o Dr. Humberto já colocou aqui, já respondeu, mas esse pleito com certeza vai ser encaminhado para o Conselho Nacional de Saúde. Penso que deve compor realmente essa nova agenda prioritária a partir de agora.
Usuario	Humberto Jacques de Medeiros – Ministério Público	Debate Mesa 6	E, então, vendamos este serviço: odontológico, farmacêutico, terapia ocupacional, fisioterapia . E o setor privado colaborará para o progresso do público, porque fará com que a cidadania exija a extensão do público àquilo. Porque sabemos todos que as necessidades de saúde são absolutamente ilimitadas. E há espaço, nessa infinidade de pretensões das pessoas por saúde, para todos. O que não é possível é a disputa de uma única faixa, de um único espaço com a exclusão do outro. E a falta de informação produz isso em demasia.

PLANILHAS DOS ATORES – SIMPÓSIO – Promoção e Prevenção

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Promoção
Intelectuais	Jose Carvalho de Noronha	Mesa 1	Quis o constituinte estabelecer logo no artigo que se segue, art. 198, inciso II, que deve haver na política de saúde, no asseguramento desse direito, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas , sem prejuízo dos serviços assistenciais. Não gosto muito do tema, mas a idéia da integralidade do cuidado foi também prevista na Constituinte de 1988. Assim, o serviço de prevenção e aqueles tratamentos, a recuperação e a reabilitação para reinserção nas atividades produtivas, ou a reorientação profissional ou, ainda, um apoio no caso de uma doença fortemente incapacitante, todos devem ser integrados e ser objeto de qualquer política de saúde.
Governo	Valcler Rangel - CONASEMS	Mesa 1	Que o Sistema Único de Saúde (SUS) possa efetivamente garantir esse acesso de uma maneira mais igualitária e mais permeável, mais facilitada para esse usuário, que, na verdade, tem muitas questões para serem trabalhadas do ponto de vista da promoção , da prevenção , da reabilitação, desde a política de atenção básica até a política de mais alta complexidade, num nível de integralidade, hierarquização e de regionalização dos serviços.
Operadora	Arlindo Almeida ABRAMGE	Mesa 1	A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção , proteção e recuperação. É o que diz, com clareza, o art.196 da nossa Constituição, como, aliás, foi aqui citado.
Governo	João Luis Barroca ANS	Mesa 2	há dois tipos clássicos de modelo assistencial: aquele tecnológico, em que o procedimento é centrado, e aquele humanista, em que o usuário é centrado. Um é centrado em práticas curativas; outro incorpora práticas de prevenção e promoção .
Operadora	Cláudio Chituzzi - ABRASPE	Mesa 3	1.Outra coisa que consideramos nociva ao sistema é que a remuneração dos serviços é feita com base na doença e não na promoção de saúde e prevenção . 2. Investir em promoção de saúde , para nós, é fundamental. Nem todas as empresas conseguem ou podem fazer isso. Investir na educação do usuário é algo que temos feito bastante, para deixar claro o que ele pode e o que ele não pode, a que ele tem direito, o que ele deve buscar, até onde ele pode ir. 3. Estabelecer novos critérios de remuneração de saúde, voltados para a saúde, com a promoção da saúde , e não para o pagamento de serviços prestados para curar doenças.
Usuário	Mario Scheffer	Mesa 6	Nesse sentido, a regulamentação deve ir além da assistência médico-hospitalar. Afinal de contas, as ações de vigilância, de prevenção , de promoção da saúde , os procedimentos clínicos cirúrgicos de emergência e aqueles realizados pelo SUS que não são cobertos contratualmente pelas operadoras beneficiam, direta ou indiretamente, os clientes desses planos de saúde.
Prestador	Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde	Debate Mesa 6	<i>“O art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998, refere-se à cobertura assistencial para doenças relacionadas no CID – Código Internacional de Doenças e outros critérios de classificação. Assim, os profissionais que atuam com esses pacientes têm o direito de ver cumprida esta lei. Isso garantirá a concretização da mudança do modelo assistencial, antes, centrado na doença para o modelo orientado para prevenção e promoção de saúde. Essa transformação exige integralidade (a pergunta faz remissão a outras profissões relacionadas com a área de saúde).”</i>
Usuário	Lynn Silver Idec e profa UnB	Mesa 2 Debate Mesa 2	1.Além disso, havia, também, – não chegou a ser formulada – uma política clara referente ao assunto, como a atenção preventiva ou a assistência farmacêutica dentro das coberturas assistenciais. 2. Nós até entendemos alguma demora eventualmente, mas a retirada de vez desse aspecto importante da assistência, particularmente a odontologia preventiva , consideramos, mais uma vez, um exemplo de como a regulamentação posterior cortou proteções que foram estabelecidas pela Lei nº 9.656, aprovada aqui no Congresso.

Operadora	Antonio Rodrigues de Barros Júnior Diretor de Planos de saúde da Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil	Mesa 4	Assim as filantrópicas estão precisando rever a sua posição e enfrentar a realidade de mercado, na qual produtos iguais e caros estão concorrendo pelo mesmo cliente. Serviço de atendimento ao cliente, campanhas de prevenção , auditoria do desempenho de credenciados, treinamento permanente para chefias, enfim, tudo isso precisa fazer parte da estrutura funcional de um plano de saúde e de uma Santa Casa.
Usuario	Eugênia Nascimento Batista, representante da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, Departamento de Saúde	Debate Mesa 4 pergunta	<i>“Sugestão para que a Lei 9.656, de 98 estabeleça prazo para que as operadoras iniciem programas aprovados pela ANS de prevenção à saúde, em especial com a implantação de política de fornecimento de medicamento de uso continuado ou não. A literatura mundial comprova que a introdução de tais programas apresenta excelentes resultados e, mais ainda, modifica o foco das operadoras de empresa que trata de doenças para uma empresa que promove a saúde.”</i>
Governo	Solange Beatriz - ANS	Debate Mesa 4 - resposta	Com relação à última questão, que visa a estabelecer prazo para que as operadoras iniciem programas de prevenção à saúde, eu acho que nós estamos trabalhando no sentido de encontrar novos mecanismos, patamares e paradigmas de assistência à saúde. Isso vem sendo desenvolvido.
Prestador	Carlos Eduardo Ferreira - FBH	Mesa 5	E uma mudança fundamental: o hospital terá que mudar seu paradigma. Vai ter que deixar de ser aquela estrutura paquidérmica, apenas para receber o cliente, e organizar-se pró-ativamente, para atuar de maneira extremamente mais significativa na prevenção , juntamente com o seu corpo clínico, mas também sendo remunerado para isso.

PLANILHAS DOS ATORES – SIMPÓSIO – Acompanhamento Casos Crônicos

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Casos crônicos
Governo	Jose Serra – Ministro da Saúde	Abertura	Para aqueles que são ortodoxos do mercado, o mercado não opera assim, porque no mercado as pessoas têm informação. Se vou comprar uma lata de ervilha, não gosto, mudo de lata de ervilha. No entanto, se estou num plano de saúde, como vi uma vez, e, de repente, tenho a pressão alterada, chego lá e falam que não atendem doença crônica. Isso não é possível! Um plano desses é uma imoralidade e a pessoa não sabia, porque isso está escrito em pequenas letras. Esse é o exemplo mais escandaloso que encontrei. Pressão alta não é um problema de nascença, as pessoas o adquirem ao longo da vida. Aliás, contratam um plano de saúde exatamente por isso.

PLANILHAS DOS ATORES – SIMPÓSIO – Avaliação e qualidade

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Avaliação e qualidade
Usuario	Lynn Silver - IDEC	Mesa 2	O setor privado está teimando em adotar os modelos mais retrógrados e fracassados da atenção, como os planinhos incompletos ou <i>managed care</i> , à americana, por organizações com finalidade de lucro, que nos Estados Unidos, por exemplo, levou-os a gastar três vezes mais que os países europeus, com indicadores de saúde piores e boa parte da população desassistida, enquanto os executivos e os acionistas enriquecem.
Prestador	Eleuses Vieira de Paiva - AMB	Mesa 2	Alguns países, com certeza, já adotaram políticas semelhantes. Resta saber se eles têm obtido bons resultados, conseguindo aumentar o acesso e melhorando, sim – se houve –, os indicadores da saúde da população. Os senhores, com certeza, já conhecem muito bem as respostas e quem são esses países.
Operadora	Jose Diniz de Oliveira- Ciefas	Mesa 2	1.O sistema americano não deveria ser modelo nem sob o ponto de vista de custo, de financiamento, porque apresenta altos índices de recursos investidos – quase três mil dólares per capita/ano – e nem também deveria ser copiado por conta dos indicadores de saúde dos norte-americanos que, mesmo despendendo tanto recurso com assistência, ainda têm 44 milhões de desassistidos: são o 19º país em mortalidade infantil e o 21º em expectativa de vida do homem adulto. 2. O modelo da maior parte dos países é meramente um modelo de consumo de serviço de saúde que não promove a qualidade dos indicadores de saúde da população e mal dá resposta a episódios de doenças. 3. É necessário haver cada vez mais ética na relação, responsabilização pelo nível de saúde da população assistida e, ainda, por parte das operadoras, tanto ou mais atenção aos indicadores de saúde da população que assistem como devotam aos indicadores econômicos ou financeiros. 4. Também os médicos sabem, até muito mais do que eu que não sou médico, que em saúde o fato de gastar mais não significa bons indicadores ; os recursos são mal alocados, a oferta determina a demanda.
Operadora	Cláudio Chituzzi - Abraspe	Mesa 3	Outro assunto que achamos interessante é o investimento nas pesquisas de informação. Temos atuado também no âmbito de pesquisas com a Fipe (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas) de São Paulo, no intuito de obter indicadores de saúde que possam nos dar um balizamento, nos ajudar nisso.
Governo	Maria Stella Gregory - ANS	Mesa 3	Para isso, o Programa Olho Vivo valer-se-á dos fluxos de informação internos e externos da ANS e da utilização de indicadores , que através de uma metodologia e modelos estatísticos, construídos especificamente para fiscalização, servirão como base para os critérios de amostragem que irão orientar a programação de trabalho desta fiscalização.
Usuario	Mario Scheffer - CNS	Mesa 6	1.Da mesma forma, as informações sobre os beneficiários de planos, a oferta e a qualidade da assistência das operadoras, sobre os valores de remuneração praticados, os preços de prêmios de todos os planos antigos e novos, são informações que devem ser sistematicamente compartilhadas e integrar um repertório de indicadores disponibilizado pelo Ministério da Saúde para todos os interessados. 2. Outro ponto muito importante – e já estou quase concluindo – é a questão da relação entre as operadoras e os prestadores de serviço. Devemos avançar em definições de responsabilidades sobre a garantia da qualidade do atendimento, políticas e parâmetros de remuneração, políticas de credenciamento, regras de descredenciamento e precisamos dar uma atenção muito especial para a questão da fila dupla, da dupla porta de entrada, o atendimento de usuários de planos em serviços do SUS.
Legislativo	Romeu Tuma - senador	Abertura	1.O direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros, cobertos ou não cobertos pelos planos privados, deve servir como premissa fundamental para equacionar os papéis assistenciais do SUS e das operadoras de planos de saúde, para que possa garantir o acesso com qualidade aos serviços de saúde. 2. Meus caros participantes, o desafio do simpósio sobre a Regulamentação dos Planos de Saúde é enorme e, mesmo podendo parecer por demais ambicioso, tenho a mais absoluta confiança de que vocês poderão identificar os consensos e as

			divergências ora presentes, que irão se constituir em uma agenda de discussão, a qual, envolvendo as autoridades governamentais e a sociedade civil organizada, possa redundar em um promissor futuro para a questão da saúde em nosso país, garantindo a viabilidade econômico-financeira dos agentes e a qualidade da assistência à saúde para os brasileiros.
Legislativo	Sebastião Rocha - Senador	Abertura	Por isso, Ministro José Serra, como aliado do usuário, respeitando as operadoras, o que buscamos no setor de saúde suplementar é o equilíbrio. E o que chamo de equilíbrio? Chamo de equilíbrio aquilo que a sociedade brasileira pode suportar. O equilíbrio está na preservação das empresas, das operadoras, que precisam continuar gerando emprego e prestando serviço de qualidade aos usuários.
Legislativo	Edison Lobão - Senador	Abertura	Há, hoje, uma preocupação com a qualidade de vida, coisa que não havia há 40 anos. O plano de saúde não é outra coisa senão parte dessa preocupação com a qualidade de vida.
Intelectual	Jose Noronha	Mesa 1	1. Dessa forma, tratavam-se de seguro da Previdência Social e indigente com o padrão de qualidade que era possível ser obtido naquele momento. 2. Quando admito a possibilidade de coberturas diferenciadas – não é o que está no corpo da lei, da medida provisória em vigor – começo a poder admitir uma segmentação da qualidade dos cuidados prestados 3. Evidentemente, a prestação do atendimento de uma remuneração profissional e da qualidade do profissional que paga dez vezes a tabela da AMB é certamente maior do que uma remuneração que paga a tabela do SUS. 4. Há necessidade do desenvolvimento de mecanismos de informação e da avaliação da qualidade dos serviços prestados – refiro-me aos mecanismos formais e também à literatura, às experiências nacionais da Europa e da América do Norte, que são abundantes. São iniciativas com monitoramento contínuo de qualidade, com o crédito de redes, planos, hospitais e serviços de saúde que não podem ser deixados de lado.
Governo	Valcler Range Conass	Mesa 1	1. Como o tempo é curto, gostaria de deixar algumas questões que são, talvez, uma tentativa de buscar alguns pontos de contato entre os dois universos de discussão: o que consome, na verdade, a grande parcela de energia dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, no conjunto de gestores do SUS; e o que se refere ao fato de que cada vez precisamos estar mais atentos – com relação a essa grande parcela tanto da produção do serviço de saúde quanto da população – à qualidade da saúde no País. 2. Apesar desse alto nível de descentralização, infelizmente não se pode dizer que a qualidade de vida da população mudou, nem que se garantiu a universalização, que é a qualidade do acesso da população aos serviços. Assim, a todo momento se apresenta esta questão, cuja discussão também deve ser conjunta: a da qualidade do acesso, que julgo que não se refira apenas ao setor público, mas também ao setor privado. É uma discussão ética, que envolve princípios éticos, formação de recursos humanos, qualificação estrutural das unidades e a escolha de parceiros que devemos levar a essa discussão conjunta. Então, novamente, existe mais esse ponto de contato. 3. Na verdade, na implementação do SUS, o ponto que nos foi apresentado foi o da regulação. E, para nós, a regulação precisa ser discutida num caráter mais complexo. É preciso entender que não é uma regulação por si só, mas para atender a necessidades, e que é necessário observar indicadores epidemiológicos, custos e padrões de qualidade sanitários na atenção à saúde; e um conjunto de questões que, efetivamente, são papel para os gestores municipais, estaduais e federais. 4. Ou seja, não é possível pensar em um Sistema Único de Saúde com uma amplitude de ação tão grande quanto essa, com o dever determinado pela Constituição, enquanto 30, 32, 38, ou 40, não importa quantos milhões de pessoas, não têm acesso ao modelo assistencial que está permeando a busca de novos patamares de qualidade de assistência de saúde. Se não formos parceiros nessa discussão, estaremos incorrendo em graves erros. 5. O setor da assistência suplementar à saúde, que estava sedimentado e com a qualidade de seus serviços reconhecida, defronta-se agora com situação atípica, decorrente de fatores diversos que remontam ao Plano Real, desde 1994, com reduzidas taxas de crescimento econômico e fase lenta de expansão, quando não de retração.

Governo	Januário Montone - ANS	Debate mesa 1	1. Acho que, no nosso caso, no caso do setor de saúde suplementar, o que cabe, sim, é um aprofundamento desse cruzamento da regulamentação geral da saúde com a regulamentação específica do setor privado. Temos pontos, inclusive, onde isso aparece com muita clareza: a questão, digamos, da prestação de serviços hospitalares, das definições de padrão de qualidade. 2. Quando estamos falando em padrão de qualidade, estamos falando em padrões de qualidade em saúde. Não é como já foi dito aqui na mesa, do setor público ou do setor privado.
Usuario	Lynn Silver - IDEC	Mesa 2 Debate	1. Até que o Sistema Único de Saúde passe a funcionar com qualidade para todos os cidadãos brasileiros, estaremos convivendo com os planos de saúde. 2. Precisamos, sim, buscar em todos os municípios as formas de incorporar as instituições sem finalidades lucrativas dentro do SUS, com regras em nível de financiamento que possam garantir a qualidade do atendimento ao cidadão. 3. Esperamos, também, que este debate se dê realmente dentro do marco da Política Nacional de Saúde, da política de construção do Sistema Único de Saúde para todos os brasileiros. Sobre tudo, esperamos que o Congresso seja persistente na construção desse grande projeto nacional que é o SUS, com o nível de qualidade que o cidadão deseja. 4. Agora, nosso entendimento é de que a contenção desses custos tem que ser feita sobretudo mediante a educação, mediante as atividades de educação para uma boa qualidade da assistência médica, mediante a divulgação de informações corretas sobre qual o produto farmacológico, sobre quais são os testes de diagnóstico de uso apropriados nas diversas situações clínicas. 5. A experiência tem demonstrado que as operadoras buscam usar mecanismos de regulação indiscriminadas que não visem à boa qualidade da assistência, mas meramente à redução de custos, por isso que se opôs ao médico porteiro como estratégia de redução de custos. Realmente, vêm-se operadores que estão cortando procedimentos, mas que nada fazem com uma taxa de cesárea de 80%, o que é, aliás, o mais comum entre as operadoras e que representam riscos reais aos usuários. Tem que conter custos, mas tem que melhorar a qualidade. Entendemos que a principal estratégia vai ter que ser educacional. 6. O setor anteriormente atendido pelo INAMPS buscou migrar para uma outra fonte de assistência com padrão que seria percebido como de maior qualidade, como antigamente existiam os privilégios do sistema do INAMPS, que é o reflexo, realmente, da sociedade em que vivíamos, que é profundamente desigual. Acredito que o que estamos vendo nessa situação é o reflexo da desigualdade social brasileira. As pessoas estão aí porque o projeto do SUS ainda não está funcionando a contento. Acredito que no dia em que esse projeto estiver funcionando com maior padrão de qualidade, vamos ver migração contrária;
Operadora	Jose Diniz de Oliveira- Ciefas	Mesa 2	1. O modelo da maior parte dos países é meramente um modelo de consumo de serviço de saúde que não promove a qualidade dos indicadores de saúde da população e mal dá resposta a episódios de doenças. 2. As autogestões foram citadas aqui como um exemplo positivo dentre as modalidades existentes no Brasil, mas também não conseguimos nos livrar dos dilemas e quero mencionar alguns deles que caracterizam o mercado de saúde no país, já que também nós compramos serviços e operamos no mercado de saúde estabelecido, intercambiando com prestadores, atendendo usuários, buscando oferecer uma assistência de qualidade melhor, mas também sujeita ao mercantilismo que caracteriza o mercado, o que iremos mencionar aqui na próxima lâmina. 3. Mas a história também não deixa o financiador sem uma mensagem, porque, se pudéssemos tirar uma conclusão, seria a de que é preciso despertar as consciências de todos os atores do nosso modelo no sentido de que cada um tem a sua responsabilidade pela qualidade daquilo que lhe é oferecido – da assistência prestada –, mas também pelo financiamento e pelo custo desse sistema para que ele, de fato, possa perenizar e, sobretudo, agregar cada vez mais cidadãos. 4. Para as representações médicas, creio que elas não deveriam perder-se em reivindicações meramente corporativistas. Elas têm um papel importantíssimo, inclusive em dobrar o empenho na qualidade do ensino médio do País, a proliferação

		Debate	desenfreada de faculdades de Medicina, que sei que é uma bandeira das representações médicas. 5. Então, a história vinha só esclarecer que as relações estão azedadas, inclusive com responsabilidade do financiador, sim, que tem também que se preocupar com a qualidade . Ele não pode ser passivo e só pagar a conta. 6. Então, vamos juntos construir uma forma de, sem deixarmos cair a qualidade da assistência, transferirmos essa renda, porque a renda é uma só. Não há como.
Prestador	Edson Oliveira - CFM	Mesa 3	Embora a Medicina tenha historicamente se comportado através dos tempos ouvindo a experiência popular – vejam aí o exemplo mítico da ordenhadeira de Ener, (?) no caso da varíola –, a quantidade e a qualidade do avanço do conhecimento na ciência médica eram, agora, inusitados e transformadores de comportamento e atitudes como nunca dantes tínhamos visto.
Operadora	Cláudio Chituzzi -Abráspe	Mesa 3	1.Imaginamos que é preciso aumentar a transparência em todos os níveis. É necessário ter como missão a saúde e a qualidade de vida e não uma medicina meramente curativa. 2. Trata-se dos resultados que gostaríamos de atingir, qual seja, uma melhoria nos índices de saúde da qualidade de vida. Essa é uma busca permanente do sistema de autogestão, bem como a redução da morbidade/mortalidade, um aumento do índice de satisfação dos prestadores de serviços e usuários, melhoria do desempenho dos prestadores de serviço, o aumento da produtividade nas empresas, a partir do momento em que se consegue dar uma assistência que garanta a saúde dessa população, uma adequada alocação dos recursos do sistema com redução de gastos, se possível.
Governo	Maria Stella Gregory - ANS	Mesa 3	(...)e criar um ambiente de concorrência e qualidade que deixe os consumidores desses serviços mais satisfeitos.
Governo	João Luis Barroca de Andrea	Debate Mesa 2	1.Quando se fala de equipe de saúde, está-se pensando numa conformação à discussão dessa forma; agora, o que não se pode é misturar uma coisa com outra. Restritor de acesso, nunca; garantidor de qualidade de saúde é uma coisa em que temos que pensar. 2.Há um outro ponto muito interessante quando se trata de cálculo atuarial – e voltaremos a esse tema amanhã: a necessidade de banco de dados para tal cálculo. Fico às vezes um pouco preocupado com a qualidade das informações que recebemos. É possível haver banco de dados em boas operadoras, em operadoras ditas de bom renome no mercado, mas quando perguntamos a tais operadoras quantas diárias foram pagas, a resposta é “ <i>não sei</i> ”. Se não sabe quantas diárias foram pagas, a operadora sabe o quê? Ah, porque essas operadoras... não, o regime era outro. É necessário uma consolidação da base das informações para que contemplemos e façamos uma base de cálculo como a Kaiser tem nos Estados Unidos. Essa empresa tem 30 anos de informação em saúde. Há, então, carga de doença lá. É possível fazer esse tipo de discussão. Não temos isso ainda. A verdade é essa! Mas vamos construir esse tipo de registro. Vamos falar um pouco amanhã sobre o cálculo atuarial.
Usuario	Lucia Salgado-ONG de defesa do consu midor	Mesa 4	Ainda nessa démarche conceitual, os três aspectos principais de regulação, aqueles três pontos-chave sob os quais se detém a regulamentação em qualquer setor, são sempre preço, qualidade e mecanismos de entrada e saída. É justamente isso que faz, depois de muitos anos sem nenhuma regulamentação, a Lei nº.9.656, de 1998. Ela estipula regras para o funcionamento adequado, ou seja, para superar as falhas de mercado na linha de prover regras para preços, para qualidade do fornecimento de serviço e também regras de entrada e saída.
Operadora	Antonio Rodrigues de Barros Junior – Confederação das Santas Casas	Mesa 4	1.atualmente exigido e de que é necessário pessoal com melhor qualificação, citaremos, a seguir, alguns trabalhos que antes não existiam, mas que hoje fazem parte do dia-a-dia de qualquer operadora: o preparo das planilhas para as notas técnicas; as planilhas para o processo de reajuste, com exigências de registro da evolução dos custos nos 24 meses anteriores; montagem do processo e eventuais impugnações de ressarcimento ao SUS; preparação de dados para o acompanhamento das operadoras e dos produtos, agora, pela ANS; procedimentos para a manutenção da qualidade do atendimento e do desempenho financeiro das operadoras, porque pode gerar uma direção fiscal. Enfim, é uma série de trabalhos que exigem conhecimento, entendimento, operacionalização e relacionamento com outros profissionais de melhor nível, ou seja, exigem prazo, recursos e disponibilidade de gerenciamento.

			2.Encantar o cliente. Esta é uma afirmação que precisa ser bem entendida. Na hora em que a regulamentação iguala os produtos em termos de coberturas assistenciais, portanto, preços similares, vale a qualidade do atendimento para conquistar e manter os seus clientes. A filosofia das filantrópicas choca de frente, pois lá todos são iguais. Em relação aos hospitais, a filosofia sempre foi um bom atendimento, independentemente de raça, crença ou convênio, como fica quando se precisa ir ao mercado e conquistar o cliente.
Operadora	Celso Correa de Barros - Unimed	Mesa 4	1.Hoje, consigo compreender a reivindicação dos médicos, a situação que eles estão vivendo, como também, do outro lado, vejo a pressão do custo e como manter essa operadora ativa, fazendo o atendimento de qualidade que todos desejamos aos nossos clientes e, cada vez mais, ampliando as coberturas. 2. Então, para que possamos efetivamente trabalhar e oferecer a assistência que pensamos, queremos e procuramos oferecer, precisamos pensar muito nesse modelo, como estamos trabalhando, como vamos buscar mecanismos para, cada vez mais, garantir aos nossos clientes assistência médica de qualidade ; tentar remunerar melhor o profissional médico; ver a situação dos hospitais. Enfim, toda essa situação que vivemos de dificuldades. 3. Na realidade, na cooperativa, o nosso objetivo é dar condições de trabalho e remuneração adequadas para o médico e garantia de assistência de qualidade ao cliente.
Prestador	Carlos Eduardo Ferreira - FBH	Debate	
		Mesa 5	Vários pontos foram elencados durante as falas dos senhores em relação à necessidade de rever o sistema tributário, de rever o sistema de valor, o pagamento, criar regras, enfim, qualidade e acreditação, mas isso tudo vamos sugerir uma proposta no final da fala.

PLANILHAS DOS ATORES – SIMPÓSIO – Incorporação Tecnológica

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Incorporação
Operadora	Pedro Fasio	Mesa 5	Nós temos que entender que o consumidor tem que ser respeitado, que há necessidade de incorporação tecnológica , que o Brasil é um país pobre, em que não pode haver essa dicotomia com o desperdício de recursos, que temos que melhorar os instrumentos de gestão. Enfim, temos de buscar na mesa de negociação como todos vamos sobreviver no mercado que está aí, porque todos estão se queixando.
Governo	Valcler Rangel CONASS	Mesa 1	E há uma série de discussões conjuntas para inserirmos na agenda da saúde suplementar: a reversão do modelo do aparelho formador, que é um aparelho que forma para a alta tecnologia , que forma para o modelo hospitalocêntrico, medicalizador. Essa é também uma discussão a ser colocada para esses 38 milhões de pessoas que estão sendo atendidas. É uma discussão que está na nossa agenda.
Operadora	Jose Diniz de Oliveira - CIEFAS	Mesa 2 Debate	1. Essa mesma medicina, dividida por especialidades, vem fortemente amparada em tecnologia. Hoje, substituímos a prática médica do exame clínico por diagnósticos cada vez mais apoiados por exames nem sempre resolutivos, mas quase sempre caros. Associado a isso tudo – até porque o nosso usuário também é refém de um <i>marketing</i> da área da saúde, mas não aquele <i>marketing</i> sanitário que poderia estar despertando a consciência das pessoas no sentido de serem elas as primeiras responsáveis pela manutenção de sua saúde, de que elas é que deviam estar investindo no autocuidado, nos bons hábitos de vida – está a cultura que ensina que o melhor é o um exame que acabou de sair, é um novo tomógrafo, é um novo aparelho de ressonância magnética ou um novo medicamento. A esse propósito, é importante mencionar que esse aparato tecnológico também é triste, porque a medicina é a única área em que o avanço tecnológico não reduz custos, como é do conhecimento de Vs. Ex^{as}. 2. Esquecemos de falar em iatrogenia clínica, nos malefícios causados pelos efeitos colaterais dos procedimentos necessários ao caso, como é o caso de grande parte dos exames apoiados em tecnologia, que pode trazer efeitos colaterais para os pacientes. Precisamos discutir esse tema. Se houver médicos que apenas tratam de maneira segmentar os pacientes, esse sistema é pouco resolutivo e caro. 3. Talvez falte falar, neste plenário, quem está ganhando nesse sistema, se todo mundo está perdendo. Certamente, quem está ganhando são os produtores de tecnologia, assim entendidos os grandes maquinários, os grandes medicamentos.
Prestador	Edson Oliveira	Mesa 3	1. Primeiro fato, foi imputado ao médico um ônus pelo qual ele não é responsável da forma como foi dito. Foi dito que o médico, com sua tecnologia e sua ciência, é o responsável por esse descalabro que está aí na gestão dos sistemas de saúde, sejam suplementares, sejam públicos. 2. Ela está trazendo uma questão real: o uso inadequado, circunstancialmente, da tecnologia pelo médico, às vezes despreparado, eventualmente sem condições de usar o recurso da maneira mais adequada. Existe isso. Mas, se existe má fé, e é o que está embutido nisso aqui, o desafio é retornado para a Fassinra e para todo o Ciefas. Estamos abertos em todos os estados, por meio dos Conselhos Regionais de Medicina, e dispostos a analisar – e fazemos isso com a maior tranquilidade e a maior transparência – todos os atos médicos questionados e colocados sob suspeição de correção.
Operadora	Cláudio Chituzzi -ABRASPE	Mesa 3	Falta de informação sobre o desempenho do setor. Temos uma dificuldade enorme de fazer um balizamento e saber se estamos no caminho certo, se estamos fora, se estamos dentro das possibilidades. Novas tecnologias são incorporadas, mas nem sempre geram o benefício esperado, e também incorporam custos ao sistema – incorporam benefícios, mas introduzem custos.
Usuário	Lynn Silver - IDEC	Mesa 2 Debate	Acredito que há um tremendo uso inadequado de procedimentos e tecnologias médicas, mais ainda no setor privado, embora também exista no setor público, e que isso gera custos, gera perigos para o usuário, é ruim para os operadores públicos e privados e é ruim para o consumidor. Agora, nosso entendimento é de que a contenção desses custos tem que ser feita sobretudo mediante a

			educação, mediante as atividades de educação para uma boa qualidade da assistência médica, mediante a divulgação de informações corretas sobre qual o produto farmacológico, sobre quais são os testes de diagnóstico de uso apropriados nas diversas situações clínicas.
Operadora	Celso Correa de Bastos - UNIMED	Mesa 4	1.Eu estava vendo uma situação interessante, a da mamografia digital. Ela já chegou ao Brasil. Segundo os radiologistas, a mamografia tradicional dá o mesmo resultado, mas é evidente que na digital a imagem é melhor. No entanto, o custo do aparelho é de US\$450 mil. Daqui a pouco, teremos mamógrafos digitais espalhados por todo o Brasil. No Rio de Janeiro há mais aparelhos de ressonância do que no Canadá, parece-me. Daqui a pouco os clientes, e com todo o direito, vão querer fazer a mamografia digital. O avanço, a tecnologia , são um direito do cliente. Infelizmente, na outra ponta, o aparelho custa caro, o médico quer receber o valor xis, e temos toda a dificuldade que vivemos. Outros fatores são colocados como, por exemplo, o envelhecimento da população. Graças a Deus, a maior tecnologia propicia o prolongamento da vida. Hoje, os recursos disponíveis são muito maiores. Na realidade, tudo isso é ótimo para o cliente. Mas, por outro lado, manter o equilíbrio é difícil.
		Debate	2. A primeira pergunta é a seguinte: como acha que podem ser mais bem controlados os gastos crescentes e preocupantes com tecnologia na área de saúde, de forma ética e sem a utilização de modelos superados como o <i>manager care</i> e como o governo poderia colaborar em relação aos impostos? Primeiramente, temos alguns problemas na área médica, como a proliferação de escolas médicas; e as entidades médicas têm lutado para evitar que isso aconteça, causando um excesso de médicos no mercado, muitas vezes formados em escolas despreparadas, fazendo com que o médico vá para o mercado de trabalho mal preparado e numa competição brutal. Falo com muita preocupação porque tenho uma filha no quarto ano de medicina e um no segundo, são meus únicos filhos e ambos foram fazer medicina. Um trabalho importante que a Associação Médica Brasileira vem fazendo é o trabalho de diretrizes, que seriam os protocolos ou consensos e que poderão ajudar na educação médica continuada e poderá auxiliar os médicos para que possam estar mais preparados e usando os recursos que efetivamente sejam necessários para os pacientes. Enfim, creio que a educação médica continuada pode nos ajudar, a AMB com seus protocolos . Sou conselheiro do Conselho de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e temos debatido que os médicos precisam começar a discutir custo, senão teremos um sistema com dificuldade de remunerar melhor os médicos.
Governo	Solange Beatriz Palheiro Mendes - ANS	Mesa 4	O mercado ofertante, aproveitando essas novas oportunidades, beneficiou-se, com a maior facilidade, para a incorporação de tecnologias , como vimos aqui. Dessa forma, após o Plano Real, as operadoras aumentaram e diversificaram a oferta de planos.
Prestador	Jorge Cury, da Associação Paulista de Medicina.	Mesa 4 debate - pergunta	“Como o senhor acha que podem ser melhor controlados os gastos crescentes e preocupantes com tecnologia na área de saúde, de forma ética, e sem utilização de modelos esperados como a mamografia cara?”
Governo	João Luis Barroca - ANS	Mesa 2	há dois tipos clássicos de modelo assistencial: aquele tecnológico , em que o procedimento é centrado, e aquele humanista, em que o usuário é centrado (...)Esse modelo tecnológico é a espiral de alto custo, e o humanista tende a ser um custo adequado ao cuidado efetivo da necessidade em saúde.

PLANILHAS DOS ATORES – SIMPÓSIO – Sistema de informações

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Informação
Governo	João Luis Barroca	Mesa 2	1. Inexistência de informações : é dramático isso. A agência vem brigando há um ano e meio para conseguir informação. Por incrível que pareça, há empresas que entram na Justiça contra a Coordenação de Informação e Saúde, para não mandar o cadastro do indivíduo ao coordenador – e há um médico responsável por garantir o sigilo da informação. Isso para vermos de que dificuldade estamos falando: implantação desse cadastro, do coordenador médico e do sistema de informação de produtos, o qual já estou fechando. É a grande novidade aprovada pela diretoria colegiada. Sinto-me muito feliz nesta Casa em dizer que estamos honrando um compromisso assumido na CPI da Mortalidade Materna, em que fomos chamados à responsabilidade de construir um acompanhamento dos índices de mortalidade materna. Essa resolução está aprovada pela agência. Alguns dados, os de custo, começam a ser cobrados só em janeiro, para dar tempo para as operadoras, com sua rede prestadora, levantar dados.
		Mesa 5	2. Entretanto, há desafios, como a construção do sistema de informação – ontem falei sobre a parte assistencial. Vamos construir esse sistema mencionado pelo professor e que implica a utilização de tábuas externas. Pretendo obter os dados do Brasil: número de eventos e custo unitário. Vamos construir um índice de preço setorial – não estamos confortáveis com essa situação.
		Mesa 6	3. É muito frustrante quando, em uma consulta pública sobre sistema de informação , recebemos sete sugestões, tendo mandado para os membros da Câmara de Saúde Suplementar.
Governo	Jose Serra – Ministro da Saúde		1. Na verdade, o que aconteceu com os consumidores? As empresas, para contornarem problemas de seleção adversa, a questão da queda da inflação ou da cadeia da felicidade, eram detentoras de uma questão crucial, que se chama informação , e o consumidor, sem essa informação. Através da falta da informação, reduzia-se o custo. 2. Para aqueles que são ortodoxos do mercado, o mercado não opera assim, porque no mercado as pessoas têm informação . 3. Em um sistema de concorrência perfeita, a questão básica é a informação dos consumidores. 4. Isso vale para os serviços médicos? Porque serviço médico não é mercado, embora possa ter componentes da iniciativa privada. Porque, na concorrência perfeita, a informação é um pré-requisito para operar o sistema. Ou seja, para que o sistema opere, uma das suposições da concorrência perfeita é que a informação seja de todos. Na saúde, em geral, o que se vende é a informação . O que é uma premissa para o funcionamento da concorrência, na saúde, é mercadoria. O que o consumidor compra é a informação . Isso é essencial para que essa discussão não se prolongue indefinidamente em nosso país. Não tem mercado operando na forma tradicional no setor porque o consumidor não tem a informação. Portanto, precisa haver o poder regulatório da área pública interferindo. 5. Criamos a Câmara de Consulta de Saúde Suplementar com participação de todos e até um Disque-Planos de Saúde – Disque-ANS –, que, segundo a Stella [Maria Stella Gregori], já deve estar tendo umas 300 consultas diárias, para informação . Informação é uma questão crítica dentro disso tudo.
Intelectuais	Jose Noronha ABRASCO	Mesa 1	1. Falo da capacidade de o sistema nacional de saúde ter condições – e não me refiro exclusivamente ao sistema de saúde suplementar, mas o incluo nessa condição – de informar adequadamente o público a respeito do que estão realmente obtendo, seja porque pagam ou porque contribuem pelos seus planos, seja porque contribuem com impostos para a sustentação do sistema nacional de saúde. 2. Há necessidade do desenvolvimento de mecanismos de informação e da avaliação da qualidade dos serviços prestados – refiro-me aos mecanismos formais e também à literatura, às experiências nacionais da Europa e da América do Norte, que são abundantes.

Governo	Carlos Alberto Gebrim Preto CONASEMS	Mesa 1	Entendemos, também, que temos que ter uma posição na defesa da gestão da regulamentação do sistema público sobre o setor privado, porque é fundamental, até para o planejamento do setor de saúde, que exista essa regulamentação e também que essa discussão toda seja realmente entronizada nos conselhos municipais de saúde, com o intuito de que os conselhos tenham mais informações sobre a questão da saúde suplementar, podendo, assim, por meio de seus conselheiros, repassar para as suas entidades essas informações, a fim de que os usuários do Sistema Único de Saúde também conheçam mais o que está ocorrendo.
Governo	Januário Montone ANS	Mesa 1	1.O ressarcimento ao SUS, na verdade, era auto-aplicável enquanto norma, mas ele dependia de três pressupostos básicos: a formação do cadastro de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, a fixação dos valores a serem ressarcidos que, depois, geraram a tabela nacional de ressarcimento e o desenvolvimento de um sistema de informações e processamento que, só para lembrar, é proibida a identificação do usuário na porta pública para efeito de ressarcimento. 2. Demarcado esse campo das estratégias – e, repito, são estratégias da legislação e não da agência –, eu queria pontuar rapidamente o balanço das atividades em cada um desses campos. E, para tentar dar visibilidade, nós estamos dando exemplo nesses itens que foram colocados: a regulamentação da cobertura assistencial, condições de ingresso, preço, efetividade da regulação, comunicação e informação e ressarcimento ao SUS. 3. Que bom que hoje podemos estar cruzando... são milhares e milhões, são 12 milhões de AIHs que já foram processadas e cruzadas com o sistema de saúde suplementar, muito menos do que para gerar dinheiro, para gerar informações , para gerar capacidade de análise, para gerar capacidade de visibilidade da inter-relação desses sistemas.
		Debate	
Usuário	Lynn Silver – IDEC e UnB	Mesa 2	Como pontos positivos que podemos destacar nesses últimos três anos de legislação, temos a regulamentação de ressarcimento do SUS, a publicação inicial de um rol de procedimentos bastante abrangente, a obrigatoriedade das informações básicas que permitem a fiscalização, a regulamentação de atendimento da saúde mental dentro de uma filosofia antimanicomial, algum grau de regulamentação econômica de aumentos para planos individuais. 2. Esperamos que, no futuro, a regulamentação desse setor seja feita de forma mais transparente para a sociedade, com maior controle social e sem o tipo de informação enganosa que vem sendo veiculada nos últimos dias. 3. Analisamos, por exemplo, uma das questões que não sabemos que é quanto custa atender um paciente nesses termos no Brasil. Tínhamos alguns dados da autogestão, que sugeria ser possível no Brasil atender a populações de usuários com relativa decência em planos integrais com preços que eram bem aquém daqueles praticados por muitas operadoras. Mas justamente uma parte muito importante da informação , que faz falta para regular os preços, é esse conhecimento de quanto está custando para atender a população. Acredito que isso deve avançar com a agência. 4. Agora, nosso entendimento é de que a contenção desses custos tem que ser feita sobretudo mediante a educação, mediante as atividades de educação para uma boa qualidade da assistência médica, mediante a divulgação de informações corretas sobre qual o produto farmacológico, sobre quais são os testes de diagnóstico de uso apropriados nas diversas situações clínicas.
		Debate	
Operadora	Jose Diniz de Oliveira - Ciefas	Mesa 2	1.O mercado de saúde é imperfeito e o grau de informação entre o usuário e o paciente é desmesuradamente inferior em relação ao do médico. 2. Trago também um exemplo que nos ajudará a entender a questão da formação médica: essa frase do genial Millôr Fernandes, que ilustra bem a Medicina dividida em especialidades, quando diz que “ <i>um médico leva a outro</i> ”. Por quê? Não são incomuns nossas informações de saúde, já que perdemos, infelizmente, o médico – seja ele de ou da família – ou o clínico geral, que colecionava as nossas informações de saúde. Atualmente, esses dados estão perdidos nos inúmeros prontuários dos vários consultórios que visitamos durante a nossa vida. As nossas informações de saúde deveriam ser o nosso bem mais importante, sobretudo na hora em que padecemos de algum agravo. 3. Cabe às operadoras, de modo geral – inclusive às autogestões –profissionalizar sua gestão, investir em tecnologia de informação – em banco de dados precisos – não apenas com relação a custo, buscando também a preocupação de conhecer o perfil de modus mortalidade da população que assistem 4. Mas defendo, sim, o sistema apoiado em medicina da família, que passa a orientar melhor o usuário, para que possamos voltar a
		Debate	

			ter médicos que enxerguem o doente, e não apenas a doença, oferecendo um serviço que coleciona as informações de saúde das pessoas e as oriente nas suas necessidades de acesso à rede. A triagem leiga pode trazer muito benefício.
Governo	João Luis Barroca de Andréa - ANS	Mesa 2	1. Há um outro ponto muito interessante quando se trata de cálculo atuarial – e voltaremos a esse tema amanhã: a necessidade de banco de dados para tal cálculo. Fico às vezes um pouco preocupado com a qualidade das informações que recebemos. É possível haver banco de dados em boas operadoras, em operadoras ditas de bom renome no mercado, mas quando perguntamos a tais operadoras quantas diárias foram pagas, a resposta é “ <i>não sei</i> ”. Se não sabe quantas diárias foram pagas, a operadora sabe o quê? Ah, porque essas operadoras... não, o regime era outro. É necessário uma consolidação da base das informações para que contemplemos e façamos uma base de cálculo como a Kaiser tem nos Estados Unidos. Essa empresa tem 30 anos de informação em saúde. Há, então, carga de doença lá. É possível fazer esse tipo de discussão. Não temos isso ainda. A verdade é essa! Mas vamos construir esse tipo de registro. Vamos falar um pouco amanhã sobre o cálculo atuarial.
		Debate	2. No individual, há falhas na estrutura concorrencial, conforme já falei, competição fundamentalmente pelos mais jovens, relação desigual (pessoa jurídica x pessoa física) na informação , na estrutura da informação.
		Mesa 5	3. Há muita informação que a agência está construindo para verificar qual é a realidade no Brasil. Não adianta buscarmos tábuas de maior mortalidade de outros países. Essa é uma informação curiosa que a agência terá de investigar e discutir com o mercado.
		Mesa 6	4. No aspecto regulação de preços, que é objeto desta mesa, o foco principal da regulação são os produtos individuais ou familiares pela maior assimetria de informação . 5. Como política de reajuste, em 2000, criamos, com base nos índices de preços, 5,42%, como teto. Às vezes, parece que inventamos. Discutiu-se e houve consenso. Não havia índices que realmente capturassem a variação da saúde suplementar. Havia grandes inconsistências nas informações enviadas pelas operadoras. Então vinculamos ao mercado coletivo.
		Debate da Mesa 6	6. Quanto à segunda pergunta, sobre o fato de o equilíbrio ser inatingível, eu disse ontem e repito hoje: sou otimista e acredito que esse equilíbrio seja atingível sim, com informação , responsabilidade e com transparência das informações . 8. E o último ponto desse bloco de perguntas, Deputado, é sobre o respeito ao trabalho médico. Esse tema foi abordado aqui várias vezes e é um objeto de preocupação da agência, e estávamos demonstrando isso no sistema de informação de acompanhamento, de conhecimento e de atuação contra os constrangimentos que o médico hoje já sofre, muitas vezes, no exercício de sua profissão. Em algum momento, nesses nossos diversos pontos de pauta, vamos ter que abordar, e sou médico também, a valorização do ato médico.
Operadora	Cláudio Chituzzi - Abraspe	Mesa 3	1. Dito isso, e até para falar um pouco quando tratamos do tema do direito dos consumidores, vou focar um pouco os problemas da autogestão, que talvez também sejam dos outros modelos. Não temos muitas informações e elas não são transparentes. Hoje o consumidor tem enorme dificuldade para interpretar esse emaranhado que aí está. Mesmo sem essa regulamentação, ainda nos penitenciamos pela nossa falta de transparência com nossos usuários. É difícil uma comunicação muito clara que deixe absolutamente transparente para nossos usuários qual o alcance, direito, cobertura, abrangência, até onde ele pode ou não. Isso tem sido um trabalho de formiguinha, tanto nas áreas de recurso humano das empresas, nos sindicatos, nas próprias empresas que atuam. 2. Falta de informação sobre o desempenho do setor. Temos uma dificuldade enorme de fazer um balizamento e saber se estamos no caminho certo, se estamos fora, se estamos dentro das possibilidades. 3. Outra coisa que achamos interessante é a interação que temos com as próprias concorrentes, o que vem no bojo dessa regulamentação. Já faz 5, 6 anos que participamos de mesas de debates promovidas no âmbito do governo para a regulamentação, e temos encontrado ressonância, uma boa interação com outros segmentos, que passam a nos dar informações sobre como estão operando, para poderem também se situar. 4. Outro assunto que achamos interessante é o investimento nas pesquisas de informação . Temos atuado também no âmbito de pesquisas com a Fipe (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas) de São Paulo, no intuito de obter indicadores de saúde que possam nos dar um balizamento, nos ajudar nisso.

Governo	Maria Stella Gregory - ANS	Mesa 3	1.O debate, hoje, não é mais a afirmação do consumidor. Isto, penso que já se alcançou. O desafio, agora, é melhorar o grau de qualidade desse reconhecimento, isto é, convencer as empresas de que o consumidor quer respeito e eficiência. E isso passa por respostas rápidas; atendimento diferenciado; o máximo de informações sobre o produto que pretende consumir; a segurança dos seus dados pessoais, quando necessários para a realização dos negócios. Enfim, que as empresas honrem a imagem que passaram ou venderam para o seu cliente. Esse parece ser o foco do esforço que deve ser empreendido. 2. Resumidamente, o Programa Cidadania Ativa reúne as atividades voltadas para o atendimento direto e individualizado ao consumidor de planos privados de assistência à saúde, além de disseminar informações e dados que estimulem o exercício da cidadania, a participação do cidadão na defesa dos seus direitos, a defesa da concorrência e a transparência do mercado. 3. Assim, tanto o Disque-ANS como os demais mecanismos de acesso – telefone, fax, e-mail e atendimento pessoal – são, antes de tudo, uma estratégia de comunicação, uma forma nova de o nosso usuário se relacionar conosco e, a partir desse relacionamento, gerar valor para ele e para a solução dos problemas do setor. Também tem o objetivo de fazer com que as informações cheguem à ANS para que ela possa exercer cada vez mais e melhor sua função regulatória e fiscalizatória para assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde as coberturas garantidas pela Lei nº 9.656, de 1998, e a continuidade dos serviços por eles contratados; evitar abusos na fixação de preços e produtos; dar transparência ao setor, garantindo o seu desenvolvimento e integração com o SUS; garantir que as operadoras e prestadoras de serviços de assistência à saúde suplementar exerçam suas atividades em conformidade com a lei; e criar um ambiente de concorrência e qualidade que deixe os consumidores desses serviços mais satisfeitos. 4. Para isso, o Programa Olho Vivo valer-se-á dos fluxos de informação internos e externos da ANS e da utilização de indicadores, que através de uma metodologia e modelos estatísticos, construídos especificamente para fiscalização, servirão como base para os critérios de amostragem que irão orientar a programação de trabalho desta fiscalização. 5. Portanto, percebemos que o consumidor demonstra estar carente de informações. Pelo Disque-ANS, percebemos que ele está demandando informações sobre os planos, empresas etc., e as denúncias abrangem 5% e, no caso abaixo, 40% em relação às consultas. Esses são os dados de atendimento ao consumidor.
Usuário	Lucia Salgado – Profa e pesquisadora. Preside uma ONG	Mesa 4	Há muitos mercados onde há falhas, para se usar a terminologia técnica. Essas falhas são representadas pela dificuldade do mercado em prover os sinais adequados para que as escolhas tanto de produtores, quanto de consumidores sejam as melhores possíveis. Assim, existe a regulação, justamente porque existe informação assimétrica, dificuldade de entrada e saída de provedores, dificuldade de os consumidores fazerem as escolhas que decidirem no momento da sua necessidade de recorrer a um plano. De uma maneira geral, a regulamentação existe para reequilibrar relações de mercado que são, estruturalmente, assimétricas e desequilibradas em função da presença de falhas de mercado.
Operadora	Antonio Rodrigues de Barros – Santa Casa	Mesa 4	1.Qual é a estrutura de que precisamos? Cinco pontos devem ser destacados e são perseguidos para formar a nova estrutura necessária a fim de propiciar uma adequada gestão aos planos de saúde das filantrópicas: melhor qualificação técnica do pessoal, um adequado sistema de informática, foco no cliente, um considerado esforço de vendas e gestão de custos. Creio que isso se aplica muito ao operador, não apenas às Santas Casas. 2. Pelos próprios exemplos mencionados no item anterior, fica muito óbvio que, sem um adequado sistema de informática, não se consegue atender à demanda de informações exigidas pela agência, principalmente. 3. Portanto, falar em informática implica falar em novos equipamentos, sistema completo de operacionalização e gerenciamento do plano de saúde, e lembramos que no superávit já autorizado na manutenção do hospital não existem sobras financeiras.
Governo	Solange Beatriz Palheiros Mendes - ANS	Mesa 4	Vale ressaltar que uma análise mais apurada do setor só será possível ao final do próximo ano, com a consolidação do Diops, que é um documento de informação periódica, que está sendo prestado à agência, a partir de julho deste ano, e que, portanto, ao término do ano de 2001, já se tem uma série histórica que permita se dispor de informações mais ágeis e sistemáticas das operadoras.

Usuário	Lucia Helena – Procon SP	Mesa 5	Fato é que, além de haver contratos omissos quanto aos percentuais de reajustes, havia também contratos com percentuais abusivos, ou redigidos de forma a não dar clareza ao consumidor, com fórmulas – USs e Uhs – só compreendidas pela própria empresa e que ainda continuavam nos contratos dos consumidores. Mais do que isso, acabavam por não dar o direito básico previsto no Código de Defesa do Consumidor: o direito à informação .
Operadora	Roberto Westenberg - Fenaseg	Mesa 5	1.Importante: essa precisão requer o armazenamento de um grande volume de informações históricas. Ou seja, para a operadora de risco é uma função precípua da atividade guardar dados e informações referentes a suas operações passadas, para que possa, ao olhar o passado, derivar as melhores estimativas possíveis para o futuro. 2. Numa atividade como a de seguradora, na maioria dos casos, nem sempre o banco de dados próprio da seguradora é suficiente para que ela possa precificar o risco. Por vezes, ela precisa fazer uma precificação numa região em que opera pouco, o que requer, para esse exercício, informações consolidadas de todo o mercado. Assim, além das suas próprias informações, ela utiliza também informações colocadas à disposição por um <i>pool</i> de informações, envolvendo várias operadoras. 3. Como seria feita essa precificação? Conforme colocado, o custo desse risco é dividido nos dois fatores que o compõe – a frequência e o custo médio –, e todos os números que aparecem nessas duas frações são extraídos desse banco de dados de informações históricas, envolvendo dados da seguradora e também do mercado, onde aquele risco está-se materializando. No caso, temos um custo de R\$42,71 para esse risco que foi exemplificado. Vejam que isso não é preço, mas custo do risco, senão teríamos que adicionar as margens. 4. No terceiro ponto, se a Fenaseg disponibilizaria as informações , não posso falar em nome da Fenaseg. Existe evidentemente essa informação, 83%, que é uma informação pública e já dá, digamos assim, uma margem, pelo menos onde está, vou usar um termo também técnico, o <i>breakeven</i> – traduzindo no popular, onde está o fundo da piscina. Essa idéia do fundo da piscina já pode ser obtida por esses 83%.
		Debate	
Usuário	Mario Scheffer - CNS	Mesa 6	1.Da mesma forma, as informações sobre os beneficiários de planos, a oferta e a qualidade da assistência das operadoras, sobre os valores de remuneração praticados, os preços de prêmios de todos os planos antigos e novos, são informações que devem ser sistematicamente compartilhadas e integrar um repertório de indicadores disponibilizado pelo Ministério da Saúde para todos os interessados.
		Debate	2.A diretoria responsável tem feito esforços nesse sentido, mas depende, fundamentalmente, quando se fala de resseguro, está-se falando necessariamente da construção de uma base de informações sólida, e isso é uma coisa ainda em construção.
Usuário	Humberto Jacques de Medeiros – Ministério Público	Debate Mesa 6	1.O que eu lhe respondo, Marcelo – e é muito boa a pergunta – é que há um ponto não maduramente tratado na construção da co-habitação do Sistema Único de Saúde e programas de planos de saúde privado. É o fato do direito à informação que temos todos, na condição de cidadãos ou na condição de consumidores. Não são colocados à mesa com clareza a todos as portas de entrada, os focos de referência, as coberturas do sistema público e do sistema privado. 2.O fato é que hoje as decisões do consumidor, do cidadão são tomadas um tanto quanto no escuro. O direito à informação não é respeitado; e aí surge um outro drama, não sabemos porque optarmos por um plano ou outro plano. 3. O que está sendo flagrantemente violado por todo o sistema de saúde – o Sistema Único Público e os planos privados – é a revelação do que está coberto, onde está descoberto, onde não há resolutividade e do que eu preciso me acautelar. Essa co-habitação sem informação e mal regulada permite, por exemplo, algo que é extremamente violador do princípio da igualdade e da equidade e é um abuso da liberdade: pensar que o Sistema de Saúde suplementar tenha como carro-chefe da sua tração o mau funcionamento do SUS ou a deficiência do SUS. 4. Nesse sentido, esclareço-lhes que o acesso da população a essas informações passa pelo controle social do sistema público de saúde e o controle social sobre os planos privados de saúde. Sem informação não é possível o exercício da liberdade de opção.

PLANILHAS DOS ATORES – SIMPÓSIO – Organização da rede

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	rede
Intelectual	Jose Carvalho de Noronha - Abrasco	Mesa 1	A idéia de rede ordenada de serviços é extremamente importante.
Operadora	Arlindo de Almeida - Abramge	Mesa 1	A ampliação das demandas pressionou por extensão de coberturas e, como consequência, promoveu organização de redes credenciadas, que se somaram aos serviços próprios das empresas médicas. O processo levou à formação de uma teia de relações extremamente complexa, envolvendo, de um lado, empresas médicas e empresas empregadoras contratantes de seus serviços e, de outro, os provedores na área de saúde, sejam eles hospitais ou médicos.
Governo	Januário Montone - ANS	Debate mesa 1	1.Houve a abertura de uma agenda de discussões muito claramente colocada, sem nenhum impacto imediato, que tocava e toca em questões delicadas, tanto que algumas delas foram usadas como cavalo de batalha do processo de discussão, como a famosa discussão sobre se o que estávamos colocando em discussão, para regulamentação, de clarear, de dar transparência às atuais modalidades praticadas legalmente no setor e que, na visão que tivemos, significariam três modelos, ou de livre escolha, ou de rede com livre escolha na rede e o de rede de acesso hierarquizada. (sobre a MP 43) 2.Quando disse que todos os assuntos foram debatidos e discutidos, é verdade. Essa questão da lei do reembolso, o acesso e plano de rede foi parte do debate sobre credenciamento e descredenciamento de profissionais médicos na última câmara de saúde suplementar, porque está intrinsecamente ligado a isso. A maior ou menor rigidez do controle do credenciamento e descredenciamento do profissional médico, dos laboratórios e dos hospitais tem a ver com modalidade do que está sendo oferecido e contratado; isso estava presente na câmara.
Usuario	Lynn Silver - Idec	Mesa 2	Também a lei proibiu a limitação da participação de usuários, restringiu o descredenciamento , limitou os prazos absurdos de carências até então existentes, tornou obrigatória a cobertura ao recém-nascido, proibiu a rescisão contratual unilateral, garantiu a cobertura à saúde mental até então geralmente excluída, assegurou algum grau de atenção ao demitido e ao aposentado, definiu ressarcimento ao SUS e a obrigatoriedade da cobertura de urgência e emergências. Foram realmente ganhos obtidos com essa legislação aprovada aqui no Congresso.
Operadora	Jose Diniz de Oliveira - Ciefas	Mesa 2	Os órgãos de representação de defesa do consumidor muitas vezes empunham bandeiras de maneira crítica, como no caso do credenciamento universal. E nós, das autogestões, somos frontalmente contra essa prática. Já vi alguns órgãos de defesa do consumidor defendendo o credenciamento universal , e por conta do mercado imperfeito, por conta da responsabilização das operadoras em cima do ato médico, é indefensável essa bandeira. Pois pode ser a defesa não exatamente de um benefício para os usuários.
Governo	João Luis Barroca de Andréa - ANS	Mesa 2	É implícito que o consumidor absolutamente não entende o que é uma porta de entrada, ou uma hierarquização, ou um direcionamento. Então, qual era nossa proposta? Aumentar a clareza desse tipo de contrato, desse tipo de mecanismo de regulação de uso, para que ele seja um mecanismo de regulação de uso, e não um fator de restrição de acesso. (sobre a MP43) É importante dizer que não inventamos isso agora. Está na Lei nº 9.961, art. 4º, inciso VII, e também já estava na Lei nº 9.956. O que queremos – e é compromisso da agência – é trazer à luz esse tipo de plano que hoje o consumidor compra e está, de certa forma, desprotegido.

Prestador	Edson Oliveira - CFM	Mesa 3	Tentamos impedir que o rolo compressor desse comportamento passasse por cima do médico e do paciente. Com a edição da resolução do CFM nº 1.616 deste ano, esta resolução procura trazer o mínimo de segurança ao sistema ao impedir o descredenciamento justificado.
Operadora	Cláudio Chituzzi - Abraspe	Mesa 3	Hoje o usuário recebe uma carteirinha, um manual, e utiliza o serviços que estão disponíveis na rede . Por um lado, é bom; por outro, não. Vocês podem imaginar nosso grau de dificuldade, quando o usuário não consegue utilizar adequadamente o serviço
Prestador	Jorge, da Associação Paulista de Medicina.	Debate Mesa	<i>“Vocês não acham que a falta de segurança extrema dos médicos em relação a sua liberdade de atuação, honorários insignificantes e possibilidade freqüente de descredenciamento também sejam prejudiciais aos pacientes e à saúde no seu todo? A ANS também não deveria atuar modulando isso?”</i>
Operadora	Jose Diniz de Oliveira - Ciefas	Debate Mesa 2	1. Acho que os freqüentes descredenciamentos imotivados são prejudiciais, sim, aos usuários e também contrariam os interesses médicos. Mas não acho que uma entidade médica que não tem poder de legislar venha interferir numa relação que é prevista no Código Civil e que é amparada em contratos perfeitos, como costumam fazer as empresas de autogestão. 2. Mas defendo, sim, o sistema apoiado em medicina da família, que passa a orientar melhor o usuário, para que possamos voltar a ter médicos que enxerguem o doente, e não apenas a doença, oferecendo um serviço que colecionasse as informações de saúde das pessoas e as oriente nas suas necessidades de acesso à rede .
Prestador	Erivaldêia Guimarães Presidente da Confederação Médica Brasileira,	Debate da Mesa 2	<i>“V. S. concorda com a supressão do parágrafo único do art. 2º da Lei nº 9.656, de 1998, que trata do referenciamento, e com a adição de um novo inciso no referido artigo, estipulando o credenciamento das pessoas físicas pelas centrais ou departamentos de convênios e a definição dos valores e da forma de remuneração do profissional por um processo coletivo de negociação? “ “O credenciamento coletivo deverá conter os seguintes princípios: a) livre escolha do médico e demais profissionais de saúde pelos usuários pacientes; b) o médico atenderá pacientes originários de qualquer plano de seguro privado de assistência à saúde. O senhor concorda também que essa proposta deva fazer parte dos anais deste simpósio?”</i>
Prestador	Eleuses Vieira de Paiva - AMB	Debate Mesa 2	Com relação à segunda pergunta da Dra. Erivaldêia, concordo plenamente com ela. Acho que teríamos um grande avanço e estaríamos resgatando algo que, infelizmente, perdemos nessas últimas décadas; ou seja, relação médico/paciente. Acredito que é extremamente salutar darmos ao usuário o direito de escolher o seu médico , de optar não por listas preestabelecidas, mas de procurar aquele médico em quem confia. Não tenho dúvida de que se essa medida parece, num primeiro momento, custar mais para as operadoras – gostaria de discutir isso depois, se tivermos oportunidade, num fórum específico –, não tenho dúvida também de que assim estaremos melhorando a resolutividade do sistema. Ao melhorarmos a relação médico/paciente, ao melhorarmos a resolutividade do sistema, talvez estejamos também, do ponto de vista dos recursos, viabilizando essa proposta.
Governo	João Luis Barroca de Andréa - ANS	Debate mesa 2	1. Acho que num bom sistema de saúde existe lugar para todos os médicos, de todas as especialidades; mesmo da superespecialidade para as redes de suporte, há a especialidade chamada básica, que, no final das contas, é a quem temos que recorrer quando nosso filho fica doente, quando temos um problema e não sabemos o que é. Então, de jeito nenhum, para deixar bem claro, estou defendendo a banalização do ato médico, de jeito nenhum. Acho que temos avanços importantíssimos na medicina e lugar para superespecialista existe, para especialista, para aquele que só trata de uma determinada coisa, tem lugar para todo o mundo. O que se tem é que pensar sobre esse modelo. 2. Enfim, mesmo tendo, às vezes, opiniões divergentes ou, às vezes, alguns problemas, eu queria deixar registrada, relativamente à ANS, a vontade de continuar ou de voltarmos a nos aproximar do Conselho Federal de Medicina para que possamos discutir o que é uma rede , como se monta uma rede. Enfim, os aspectos técnicos, atuam no sentido sinérgico das atribuições das duas instituições. 3. Essas perguntas só nos fazem ter a certeza de que esses debates serão muito ricos, que comecemos a desvendar, a conhecer e a colocar na mesa toda a complexidade dessa situação, a montar uma rede de atendimento, ou seja, o médico estará dentro de uma rede

		Debate mesa 6	de atendimento. No nosso consultório, tínhamos nossos colegas de suporte, para o qual encaminhávamos pacientes ou relatávamos o caso e ele descrevia o procedimento adequado. Não acredito no trabalho isolado, no ato isolado. Os pacientes serão mais bem atendidos quando a linha de cuidado for mais clara, do início ao fim, com a complexidade, e aí não resisto, não é de restrição.
Operadora	Celso Correa de Barros - UNIMED	Mesa 4	Hoje, temos 364 cooperativas e estamos presentes em, aproximadamente, 80% do território nacional. Temos cerca de 11 milhões de clientes, 91 mil médicos cooperados, praticamente um terço dos médicos ativos no Brasil, 70 mil empresas contratantes, geramos 16 mil empregos diretos e 260 mil empregos indiretos. São 53 hospitais próprios, 3.560 hospitais credenciados, 3 mil leitos próprios, 42 milhões de consultas/ano, 1.200.000 internações/ano, 75 milhões de exames complementares/ano. A operadora nacional, hoje, tem cerca de 199 singulares, compostas pelas federações e uma cooperativa central, a Confederação Uniodonto, que congrega 178 cooperativas odontológicas e 188 cooperativas
Governo	Solange Beatriz Palheiro Mendes - ANS	Mesa 4	Na questão da segmentação médico-hospitalar, basicamente estão divididas em segmentos primários, principal subsidiário, e aí fazendo também em nível secundário, e o terciário, que equivale, vamos dizer assim, às seguradoras. Essa segmentação teve por base, como um critério, a capacidade de cada segmento garantir o risco do beneficiário, capacidade esta que está relacionada com a existência, ou não, de rede própria para a prestação do serviço .
Usuario	Lucia Helena Magalhães – Procon SP	Mesa 5 Debate Mesa 5	1. Por último, gostaria de falar sobre a revisão técnica, questão que foi muito criticada pelos órgãos de defesa do consumidor. Por quê? Porque ela é a expressão da alteração unilateral do contrato. Em razão de problemas econômico-financeiros das operadoras, o consumidor tinha três alternativas: ou ele pagava em torno de 20% de reajuste para que pudesse manter a rede hospitalar – as duas empresas que tiveram a revisão técnica arcariam com algo em torno de 10%, com perda de rede hospitalar – ou, para que ele efetivamente não tivesse reajuste, teria que co-participar, ou franquiar, perdendo rede hospitalar. Ou seja, o consumidor que tinha o seu contrato firmado – estamos de contrato antigo –, teve uma total violação do seu direito contratual previsto e garantido pelo Código de Defesa do Consumidor. 2. Quando se propõe uma revisão técnica em que o consumidor conta com uma junção de situações em que a perda de rede hospitalar é combinada com o aumento da mensalidade, ele é duplamente penalizado. Ou seja, haverá redução no atendimento e aumento da mensalidade em prol da manutenção da empresa.
Usuario	Mario Scheffer - CNS	Mesa 6	1. Outro ponto da agenda diz respeito à ampliação de coberturas. O acúmulo de denúncias de negação de atendimento, de restrição de coberturas, de reajustes exorbitantes, enfim, de abusos de todo o tipo como controle de utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos, problemas no credenciamento e descredenciamento , a má remuneração dos prestadores, tudo isso uniu as entidades de defesa do consumidor, dos usuários e entidades de defesas de profissionais, especialmente os médicos. E a criação, em São Paulo, do Fórum Nacional de Acompanhamento da Regulamentação dos Planos de Saúde deu forma a essa articulação. 2. Outro ponto muito importante – e já estou quase concluindo – é a questão da relação entre as operadoras e os prestadores de serviço. Devemos avançar em definições de responsabilidades sobre a garantia da qualidade do atendimento, políticas e parâmetros de remuneração, políticas de credenciamento , regras de descredenciamento e precisamos dar uma atenção muito especial para a questão da fila dupla, da dupla porta de entrada, o atendimento de usuários de planos em serviços do SUS.
Legislativo	Deputado Henrique Fontana	Mesa 6	Não tenho uma posição absolutamente imutável em relação a nenhum assunto, estou sempre disposto a ouvir e debater. Por exemplo, o desafio do credenciamento universal me parece muito positivo do ponto de vista do mercado. Se há um mercado dos planos privados de saúde, por que os planos não dizem para os cidadãos, para os pacientes, quanto eles pagam por uma consulta médica? Se assim fizessem, o cidadão poderia procurar um médico da sua confiança, da sua relação e que está disposto a atender por aquele valor que o plano de saúde paga. Com isso, inclusive, haveria competição entre os planos de saúde para oferecer uma remuneração melhor para alguns procedimentos, para a consulta, etc. E o cidadão, no momento de comprar o seu plano, veria o quanto será cobrado por mês e também o quanto o plano pagaria por uma consulta.
Legislativo	Senador Romeu Tuma	Abertura	O direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros, cobertos ou não cobertos pelos planos privados, deve servir como premissa fundamental para equacionar os papéis assistenciais do SUS e das operadoras de planos de saúde, para que possa garantir o acesso com qualidade aos serviços de saúde.

Intelectual	Jose Carvalho de Noronha - Abrasco	Mesa 1	1. Há vários conceitos de extrema relevância quando buscamos discutir a integração entre o público e o privado, em que o tema essencial não é simplesmente um mercado gerador de serviços, não é um mercado qualquer, como foi de certa forma mencionado pelo Ministro José Serra esta manhã, mas um mercado extremamente particular, em que a questão central que orienta a estruturação dessas políticas, inclusive as ações comerciais que se dão nesse seio, têm por objeto a prestação de serviços, garantindo o acesso universal e igualitário às ações de serviços para sua promoção, proteção e recuperação. 2. Ou seja, na definição de uma política de saúde, serão as necessidades clínicas e as necessidades de cuidados à saúde e não a capacidade de pagar que devem definir o acesso e uso dos serviços de saúde 3. Como profissional de saúde pública e como professor de planejamento e de política de saúde, a lógica que preside o meu raciocínio é a das necessidades assistenciais, do pleno acesso, independentemente da capacidade de pagar essas necessidades assistenciais. A forma como isso é financiado é uma questão que é refletida a partir dessas necessidades assistenciais, e não o contrário, ou seja, o reordenamento pelo financiamento. 4. Precisamos admitir recortes de abrangência regional, portanto, o TFD – o tratamento fora do domicílio que o SUS é obrigado a conceder – seria dispensado a determinados planos que não tivessem capacidade de acesso aos recursos na sua área de abrangência.
Governo	Valcler Rangel - CONASS	Mesa 1	1. Apesar desse alto nível de descentralização, infelizmente não se pode dizer que a qualidade de vida da população mudou, nem que se garantiu a universalização, que é a qualidade do acesso da população aos serviços. Assim, a todo momento se apresenta esta questão, cuja discussão também deve ser conjunta: a da qualidade do acesso, que julgo que não se refira apenas ao setor público, mas também ao setor privado 2. Ou seja, não é possível pensar em um Sistema Único de Saúde com uma amplitude de ação tão grande quanto essa, com o dever determinado pela Constituição, enquanto 30, 32, 38, ou 40, não importa quantos milhões de pessoas, não têm acesso ao modelo assistencial que está permeando a busca de novos patamares de qualidade de assistência de saúde. Se não formos parceiros nessa discussão, estaremos incorrendo em graves erros. 3. Que o Sistema Único de Saúde (SUS) possa efetivamente garantir esse acesso de uma maneira mais igualitária e mais permeável, mais facilitada para esse usuário, que, na verdade, tem muitas questões para serem trabalhadas do ponto de vista da promoção, da prevenção, da reabilitação, desde a política de atenção básica até a política de mais alta complexidade, num nível de integralidade, hierarquização e de regionalização dos serviços.
Operadora	Arlindo de Almeida - Abramge	Mesa 1	A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. É o que diz, com clareza, o art. 196 da nossa Constituição, como, aliás, foi aqui citado.
Governo	Januário Montone	Mesa 1	1. Tentando resumir os objetivos da regulamentação para que possamos, depois, tentar apresentar sua lógica, hoje os resumiríamos a estes 6 pontos principais: assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde a cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso; definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas de entidades que operam no setor; definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e de garantias financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde; dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e o ressarcimento dos gastos gerados por usuários de planos privados de assistência à saúde ao sistema público; estabelecer mecanismos de controle de abusividade de preços e definir o próprio sistema, o próprio modelo de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar. 2. Entretanto, ressalto que, mesmo sem a migração, estendeu-se a esses usuários garantias fundamentais de acesso e cobertura, como proibição de interrupção na internação hospitalar, atendimento de urgência e emergência, proibição de rescisão unilateral de contrato e o controle de preços.

	planos da Conf. de Santas Casas		
Usuário?	Humberto Jacques de Medeiros-Ministério Público	Mesa 6	A saúde é um bem absolutamente indivisível. Não é possível assegurar o acesso à saúde a uma parcela da população e não assegurá-lo a toda a população. Não existem ilhas de saúde. De certo modo, se por um lado podem parecer antagônicos o sistema suplementar e o sistema único, na verdade, não são necessariamente antagônicos, mas em vários aspectos são parceiros e solidários, porque o bem saúde é absolutamente indivisível.
Legislativo	Senador Sebastião Rocha	Mesa 6	1. Se dependesse de mim, a lei teria ficado como estava, adaptando-se todos os planos, até um ano depois da vigência da lei. Sabendo que isso onera as operadoras, tivemos de buscar soluções. E não nos parece melhor a solução apontada pelo Governo, a da segmentação, a do plano de acesso. 2. Que os elementos que possam orientar o Parlamento, os consumidores e a todos, possam democraticamente ser debatidos conosco. Se a Agência Nacional entende possível, por exemplo, um plano de acesso com as características da proposta da medida provisória, que justifique concretamente – colocaremos salvaguardas. A priori, sou contra o plano de acesso – estou falando em tese. Que salvaguardas podemos garantir? Que benefícios podemos atribuir aos usuários? 3. Lembro uma conversa que tive com o Ministro José Serra há um ano, quando discutíamos como implementar um plano farmacêutico, um modelo de plano que pudesse abranger os medicamentos. Fiz contatos com empresas e operadoras e surgiu a idéia: um certo segmento disse que aceitava cobrir os medicamentos, mas com o gerenciamento do plano, porque o plano de acesso tem limites de procedimentos, com dificuldades de se chegar a um especialista. Então, que balanceamento será feito em defesa do usuário ou do médico? Como o médico pode ser beneficiado? Como estudar e propor um plano de acesso em que o médico não seja massacrado? No momento em que se sacrifica um setor, há um desequilíbrio e aquele segmento não irá sobreviver. Onde encontrar o ponto de equilíbrio? O que vamos oferecer em contrapartida para o médico e para o usuário? Qual é a contrapartida de um plano de acesso? Porque, se o plano de acesso é apenas para baixar o custo, gerenciar custos e permitir mais lucro para as empresas, então temos de contestar mesmo e ser radicalmente contra.

PLANILHAS – Fórum-1- Acompanhamento Casos Crônicos

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Casos crônicos
Usuário	Gerônimo Siqueira - Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos	Debate painel 5	Achava que o Governo devia implementar, controlar e fiscalizar mais a questão do SUS,revitalizando o SUS porque se o SUS não for respeitado, implementado, nem os portadores de deficiência, nem patologias ou com doenças crônicas ou com mobilidade reduzida, vão ser assistidos pela saúde do País
Usuário	Neide Barriguelli - Farbra	Painel 5	1.Disse que mesmo com esse pouco recurso, o SUS atende à totalidade dos renais crônicos, dos doentes de Aids, a maioria dos doentes de câncer, realiza três consultas para cada habitante por ano, realiza 85% de todos os procedimentos de alta complexidade, dentre inúmeras ações de assistência, prevenção e vigilância. 2. Por outro lado, continuou, os planos de saúde que deveriam atender bem, 35 milhões de brasileiros, não representam a solução para a saúde no Brasil e que além de custarem caro, muitas vezes negam o atendimento, quando mais se precisa, pois deixam de fora medicamentos, exames, cirurgias, e querem ver longe ou expulsar os idosos, os pacientes crônicos, os portadores de patologia e deficiência. 3. Denunciou que alguns donos de planos já compararam, várias vezes e publicamente, cidadãos na condição de paciente crônico, a carro batido e que, de olho na caixa registradora, só querem atender jovens e saudáveis, empurrando o resto para o SUS.

PLANILHAS – Fórum-1– Avaliação e qualidade

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Avaliação e qualidade
Intelectual	José Carvalho de Noronha - Abrasco	Painel 4	1.As operadoras devem buscar a elaboração de ferramentas para avaliação da qualidade e segurança dos pacientes e acreditação dos serviços e das Redes, além da necessidade de adoção de Protocolos de procedimentos a exemplo do NCQA; 2. No levantamento de metas da saúde pública, o pior desempenho está na função tecnológica. É necessário criar instância de avaliação tecnológica na ANS com 2 (duas) ferramentas: definição de diretrizes clínicas a serem negociadas com as operadoras; e adoção de Comissão para avaliação da qualidade, implementação do Cartão Nacional de Saúde – essencial ferramenta para monitorização e o incentivo aos PROCON's e órgãos de defesa do consumidor;
Prestador	Luiz Plínio Toldo - FBH	Painel 1	1.Explicou que todas as entidades representativas do setor privado de saúde, e que representam planos de saúde e prestadores de serviços hospitalares estão representadas e financiam a ONA e colocou a ONA à disposição, para discutir e, junto com a ANS, e junto com as operadoras, pensar em indicadores para os planos de saúde 2. Abordando os aspectos relacionados aos beneficiários referiu que teve uma piora na qualidade de assistência. Relatou o caso de demora para o fornecimento de uma senha para o prestador, em uma autorização de internação já feita pela operadora, e que a demora parece ao beneficiário ser causada pelo hospital. Destacou que o controle burocrático tem que ser mais inteligente para não recair sobre o beneficiário. 3. Disse que, quem tem que ter mais preocupação com a qualidade, em primeiro lugar, é o beneficiário, e em segundo lugar, é o prestador, porque é ele que está ouvindo a reclamação do beneficiário e é o serviço dele que está sendo colocado em cheque. Em terceiro lugar a operadora: a operadora também está preocupada porque está perdendo sua clientela e também a maioria das operadoras está no mercado para prestar bom serviço. E depois a empresa que hoje está menos preocupada com a qualidade do que já esteve, preocupando-se mais em dizer para o funcionário dela, que está dando o benefício. Afirmou que as empresas também estão em uma situação difícil porque estão em uma situação de um mercado menor, de uma recessão e que precisam arrumar formas de diminuir seus custos e por isso terminam procurando planos menores ou planos mais baratos e que dêem coberturas em serviços menores ou serviços de qualidade pior. 4. Encerrou dizendo que existe uma entidade fazendo certificação de serviços de saúde, a Organização Nacional de Acreditação, à disposição daqueles que querem mostrar que estão trabalhando com qualidade.
Operadora	Antonio Jorge Kropf - Sinamge	Painel 3	1.Para tentar dar uma idéia da grandeza dessas alterações disse que hoje se tem indicadores de utilização que são, por exemplo, na área de ressonância, o dobro do que se tinha há 8 anos e a sociedade tem que se beneficiar disso. Usar com racionalidade é uma obrigação, ser contra, nunca. 2. Houve um agravamento dos indicadores de utilização, porque sai quem não usa.
Prestador	Álvaro Pinto - CFM	Painel 4	Situação Atual:Oferecimento de cobertura integral, com a manutenção da prevenção ainda opcional, regulação parcial nos contratos coletivos e nos anteriores à lei, depois de 5 (cinco) anos de regulação ainda existe provisoriedade nos registros de operadoras, existência de operadoras atuando de forma irregular e prejudicando os usuários e riscos profissionais, centralização das atividades de liberação das guias e senhas das operadoras nacionais, ineficiência na fiscalização da assistência, continuidade da indefinição das ações judiciais por parte da justiça, atraso na implementação de normas para: critérios para credenciamento e descredenciamento, parâmetros indicadores de qualidade dos serviços próprios e de terceiros contratados, implementação de mecanismos de regulação, aferição do controle da qualidade dos serviços oferecidos.

Governo	Humberto Costa – Ministro da Saúde	Abertura	Obviamente que o Governo tem uma obrigação precípua, que é de fortalecer o Sistema Único de Saúde, que é de fortalecer o sistema público, garantir que ele possa ter cada vez uma qualidade melhor na prestação do serviço à população, mas isso não significa que haja qualquer intenção da parte do Governo de liquidar esse setor, de forma alguma, tanto pela importância econômica que o setor tem, como pelo que eu disse, da importância em termos de atenção à saúde de uma população expressiva no nosso país.
Prestador	Samir Bittar - AMB	<i>Debate Painei 1</i> Painei 5	1. Disse que a classe médica não vê o caminho de solução de questões econômicas na <i>menaged care</i> que é uma forma de atuação antiética e que valoriza as questões de natureza econômica, antes de tantas outras que são muito mais importantes, uma delas, é a liberdade de atuação profissional, a qualidade da assistência e a vida do paciente. Ressaltou a atuação do médico, para obtenção dos bons resultados alcançados nas pesquisas de satisfação do usuário, e que a despeito de oito ou dez anos sem reajuste, a grande maioria dos médicos tem preservado, com qualidade, com dignidade e com integridade, o seu trabalho. 2. Disse que todas as vezes que uma operadora apresenta um plano de saúde a um usuário, o que na verdade ela apresenta é a face do profissional ou do hospital que presta este serviço. Reconheceu que por vezes o usuário não detém conhecimento suficiente para fazer um julgamento sobre a qualidade daquele profissional, mas muitos dos resultados são advindos de uma boa relação. 3. Disse que os médicos têm que evitar modismos, e que a AMB é parceira na busca do aprimoramento da qualidade ética da assistência médica e para isso tem investido na formulação das diretrizes. Disse que o médico é parceiro na diminuição dos custos, mas não pode sacrificar sua segurança porque a sociedade hoje os coloca como elementos de uma vitrine onde a imprensa e o judiciário têm cobrado de forma insistente e por vezes, de forma injusta. 4. Chamou a atenção para autarquias que não estão ao alcance da Agência Nacional de Saúde Suplementar porque não são pessoas jurídicas de direito privado mas que vendem planos de saúde e que têm balizado e nivelado por baixo, tanto a remuneração quanto a qualidade do atendimento. 5. A ANS tem o dever, no seu entendimento, de preservar o equilíbrio de todo o segmento. Alertou que a qualidade da medicina nacional já sofreu e sofrerá danos muito graves e que tem visto o fechamento, pelo interior do País, de 30 a 40% dos hospitais e das clínicas. Disse que os profissionais que carregam a qualidade da medicina brasileira, tão elogiada pelo mundo, têm sido afetados de forma grave e que se deve ter o entendimento de que a solução deve vir.
Prestador	Edson de Oliveira - CFM	Debate Painei 1	Disse que a satisfação do usuário ocorre no consultório, que é a face boa dos planos. Que os resultados refletem a qualidade que os médicos fazem nos seus hospitais, nos seus consultórios, nos centros cirúrgicos, prestando assistência às pessoas.
Prestador	Reynaldo André - ANAHP	Painei 2	1. Deveria se desenvolver um sistema de informações isentas, metodologicamente adequado, sobre operadores e prestadores de serviços que contribua para o processo de livre escolha por parte dos usuários, qual seu acesso, sobre a qualidade desses serviços. 2. Acha que se deve incentivar e estimular o desenvolvimento de sistemas isentos de avaliação e informação para os usuários e compradores sobre a qualidade do ensino médico nesse País, sobre o mercado de saúde para os profissionais e sobre a qualidade dos prestadores de serviços médicos, hospitais, clínicas e laboratórios. 3. Devem ser buscados os princípios fundamentais de excelência de qualidade de medicina que são: a eficiência, a agregação de valor a cada ato médico hospitalar, a efetividade com utilização adequada dos recursos humanos e tecnológicos sem desperdício e também sem falta dos mesmos.
Usuário	JOSE ERIVALDER (CUT)	Painei 3	1. Iniciou falando que os usuários dos planos de saúde e os usuários do SUS querem que os serviços de saúde tenham: em primeiro lugar equidade que significa acesso aos serviços, de acordo com as necessidades de diferentes grupos populacionais; eficácia que expressa a capacidade do sistema de atingir seus fins; eficiência e resultados que superem aquilo que foi planejado e a qualidade que os usuários esperam de todo o Sistema. 2. Refletiu que apesar do sistema suplementar ser importante, cresceu em função do processo de construção do Sistema Único de Saúde ter um nível de financiamento insuficiente para bancar uma assistência a saúde com qualidade para a população brasileira. Disse que os operários brigam muito para conseguirem o melhor plano de saúde. 3. Disse ser necessária a existência de competição entre as operadoras de planos de saúde, mas que seja uma competição onde haja

		Debate painel 5	regulação, e não a competição autofágica e antiética, com oferecimento de planos menores e de baixa qualidade . 4. Referiu que a Constituição brasileira criou o Sistema Único de Saúde, que deve crescer e dar a melhor cobertura, com qualidade, para a população brasileira.
Operadora	Luis Chicani - Sinog	Painel 4	O SINOG colabora com o desenvolvimento técnico-científico da categoria, define padrões mínimos de qualidade e de gestão, divulga e amplia o conceito de odontologia de grupo como agente facilitador do acesso à assistência de saúde bucal da população e promove a integração das empresas junto à classe odontológica.
Operadora	Jose Antonio Diniz - Unidas	Painel 5	1.Com relação à quantidade e qualidade da formação da mão-de-obra médica, disse fazer coro às entidades médicas que denunciam o fato de se ter 119 escolas médicas no País que formam de dez a onze mil médicos por ano e menos da metade consegue uma residência médica, e que saem atuando sem nenhum exame de certificação. 2. Referindo-se às diretrizes clínicas de conduta como instrumentos de qualidade da assistência, disse que elas são importantíssimas no sentido de contribuírem para a atualização e para a educação continuada dos médicos. 3. Disse que o sistema que se tem que criar é aquele com um olhar na qualidade e com um outro olhar concomitante no custo
Operadora	JOSÉ CLAUDIO – UNIMED DO BRASIL	Debate Painel 5	Quis deixar consignado que acha que os médicos da Unimed, como os das demais operadoras e como os hospitais, conseguem manter um serviço de qualidade, apesar de todas as dificuldades que já tinham sido colocadas no Fórum, e que os índices de satisfação alcançados eram em decorrência destes prestadores de serviço
Prestador	Ricardo - CMB	Debate painel 5	Disse que não se garantir o livre acesso do usuário a escolher o seu médico, pela qualidade, representa um mecanismo de cercear o direito do usuário de procurar o acesso à saúde de dentro do seu plano de saúde.
Prestador	Julcemar Jose – Conf. das Santas Casas	Painel 6	Refuta opinião manifesta por José Erivalder. Para Julcemar há uma premissa inevitável: custo e qualidade andam juntas. Diz ainda que é favorável a que o bom médico ganhe bem, mas combate aquele que é relapso.

PLANILHAS – Fórum-1– Incorporação Tecnológica

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Incorporação
Operadora	Valter Lyrio-UNIDAS	Debate painel 1	A regulação tem que abranger todo o processo, incluindo prestadores e também o fornecedor da alta tecnologia . Disse ser um papel do Governo a proposição de um controle da incorporação de novas tecnologias no País.
Governo	Helvécio M. Magalhães Júnior – Gestor municipal	Debate painel 1	Concordou que o Estado brasileiro precisa discutir também a regulação do conjunto dos prestadores, e a incorporação tecnológica , como também tecnologias de gestão, tecnologias de processos de trabalho, e o caso do trabalho médico em especial, sendo fundamental que se pudesse discutir a questão da rede prestadora, como objeto de regulação do Estado brasileiro
Prestador	Luiz Plínio Toledo-FBH	Painel 1	Destacou que na questão da incorporação tecnológica , mais que regulamentação, precisa de uma melhor formação profissional.
Usuário	Jose Erivalder - CUT	Painel 3	Citou pesquisas feitas em países do primeiro mundo que demonstram que o envelhecimento da população e as novas tecnologias agregam anualmente 0,5% aos custos globais do sistema de saúde. Citou o exemplo dos Estados Unidos que nos últimos anos, a incorporação tecnológica foi responsável por 29% de incremento dos custos de serviços de saúde. Alertou que os planos de saúde não se prepararam para trabalhar com racionalização de custos.
Intelectual	Aloísio Teixeira - UFRJ	Painel 3	Reforçou que tinha que se repensar o modelo assistencial, que tinha que se pensar a questão da incorporação da tecnologia e na imensa complexidade desses problemas mas, antes de mais nada, tinha que ter uma efetiva coordenação da regulação da saúde como um todo.
Operadora	Jose Cláudio - Unimed	Debate painel 3	Disse que o IGPM nos últimos quatro anos dava 34,85 % e que os valores que foram incrementados desse percentual foram para a taxa de saúde suplementar, para os funcionários que tiveram que contratar para fazer impugnações de ressarcimento ao SUS de usuários que estão em carência, de usuários que na verdade têm a cobertura parcial temporária e isso significou um dispêndio para as operadoras e foi para a incorporação tecnológica .
Prestador?	JOASIR AVILAR (ABEMID)	Debate painel 4 Debate painel 1	1.O problema percebido na discussão situa-se no financiamento do setor relacionado à incorporação de novas tecnologias . Os usuários estão orientados pela mídia e associações de usuários da saúde. Indagou: Que mecanismos seriam possíveis, do ponto de vista fiscalizatório, para reter o desperdício? 2. Referiu ter ficado bem impressionado com a apresentação da Amélia Cohn e que a história da crise vem de longe e pelos fatores que já tinham sido analisados, seja na incorporação de novas tecnologias, seja pela mudança demográfica, seja pelo desaparecimento da inflação e conseqüentemente da ciranda financeira que existiu, mas também pela Lei 9656/98(...)Perguntou para a Professora Amélia se ela não consideraria que deveria existir um repensar dos processos operacionais na assistência à saúde, com inclusão de protocolos clínicos consensados pelas sociedades, com inclusão do programa “Saúde na Família” no setor privado suplementar, com inclusão de alternativas como assistência domiciliar, com inclusão de <i>guide lines</i> que pudessem gerar a inclusão responsável de novas tecnologias na investigação diagnóstica e na terapêutica moderna que todos querem utilizar.
Intelectual	Emerson Elias Merhy - Unicamp	Painel 5	1.Referiu existirem exemplos de setores absolutamente diferenciados mostrando que o impacto na efetividade da intervenção em saúde pedem exatamente o oposto: menor incorporação de tecnologias duras, dando como exemplos: o campo da saúde mental e o campo da internação domiciliar. Disse que hoje os cardápios que estão ofertados para se compreender o que é tecnologia são muito amplos, e que já se pode haver o desaprisionamento de uma imagem construída no século XX, de tecnologias meramente, como certos tipos de procedimentos e equipamentos cada vez de mais alto custo. Afirmou não ser verdade que esse setor é de custo crescente ao infinito e sim que o setor é um setor de custo crescente ao infinito no modelo de incorporação tecnológica que ele tem hoje. Referiu ficar indignado com o baixo uso das tecnologias de prevenção e promoção a saúde, que tem sido feito no setor, dizendo que se levou muito tempo para se construir patrimônios nesta área de sabedoria e conhecimento tecnológico

			para não serem utilizados. 2. Reforçou que o Brasil também era uma fonte incrivelmente rica de inovações de modelos e que era importante se reconhecer isso para se fazer uma incorporação tecnológica na saúde no Brasil, olhando para dentro. 3. Marcou um primeiro elemento da discussão, afirmando que a alma do negócio a operar no campo da saúde é a produção da intervenção das ações de saúde dirigidas como tecnologias que podem dar conta das necessidades sobre a qual ela opera e se esta alma sair deste território, as razões econômicas que colocam os vários atores em cena discutindo, perdem sentido. 4. A racionalidade entre o encontro do mundo das necessidades e as tecnologias de saúde exigem mais do que só a razão do consumidor. Disse que o posicionamento do agente usuário como consumidor nesse setor é necessária, mas não é suficiente e que isto vale também para o conjunto dos trabalhadores. O conjunto dos trabalhadores de saúde, quando se posicionam, a partir de certos lugares, em discussão sobre a sua sobrevivência, sobre a sua capacidade de produzir investimento, ou do reconhecimento de que agregar cada vez mais tecnologia dura, de alto custo, de maneira aleatória, não é um benefício e que é necessário submeter esta discussão a outros níveis de racionalidade como, por exemplo, a temática da eficácia e a temática da efetividade das ações de saúde, este ator, também se posiciona de lugares necessários, mas não suficientes. 5. Disse ainda que o reconhecimento de que há uma inadequação na forma como vem sendo equacionado o encontro das tecnologias e o mundo das necessidades da saúde também parecia que estava virando regra no setor. Referiu existirem exemplos de setores absolutamente diferenciados mostrando que o impacto na efetividade da intervenção em saúde pedem exatamente o oposto: menor incorporação de tecnologias duras, dando como exemplos: o campo da saúde mental e o campo da internação domiciliar. Disse que hoje os cardápios que estão ofertados para se compreender o que é tecnologia são muito amplos, e que já se pode haver o desaprisionamento de uma imagem construída no século XX, de tecnologias meramente, como certos tipos de procedimentos e equipamentos cada vez de mais alto custo.
Prestador	Luiz Plínio Toledo-FBH	Painel 1	1. Além disso, houve um aumento de custos porque surgiram novas tecnologias, novas coberturas e também algumas exigências de informações a serem dadas ou situações a serem cumpridas pelas operadoras para que pudesse haver uma fiscalização nas próprias operadoras. Então, as operadoras na tentativa de diminuir os custos que elas vinham tendo, buscaram descontos com os prestadores, e essa busca de descontos na realidade muitas vezes não foi através de negociação e sim através de imposições 2. Referindo-se aos hospitais, disse ter havido uma menor demanda de serviço em primeiro lugar pela diminuição do número de beneficiários e em segundo lugar, porque as novas tecnologias exigem uma média de permanência muito menor ou dias de internação em quantidade muito menor. Cirurgias que até há pouco tempo, há cinco, seis, dez anos atrás, o paciente ficava uma semana ou dez dias internado, hoje ele opera em um dia e vai embora no dia seguinte, quando não, no mesmo dia. Então, evidentemente há uma demanda menor para o hospital. Houve uma diminuição de preço relativo, às custas dos descontos negociados e quem teve que investir para suprir essas novas tecnologias, investir em equipamento, investir em pessoal inclusive, foram os prestadores de serviços.
Prestador	Helder-Fenam	Debate Painel 1	Disse que o País tem capacidade para incorporar tecnologia a custo menor.
Operadora	Orestes Mazzariol - UEME	Painel 2	A assistência médica universal com alta tecnologia não está ao alcance da população de baixa renda em todo o País, a necessidade de alta tecnologia, é de aproximadamente 20%, podendo fazer uma boa medicina em 80% dos casos sem alta tecnologia, a subsegmentação é uma opção em prol da população para todas as operadoras em todo o território nacional, deixando claro aos usuários que não estava propondo exclusão. A escolha era do usuário.
Intellectual	Pedro Brbosa - ENSP	Painel 2	1. Outra questão de ordem maior, a dificuldade de regular a tecnologia, que será utilizada para introduzir uma discussão relacionada com o complexo industrial da saúde. Complexo industrial da saúde compreende não apenas o conjunto das indústrias, mas também, o próprio aparelho prestador, as áreas de fármacos, medicamentos, vacinas, equipamentos, insumos, kits diagnósticos, sejam eles públicos ou privados e, naturalmente, as operadoras, entendendo o sentido amplo de prestadores. 2. É preciso cobrar mais, na perspectiva da troca, a questão relacionada com a avaliação de tecnologia, ações mais incisivas que

			repercutam aqui dentro, como, por exemplo, foi adequadamente bem feito no campo dos medicamentos genéricos. Isso tem impacto do ponto de vista de custo, do acesso.
Operadora	Antonio Jorge Kropf - Sinamge	Painel 3	1. Para tentar dar uma idéia da grandeza dessas alterações disse que hoje se tem indicadores de utilização que são, por exemplo, na área de ressonância, o dobro do que se tinha há 8 anos e a sociedade tem que se beneficiar disso. Usar com racionalidade é uma obrigação, ser contra, nunca. Nos procedimentos de alta tecnologia, por exemplo, em análise de procedimentos de alta complexidade que usam próteses que são cobertas atualmente pela legislação e procedimentos novos, como cabe a cirurgia da obesidade mórbida. Não podia ser contra que conseguiram, em um ano, dobrar a realização de angioplastias, de 0.66 para 1.27; que aumentaram 30 a 40% cirurgias de alta complexidade na área de substituição de próteses e órteses e que a questão da obesidade mórbida, quando bem indicada, traz benefícios. 2. Destacou que não só as Santas Casas, mas também a medicina de ponta no Brasil dependiam dos planos de saúde. Disse haver uma sinergia entre o público e o privado. Sem um deles essa tecnologia iria para o ralo, fechava
Operadora	José Antonio Diniz – Unidas	Painel 5	1. Quando se introduz a lógica mercantil na assistência a saúde percebe-se que algumas distorções acabam acontecendo, como por exemplo, quando se busca o resultado de um negócio na oferta da assistência, nem sempre o uso ou a negativa do uso de uma tecnologia é decidido em função da necessidade do paciente, mas muitas vezes isso é decidido em função do resultado que se espera com esse negócio. 2. E que já se havia falado que o médico era o grande demandador de custos do sistema, dizendo que achava que médicos mal formados geravam, também, um sistema ineficaz. Associado a isso disse que também se tem um mercado excessivamente apoiado na tecnologia. 3. Falou que se o beneficiário tivesse livre acesso e pudesse escolher o seu médico, o grau de conhecimento dele em relação a um médico, hospital ou um laboratório seria desmesuradamente inferior e o faria refém de terapias e tratamentos que resultam em iatrogenias. Citou o Dr. <i>Bernardo Lown</i>, cardiologista americano, dizendo que “A fé pueril na magia da tecnologia é uma das razões pelas quais o público vem tolerando a desumanização da medicina”. Disse que faz parte da cultura do usuário o fato de não se sentir satisfeito se o médico não encomenda um exame e não prescreve um medicamento e que é função das operadoras trabalhar na consciência dos beneficiários. 4. Disse defender um sistema que seja racional na distribuição de tecnologia, que valorize a formação do médico generalista, que o acesso à rede de especialistas seja orientado através de médicos generalistas, que haja controle da introdução e da utilização das novas tecnologias, não para impedir acesso, mas de procurar ajustar a tecnologia adequada à complexidade da necessidade do paciente.
Prestador	Samir Dahas Bitar - AMB	Painel 5	Disse que o período sem reajuste implicou para os médicos em uma menor frequência a congressos e impedimento de melhorar a estrutura dos consultórios. Disse que os médicos estão tendo dificuldade de incorporar novas tecnologias e que esta situação tem fomentado a compra de equipamentos usados o que está incrementando o roubo de equipamentos médicos.

PLANILHAS – Fórum-1 – Sistema de informações

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	informação
Prestador	Luiz Plínio Toledo - FBH	Painel 1	1. Além disso, houve um aumento de custos porque surgiram novas tecnologias, novas coberturas e também algumas exigências de informações a serem dadas ou situações a serem cumpridas pelas operadoras para que pudesse haver uma fiscalização nas próprias operadoras. 2. A ANS deveria ainda, por ocasião de análise de reajuste às operadoras, exigir das mesmas informações sobre índice de reajustes médios dados aos prestadores. 3. Colocou que uma padronização de informações no setor de saúde facilitaria o relacionamento entre operadoras e prestadores e também diminuiria custos.
Usuário	Lucia Helena Magalhães-Procon SP	Painel 1	1. Disse achar extremamente necessária a previsão legal de campanhas que objetivem informação e prevenção de doenças e que hoje a legislação não trata disso. 2. Outros pontos destacados pela painelista foram aposentadoria e a demissão sem justa causa, afirmando que o consumidor não tem as informações adequadas de que poderia continuar no plano.
Operadora	Luiz Felipe Pelon -Fenaseg	Debate Painel 1	Perguntou quem vai pagar, se for aceita a sugestão de previsão legal de campanhas de informação, porque isso entra no custo da operadora. Disse que se não houver uma previsão de quem vai pagar, como vai pagar, não há hipótese de se conseguir chegar a um denominador comum, porque nenhum agente econômico vai se propor a trabalhar para ter prejuízo.
Prestador	Reynaldo André -ANAHF	Painel 2	1. Deveria se desenvolver um sistema de informações isentas, metodologicamente adequado, sobre operadores e prestadores de serviços que contribua para o processo de livre escolha por parte dos usuários, qual seu acesso, sobre a qualidade desses serviços. 2. Acha que se deve incentivar e estimular o desenvolvimento de sistemas isentos de avaliação e informação para os usuários e compradores sobre a qualidade do ensino médico nesse País, sobre o mercado de saúde para os profissionais e sobre a qualidade dos prestadores de serviços médicos, hospitais, clínicas e laboratórios.
Usuário	Maria Inês Dolci - Proteste	Painel 2	A painelista observou que a ANS vem fazendo exigências, com o que concorda no sentido de que operadoras de pequeno e médio porte, não apenas forneçam dados cadastrais e informativos das empresas, mas também notas técnicas atuariais dos produtos, em obediência a planos de contas previamente estabelecidos, garantindo e dando visibilidade sobre a idoneidade econômica e financeira das operadoras. A diversidade do mercado é grande, as características micro regionais diversas, mas mesmo assim, entende que ANS não poderá flexibilizar, de forma nenhuma, as exigências legais que são necessárias.
Intelectual	Pedro Barbosa - ENSP	Painel 2	Um dos problemas sérios do setor era o desconhecimento da realidade. A Agência gerou uma possibilidade fantástica de conhecimento de propiciar acesso a informações. Seja em termos de beneficiários, renda, tamanho das operadoras, informações de natureza econômica e financeira, porte de operadoras, localização, e toda a diversidade, toda a criatividade de produtos que, de fato, ocorrem nesse país a partir dessas operadoras.
Intelectual	Ligia Bahia - UFRJ	Debate Painel 2 Debate painel 3	1. Também ainda não está bem claro o que é de fato uma medicina, para ser uma medicina de grupo quais são as condições que caracterizam, uma modalidade comercial diferente das demais modalidades que atuam no mercado. Isso é importante porque sobre essas empresas incidem impostos, obrigações inclusive em relação ao que hoje a ANS solicita de informações, muito diversificadas 2. Ressaltou que as informações quanto ao número de beneficiários de planos de saúde estão completamente confusas e isso porque as bases de dados são completamente diferentes(...)Referiu haver carência de informações para se afirmar que o mercado diminuiu, apesar de ter a sensação de diminuição no número de pessoas que têm planos de saúde.
Operadora	João Alceu - Fenaseg	Debate Painel 2	A ANS está tomando todos os controles possíveis, é solicitada uma enormidade de informações para se certificarem que realmente aquela revisão é necessária para voltar parte da carteira ao equilíbrio

Operadora	Jose Cláudio- Unimed	Debate Painel 3	Continuou afirmando que a cada seis meses tinha que ter um novo sistema porque a cada seis meses aparecia uma nova exigência da ANS que o obrigava a chamar o pessoal da informática para desenvolver um novo sistema para atender às novas informações que são solicitadas.
Intelectual	Jose Carvalho de Noronha – Abrasco	Painel 4	A transparência dos produtos é essencial para garantir a possibilidade de escolha pelo usuário entre plano A ou B. É tarefa da ANS definir mecanismos para possibilitar informações aos usuários;
Operadora?	Julcemar Jose – Conf. Santas Casas	Painel 6	Em relação à regulamentação apresentou o que considera pontos positivos e negativos. Entre os primeiros, menciona a regulação do mercado, a produção de registros e informações, o acompanhamento pela Agência da situação econômica e financeira das operadoras, a disposição da mesma para o diálogo e sua preocupação em solucionar litígios.

PLANILHAS- Fórum –1ª etapa – INTEGRALIDADE

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Integralidade; integral
Operadora	Luis Felipe Pellon - Fenaseg	Painel 1	Caracterizando o Estado assistencialista, disse que é a assistência social prevista na Constituição Federal, no Artigo 203, que é prestada a quem necessitar, independente de contribuição, não há pagamento de uma contribuição destinada à proteção da família, maternidade e infância, adolescência e velhice. Somente aí se tem os critérios de integralidade e universalidade, que não se verificam nas outras duas modalidades, porque na Previdência Social só tem direito quem paga, quem enfim, se filia, assim como no seguro privado. Destacou que a única possibilidade de se ter integralidade e universalidade é na assistência social.
Prestador	Luiz Plínio Toledo - FBH	Painel 1	1. Disse que o aumento da cobertura com a proibição de segmentação limita o mercado impedindo o seu aumento que poderia se dar através da participação da população em especial aquela que perdeu o emprego e teria capacidade de pagar um plano que desse uma cobertura menor do que a cobertura exigida e permitida hoje, que é cobertura integral. 2. As operadoras tiveram então, ainda, além da recessão, mais este problema, e a recessão trouxe a perda de emprego havendo uma saída do emprego formal para o emprego informal e esse indivíduo que foi para o emprego informal não teve condições de bancar um plano de saúde que desse cobertura integral 3. Destacou que o setor privado, como diz o Fórum, é complementar, e complementa aquilo que o Estado não consegue fazer sozinho, tanto que a obrigação de universalidade e integralidade é do Estado, está na Constituição, e está na assistência social, como se referiu anteriormente. 4. Disse que uerer ofertar planos com cirurgias de miopias com menos de 7 graus, reduzir a preexistência, permitir mobilidade e portabilidade, e uma série de outras coisas, próximas da universalidade e da integralidade, é elitizar a Saúde particular no Brasil. 5. Além disso, houve um aumento de custos porque surgiram novas tecnologias, novas coberturas e também algumas exigências de informações a serem dadas ou situações a serem cumpridas pelas operadoras para que pudesse haver uma fiscalização nas próprias operadoras. 6. Afirmou que as empresas também estão em uma situação difícil porque estão em uma situação de um mercado menor, de uma recessão e que precisam arrumar formas de diminuir seus custos e por isso terminam procurando planos menores ou planos mais baratos e que dêem coberturas em serviços menores ou serviços de qualidade pior.
Prestador	Helder - FENAM	Debate painel 1	Referiu que o Brasil viveu o processo da reforma sanitária e construiu um rumo prioritário que é o rumo da assistência integral ao cidadão, o rumo do fortalecimento do SUS e que os médicos no seu último encontro em Brasília, entenderam que a prioridade hoje seria apostar para a reversão dessa realidade e fazer com que um dia, o SUS possa oferecer tudo que a medicina suplementar oferece.
Operadora	Orestes Mazzariol - UEME	Painel 2	1. Parcerias com grandes operadoras, com resolutividade integral são desejáveis permitindo o atendimento de casos mais complexos nos grandes centros. 2. Em síntese, disse ser um segmento complementar à saúde, que estava propondo uma subsegmentação como um produto para todas as operadoras, que a obrigatoriedade do plano referência não estava excluída, e que esse novo produto estava vindo do mercado, da necessidade do consumidor para as operadoras com contratos claros, transparentes e cláusulas que contemplem todas as necessidades do usuário, o usuário faz a escolha, não a operadora, portanto não há exclusão de risco. 3. A assistência médica universal com alta tecnologia não está ao alcance da população de baixa renda em todo o País, a necessidade de alta tecnologia, é de aproximadamente 20%, podendo fazer uma boa medicina em 80% dos casos sem alta tecnologia, a subsegmentação é uma opção em prol da população para todas as operadoras em todo o território nacional,

			deixando claro aos usuários que não estava propondo exclusão. 4. Em relação a subsegmentação, fazia só um apelo às entidades de classe que tirem a palavra: “em hipótese alguma” para que se pudesse discutir e fazer algumas trocas em relação a isso.
Operadora	João Alceu - Fenaseg	Painel 3 Debate painel 1 Debate painel 2 Debate painel 6	1. Disse que o pleito da Fenaseg era que, enquanto o SUS se reconstruía, se incentivasse o sistema privado dentro de suas características, seus princípios técnicos, seus princípios atuariais e não trazendo do sistema público os princípios de integralidade, equidade que são comuns apenas ao público e não ao privado. 2. Iniciou afirmando que o cidadão não cai no SUS, ele nasce no SUS, com direito ao SUS, como todo cidadão brasileiro e que esse cidadão, insatisfeito ou inseguro com o tratamento que o SUS lhe proporciona, opta por garantir parte dessa cobertura no setor privado, dentro de regras específicas. 3. A posição da FENASEG com relação a subsegmentação é muito mais pragmática do que filosófica. O ideal seria que todos tivessem assistência a tudo e com direito a todas as coberturas e sem limites com doenças preexistentes e etc., mas existe um limitador disso, que é a capacidade de pagamento do sistema. 4. Aponta que a subsegmentação é uma questão de custos e não da saúde.
Prestador	Álvaro Pinto - CFM	Painel 4	1. Ações dos Conselhos de Medicina: Luta pela integralidade do atendimento aos pacientes aliada à falta de ação mais incisiva na fiscalização de pessoas jurídicas até 1980. 2. Em 1987 o CREMERJ, pela Resolução nº 19/87 estabelece critérios a serem seguidos por empresas de planos de saúde na contratação de serviços médicos. Posteriormente, em 1993 o Conselho Federal de Medicina edita a Resolução nº 1401/93 estabelecendo a obrigatoriedade aos planos de saúde garantirem atendimento integral a todas as enfermidades relacionadas na Classificação Internacional de Doenças/OMS. 3. Situação Atual: Oferecimento de cobertura integral, com a manutenção da prevenção ainda opcional, regulação parcial nos contratos coletivos e nos anteriores à lei, depois de 5 (cinco) anos de regulação ainda existe provisoriedade nos registros de operadoras, existência de operadoras atuando de forma irregular e prejudicando os usuários e riscos profissionais, centralização das atividades de liberação das guias e senhas das operadoras nacionais, ineficiência na fiscalização da assistência, continuidade da indefinição das ações judiciais por parte da justiça, atraso na implementação de normas para: critérios para credenciamento e descredenciamento, parâmetros indicadores de qualidade dos serviços próprios e de terceiros contratados, implementação de mecanismos de regulação, aferição do controle da qualidade dos serviços oferecidos. 4. O Passado: Imperava a lei do mercado, simbolizada na restrição de cobertura, seletividade de usuários, ruptura unilateral do contrato, falta de garantias de atendimento na vigência do contrato, valores proibitivos nas faixas etárias acima de 50 anos.
Intelectual	Jose Carvalho de Noronha - Abrasco	Painel 4	Os planos de saúde devem garantir a integralidade como requisito essencial em qualquer contrato, o acesso e a continuidade dos cuidados são atribuições irrevogáveis do Estado (art. 196 CF/88). Portanto: ferramentas tipo Cartão Nacional de Saúde, detectam o trânsito dos usuários de um plano para outro ou de um plano para o SUS, constituindo-se em ferramenta essencial a ser utilizada entre prestadoras e planos;
Operadora	Jose Antonio Diniz - Unidas	Painel 5	1. Disse que as autogestões ficam a meio caminho, entre o setor privado e público, porque de uma maneira geral nas autogestões se busca observar os princípios de igualdade de acesso, de equidade e de integralidade da atenção, mas percebe que há uma iniquidade muito grande na distribuição e utilização dos recursos no setor privado e que o acesso é determinado, não pela condição do paciente, mas pela cobertura do seu plano. 2. Abordando o tema da cobertura e acesso à assistência disse que o fato de ainda se conviver com dois terços de planos anteriores a lei e existirem ainda limites de diária, de UTI e limites de idade e mesmo limites de utilizações, isso escancara a imperfeição do setor. 3. Referiu ainda que as coberturas para urgência e emergência merecem aprimoramento e que a questão da doença e lesão preexistente é um problema que quase não acontece nas autogestões, mas acha que é a grande imperfeição do mercado, e é difícil

			de ser resolvida, tendo-se que resolver essa questão, porque imagina que uma operadora não gosta de fazer restrição ao atendimento sob essa alegação.
Usuario	Neide Barriguelli - Farbra	Painel 5	Falou que a luta pela regulamentação dos planos de saúde, sempre esteve, para os usuários, inserida em uma luta mais ampla em defesa do direito à saúde, pelo direito à assistência integral e digna para todos os brasileiros.
Governo	Humberto Costa – Ministro da Saúde	Abertura	Encontramos insatisfação entre as operadoras de planos e seguros de saúde, que se consideram prejudicadas por conta dos valores que hoje são pagos em termos de remuneração às operadoras e manifestam os sinais de dificuldade econômico-financeira que as empresas apresentam, sentimos insatisfação por parte dos prestadores que há anos reivindicam melhores valores remuneratórios pelos serviços que prestam, incluindo-se aí tanto os profissionais individualmente quanto empresas que são prestadoras de serviços, e entre os próprios consumidores, que apesar de todas as pesquisas que são feitas demonstrarem um grau de satisfação razoável com os planos a que têm acesso, mas que se queixam permanentemente de preços, de mensalidades, de limitações de cobertura e de uma série de outros problemas aí vinculados. Por outro lado, também, as insatisfações que existem com o poder público por parte de todos eles, pelos mecanismos de regulação, pelas ações de regulação.
Usuário	Lúcia Helena Magalhães – Procon SP	Painel 1	1.Em tese parece que o plano coletivo tem um grande poder de negociação mas não é realidade. Esse acaba sendo o grande problema e aí o consumidor que está naquele plano, que em tese lhe garantiria uma maior cobertura , ele vai ter o contrato rescindido unilateralmente, o que não acontece com o individual e que a painelistas sempre pontuou que foi um avanço na regulamentação. 2. Quer dizer, o consumidor era tratado dentro do plano coletivo, tinha toda a cobertura e quando muda a natureza jurídica do seu contrato, ele passa a ser um ilustre desconhecido da operadora porque entra na massa do aleatório e a Lei é omissa com relação a essa situação. 3. Afirmou que a legislação prevê, no caso de preexistência, dois anos para cobertura parcial temporária e que dois anos é um prazo extremamente extenso e que deveria se revisto na regulamentação. 4. Sobre urgência e emergência, falou que era a Lei versus a Resolução CONSU Número 13 e que era necessária e urgente a modificação dessa Resolução já fazendo muito tempo que afirmava isso junto a Agência Nacional. Que após as 24 horas tem que ter cobertura total para urgência e emergência, e não após os seis meses.
Operadora	Celso - Unimed	Debate Painel 1	Dos planos sem cobertura de procedimentos, sem o cálculo atuarial de cobertura, que vão à Justiça, conseguem liminares e a operadora tem que arcar com esse custo alterando seu equilíbrio econômico- financeiro e atuarial .
Usuário	Maria Inês Dolci - Proteste	Painel 2	1.Não aceita, em hipótese alguma, abrir discussão sobre a subsegmentação . Os planos ambulatoriais já representam, uma segmentação . A legislação avançou em alguns pontos isolados, instituiu o plano referência como uma das opções dos usuários com cobertura total e também previu cobertura em saúde mental, transplantes, acabou assegurando na verdade o direito do aposentado, do demitido, teve também a definição do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, ditou regras para o ingresso de novos planos. 2. Existe um dissenso a respeito de uma série de assuntos, porém, a respeito da subsegmentação , gostaria de apontar que se tem várias segmentações . A saúde não é um produto qualquer, não pode ser tratada aos pedaços, tem que ser por inteiro. Tem que haver um consenso, obviamente, daí a importância do Fórum para discutir e aparar algumas arestas. Se começar a discutir o que já está fechado, será retrocesso. Gostaria de trazer a todos a visão do consumidor no sentido de que a diversidade, quando ele usufrui os serviços, quando tem acesso aos produtos, para ele, tanto faz a natureza, o porte, os produtos ofertados, ele acaba aceitando o que é possível dentro da sua condição econômica.
Governo	João Luis Barroca - ANS	Painel 2	Disse que todos queriam mais e melhores coberturas e que o objetivo final do setor, era prestar um bom atendimento dentro das suas características, interessando a todos o financiamento.

Usuário ou prestador?	José Erivalder – CUT e Sind. Médicos de SP	Debate painel 5 Debate Painel 6	1.Referiu que a Constituição brasileira criou o Sistema Único de Saúde, que deve crescer e dar a melhor cobertura , com qualidade, para a população brasileira. 2. Considera polêmicas as colocações da Lígia; diz ser contra a atenção segmentada da Saúde diante da visão holística da atenção, pelo que repudia com veemência a subsegmentação . Quanto às Santas Casas diz que viraram operadoras de planos de saúde como solução para a crise de financiamento que viviam: o financiamento público da assistência vendida, mas que criaram ‘planinhos’. Diz ser contra que o Estado financie o mercado;
Operadora	Julcemar Jose – Conf. Das Santas Casas	Painel 6	Propõe, enfim, estudos para a mudança na Lei nº 9656/98, de modo a que seja permitida a subsegmentação e se adotem contratos transparentes eliminando as dúvidas sobre cobertura e preços praticados.
Operadora	Antonio Jorge Kropf – Sinamge	Painel 3	Disse que se tivesse autoridade para decidir sozinho, controlaria o plano referência plenamente até na formatação de preço, mas liberaria o resto, porque quem paga para ter assistência internacional, para ter helicóptero, pode financiar um pouquinho essa parte.
Intelectual	Pedro Babosa – ENSP	Painel 2 – debatedor	Um outro desafio que pode ser apontado é como operar, simultaneamente uma abrangência da regulamentação nos planos antigos e nos planos coletivos se, nas condições desses planos, encontrar, como parte da realidade, a prática da subsegmentação , que apresenta posições tão antagônicas entre os atores envolvidos no setor, não se compreende a negativa a segmentação e, ao mesmo tempo abrangência de todos os planos antigos, sejam operacionalizáveis, gerarão algumas incompatibilidades.
Intelectual	Ligia Bahia – UFRJ	Debate Painel 2 Painel 6	1.Precisa-se avançar na definição do que é uma operadora e qual a relação dessa operadora com o prestador de serviço. O sub-financiamento para os prestadores de serviço, acaba gerando, como estratégias de sobrevivência a comercialização de planos de saúde e, um conjunto de práticas de sub, sub, subsegmentação que, de fato, são praticamente impossíveis de serem regulamentadas porque geram, situações assistenciais extremamente diversificadas, variadas e quase que personalizadas. 2. A respeito da subsegmentação , considera que já é marca antiga, na qual a discussão de cobertura trazida por esta prática é um produto vendido no qual se compra “um lugar na fila do SUS”.
Operadora	Arlindo Almeida – Abramge	Debate Painel 2	A respeito da segmentação , por exemplo, este assunto veio bem quando a representante dos consumidores, disse que sobre segmentação não há discussão. Disse achar que estava ali afim de discutir qualquer tipo de assunto, não devendo haver reservas a esse respeito. Por outro lado, é evidente a segmentação já existe, até nos planos novos e principalmente nos planos antigos. E, por incrível que pareça, o órgão principal que impediu que todos os planos migrassem para o plano novo, foi realmente os órgãos de defesa do consumidor, através de argumentos de prejuízo do consumidor, uma vez que o custo dos planos realmente estaria fora do alcance daquelas pessoas que possuíam planos antigos e que se revoltaram em ter que migrar para planos novos e evidentemente com novos encargos financeiros a esse respeito.
Prestador	Julcemar José RagninI – Confederação das Santas Casas	Debate Painel 2 Painel 6	1.Atendia ao SUS e aos planos e solicitava que fosse repensada a segmentação , cerca de 500 hospitais, se estimavam, que tinham planos de saúde, atualmente não chegam a 250. Realmente precisa ser repensada a subsegmentação porque está caindo tudo em cima do SUS, estão voltando porque eles não tem dinheiro para o particular e a situação dos hospitais filantrópicos está cada dia mais grave. 2. Propõe, enfim, estudos para a mudança na Lei nº 9656/98, de modo a que seja permitida a subsegmentação e se adotem contratos transparentes eliminando as dúvidas sobre cobertura e preços praticados.
Usuário	RENÉ PATRIOTA – ADUSEPS	Debate Painel 2 Debate Painel 6	1.A subsegmentação ela pode ser legal, mas ela é imoral, é prejudicial à saúde e não existe uma doença pequena ou doença grande, existe uma doença. O usuário de baixa renda que na hora do pagamento ele paga e na hora do atendimento ele é excluído. 2. Diz que a prática de subsegmentação é uma forma de encher o saco de dinheiro das operadoras; este saco não pode ser enchido com a miséria.

Operadora	Egberto - Cooperativas	Debate Painel 2	Disse que caso não se discutisse a subsegmentação, se teria a inviabilidade de atendimento em várias regiões, o plano novo é inviável porque tem que ter a área abrangência da capital de SP, pois só a cidade poderia cumprir o rol. Então, é inviável vender um plano sendo igual em Rio Branco, no Acre, e na cidade de São Paulo.
Operadora	Luis Fernando Figueiredo – Administradora de planos	Debate painel 2	A evolução possível, significaria, literalmente, desarmar determinadas posições e discutir seriamente trocas. Existem posições apresentadas na Câmara de Saúde Suplementar, todos estão voltando colocar suas respectivas posições. Então, em termos de trocas, apenas a título de sugestão apontava a subsegmentação, em troca da migração de planos antigos. Achava que existia espaço, infelizmente, a RDC 43, que era dotada de excelentes intenções, foi mal colocada estrategicamente, mas que o Fórum poderia retomar isso. A subsegmentação, aliada à criação de um plano básico, permitiria a formulação de estratégias de migração de planos desde que acordado com as operadoras.
Prestadores	Reynaldo André - ANAHP	Painel 2	Com relação à pergunta específica de possibilidade de flexibilizar os produtos e serviços oferecidos pelas operadoras, achava que se tinha, exageradamente, focados na questão da subsegmentação. Existem outras formas criativas também de se flexibilizar os produtos. Lembrou que, por enquanto, a segmentação é feita exclusivamente por faixas etárias. Foi largamente demonstrado que existem diferenças regionais. Não lhe parece adequado que uma pessoa, na mesma faixa etária, que cuida da sua saúde, pague exatamente a mesma coisa que aquela que, na mesma faixa etária, seja obeso, sedentário, fumante, alcoólatra, e, absolutamente relaxado com a sua condição de saúde, falou-se em direitos e, em nenhuma vez se usou a palavra dever.
Operadora	Luis Chicani - Sinog	Painel 4	O SINOG não é contrário à regulação e propõe, como aprimoramento da Lei 9656/2003, para a odontologia: • Discutir a inadimplência de 60 dias; • Reduzir a Taxa de Saúde Suplementar • Subsegmentação de produtos odontológicos • Obrigações das Operadoras Odontológicas . 01 Associado – Obrigações Técnicas . 100.00 Associados (Grande Porte)– Obrigações Econômicas • Existência de Plano de Contas Odontológico

PLANILHAS – Fórum-1 – Multiprofissionalidade

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Multiprofissionalidade
Usuario	Arlene - CGT	Debate painel 3	Disse que as operadoras se recusam a atender as doenças profissionais, recusando inclusive a realizar fisioterapia .

PLANILHAS – Fórum -1 – Organização da rede

Bloco de atores	Ator específico	Painel	rede
Usuário	Lucia Helena Magalhães – Procon SP	Painel 1	1.Abordando a questão do descredenciamento disse que essa prática não está diretamente relacionada com o consumidor, mas com o prestador e que quando a regulamentação prevê que há obrigatoriedade de informação somente nos casos de descredenciamento dos hospitais, não abrangendo os demais prestadores, se está criando situações diferenciadas para os prestadores que prestam efetivamente o mesmo serviço dentro de uma mesma regulamentação. Defendeu que deve haver uma regulamentação específica para nortear também a relação entre operadoras e prestadores, porque enquanto permanecer a situação que as operadoras recebem o reajuste e não repassam para os prestadores, vai se continuar tendo um sucateamento. 2. Disse que tem que ser considerado o direito de escolha do consumidor. Às vezes ele escolheu aquele plano por conta daquela rede de credenciados e que se a regulamentação hoje traz pelo menos um patamar mínimo, a grande diferenciação vai ser rede. Disse ser de suma importância de que se tenha a clareza que o descredenciamento hoje está mudando o contrato.
Governo	Helvécio M. Magalhães Júnior-Gestor municipal	Debate painel 1	Concordou que o Estado brasileiro precisa discutir também a regulação do conjunto dos prestadores, e a incorporação tecnológica , como também tecnologias de gestão, tecnologias de processos de trabalho, e o caso do trabalho médico em especial, sendo fundamental que se pudesse discutir a questão da rede prestadora, como objeto de regulação do Estado brasileiro.
Prestador	Helder -Fenam	Debate painel 1	Que o movimento médico brasileiro não vai admitir assistir aos descredenciamentos em massa. Se fosse preciso, mudaria a forma de atuação e relacionamento com as operadoras de Planos de Saúde, que passassem pelo credenciamento de todos os profissionais do Brasil, através das suas entidades nacionais.
Operadora	João Alceu - Fenaseg	Dbate painel 1	Acha que o sistema de saúde individual no Brasil hoje, corre o mesmo risco, na ânsia de garantir direitos, acrescentar responsabilidade, sem a preocupação da capacidade de pagamento, se cria uma casta dos que têm plano, principalmente aqueles antigos, que estão defasados e mais baratos, e se exclui um universo enorme de pessoas que gostariam de ter, mas por uma questão de renda não conseguem ter acesso , porque o custo é muito alto, a questão de derrubar carência, derrubar faixa etária, credenciamento universal , tudo isso encarece, e se tem que lembrar, que o Brasil é um País pobre, não há recurso para o indivíduo comprar plano no desenho atual que está sendo proposto.
Prestador	Reynaldo André -	Painel 2	1.Tem que se discutir definitivamente a questão da livre escolha , que é um direito do cidadão que vem sendo desrespeitado, quais são os critérios de equivalência entre os prestadores, que está na medida provisória e não vem sendo respeitado. Ao se descredenciar um serviço ele deve ser substituído por outro equivalente, devem ser descritos. Deveria se desenvolver um sistema

	ANAHP		de informações isentas, metodologicamente adequado, sobre operadores e prestadores de serviços que contribua para o processo de livre escolha por parte dos usuários, qual seu acesso, sobre a qualidade desses serviços. 2. Não se pode aceitar, e gostaria que fosse impedido o credenciamento de operadoras de planos de saúde por hospitais públicos, que têm os seus custos cobertos por verbas públicas, constituindo uma concorrência desleal com a rede privada e ferindo o direito de cidadania, a partir do momento que se abrem duas portas diferenciadas. 3. A possibilidade de se aumentar o investimento no setor privado de saúde significa promover o acesso a planos de saúde e conseqüentemente aumentar o número de benefícios para que as carteiras voltem a ser saudáveis e administráveis. 4. Precisam ser defendidos os compradores de planos individuais e familiares e, em especial, os idosos que estão sendo alijados do sistema, depois de ter pago toda a vida, quando precisam do sistema não têm mais acesso ao mesmo. 5. Quanto à rigidez dos atuais planos, acredita ser importante desenvolver produtos mais flexíveis e criativos para aquela parcela de população que não tem acesso aos produtos atuais por falta de poder aquisitivo, respeitando as diferenças regionais, uma sugestão é a de se criar incentivos fiscais para pequenas e médias empresas, na verdade a maioria das empresas do Brasil, àquelas que efetivamente contratam a maioria dos trabalhadores no País, para que elas também possam pagar planos de saúde aos seus empregados. 6. Tem que se garantir a segurança do paciente em todos os momentos, evitando todo e qualquer advento adverso e temos que garantir a equidade de acesso.
Operadora	Egberto - Cooperativa	Debate painel 2	A questão da livre escolha , o credenciamento universal , os consumidores poderão pagar esse maior custo dos planos?
Prestador	Jose Carlos Abraão – Confederação Nacional de Saúde	Painel 3	1. Em termos de hospitais, os hospitais da rede privada filantrópica respondem por 29% da rede privada e contratada 31% e cerca de 40% com a rede pública. Disse ser responsável por cerca de 60% do atendimento da saúde no País. 2. Afirmou que a regulamentação assim como trouxe vantagens trouxe também alguns riscos, e começou a haver dificuldade de acesso ao especialista, diminuição da avaliação diagnóstica complementar, restrição dos procedimentos, das internações, de rede credenciada, um desequilíbrio ético profissional e as demandas judiciais. 3. Disse que se teria que encarar que esse Sistema tem que ser financiado por alguém, seja ele nos serviços que são credenciados ao SUS, seja no serviço suplementar ou complementar, e porque esse Sistema também não recebe nenhum outro incentivo. Lembrou que houve a intervenção do Governo para salvar o sistema bancário. Houve intervenção para salvar o sistema rural. Por que não pode se fazer intervenção para amenizar o sistema suplementar?
Operadora	Luis Chicani - Sinog	Painel 4	1. São 150 empresas associadas, responsáveis pelo atendimento de 4 milhões de beneficiários, através de uma rede de 100 mil dentistas. 2. Na monografia de MBA sobre Gestão de Planos de Saúde, realizada no Rio de Janeiro, pesquisou como opera a relação entre odontólogo e operadoras de grupo, indicando que 98% dos entrevistados reconhecem que o mercado de trabalho para os cirurgiões dentistas está em crise, 56% está credenciado a algum convênio odontológico, 75% têm interesse por convênios, 40% querem aumentar a renda e igual número quer preencher os horários ociosos. A questão é: como ocupar o horário ocioso dos dentistas ? 3. O SINOG colabora com o desenvolvimento técnico-científico da categoria, define padrões mínimos de qualidade e de gestão, divulga e amplia o conceito de odontologia de grupo como agente facilitador do acesso à assistência de saúde bucal da população e promove a integração das empresas junto à classe odontológica.
Prestador	Álvaro Pinto - CFM	Painel 4	(...)atraso na implementação de normas para: critérios para credenciamento e descredenciamento , parâmetros indicadores de qualidade dos serviços próprios e de terceiros contratados, implementação de mecanismos de regulação, aferição do controle da qualidade dos serviços oferecidos.
Intelectual	Jose Carvalho de Noronha -	Painel 4	1. As operadoras devem buscar a elaboração de ferramentas para avaliação da qualidade e segurança dos pacientes e acreditação dos serviços e das Redes, além da necessidade de adoção de Protocolos de procedimentos a exemplo do NCQA; 2. A acreditação dos planos de saúde e das redes pelos usuários e profissionais de saúde pode ajudar muito no aperfeiçoamento e

	Abrasco		regulação do setor; 3. Os planos de saúde devem garantir a integralidade como requisito essencial em qualquer contrato, o acesso e a continuidade dos cuidados são atribuições irrevogáveis do Estado (art. 196 CF/88). Portanto: ferramentas tipo Cartão Nacional de Saúde, detectam o trânsito dos usuários de um plano para outro ou de um plano para o SUS, constituindo-se em ferramenta essencial a ser utilizada entre prestadoras e planos;
Operadora	Jose Antonio Diniz - Unidas	Painel 5	1. Disse que, principalmente na autogestão, há uma liberdade muito grande e uma ida à rede muito desorientada, que leva a ineficiências graves no setor. 2. Referiu que a ANS é muito diligente, quando um hospital é descredenciado, para que se evite que um plano ofereça relação de hospital e depois descredencie esses hospitais, mas quando a iniciativa parte do próprio hospital, a Agência não tem atuado da forma desejada e que advogava que a Agência tem a responsabilidade, também, de garantir o atendimento do associado quando um hospital utiliza suspensão do atendimento como estratégia negocial. Falando sobre rede, disse que defendia uma rede própria, de cada sistema, com profissionais acolhedores, que estabeleçam vínculo, que usem com racionalidade as tecnologias à disposição. 3. Acha que se tem que mudar a lógica assistencial, através de um sistema que tenha o acesso hierarquizado, com serviços próprios, uma rede referenciada de especialistas em que as pessoas acessem os especialistas por orientação de médicos generalistas, médicos de família, apoiado em um programa de promoção da saúde e prevenção da doença, com responsabilidade também das operadoras pela educação técnica continuada e com educação em saúde dos beneficiários, para que eles entendam que a primeira responsabilidade da manutenção da própria saúde é de cada pessoa. 4. Disse achar que o discurso do credenciamento universal está envelhecido e que não existirão recursos para pagamento se não houver um disciplinamento do acesso e que não basta credenciar todos os médicos para que todos tenham aumento no seu poder aquisitivo. Disse que não haveria aumento porque os recursos dos trabalhadores serão os mesmos e que não há como desconhecer todos os estudos que mostram o empobrecimento da classe média, que é quem é privilegiado, e consegue financiar o setor supletivo. 5. Disse defender um sistema que seja racional na distribuição de tecnologia, que valorize a formação do médico generalista, que o acesso à rede de especialistas seja orientado através de médicos generalistas, que haja controle da introdução e da utilização das novas tecnologias, não para impedir acesso, mas de procurar ajustar a tecnologia adequada à complexidade da necessidade do paciente. 6. Abordando o tema da cobertura e acesso à assistência disse que o fato de ainda se conviver com dois terços de planos anteriores a lei e existirem ainda limites de diária, de UTI e limites de idade e mesmo limites de utilizações, isso escancara a imperfeição do setor. Disse que, principalmente na autogestão, há uma liberdade muito grande e uma ida à rede muito desorientada, que leva a ineficiências graves no setor. 7. Disse que as autogestões ficam a meio caminho, entre o setor privado e público, porque de uma maneira geral nas autogestões se busca observar os princípios de igualdade de acesso, de equidade e de integralidade da atenção, mas percebe que há uma iniquidade muito grande na distribuição e utilização dos recursos no setor privado e que o acesso é determinado, não pela condição do paciente, mas pela cobertura do seu plano. Falou que se o beneficiário tivesse livre acesso e pudesse escolher o seu médico, o grau de conhecimento dele em relação a um médico, hospital ou um laboratório seria desmesuradamente inferior e o faria refém de terapias e tratamentos que resultam em iatrogenias.
Prestador	Samir Dahas Bittar - AMB	Painel 5	Referiu que gostaria que houvesse reembolso, e que se a universalização do credenciamento por vezes esbarra em algumas questões, como eventualmente nas cooperativas, onde os resultados são partilhados e que a inserção de pessoas estranhas a esse compromisso pode ser dificultada; o reembolso que é a consulta livre, seria uma solução

Intellectual	Emerson Elias Merhy - Unicamp	Painel 5	Disse ficar inquieto quando os itens colocados para discussão no painel, como cobertura, acesso , redes , doenças preexistentes, acabam não tendo um enfrentamento claro e lembra a imagem que o Prof. Aloísio colocou, sobre a imperfeição das relações entre os vários atores neste setor.
Usuário	Jose Erivalder - CUT	Debate Painel 5 Painel 3	1. Discordou que a livre escolha podia aumentar as auditorias, dizendo que as auditorias já eram feitas de uma forma muito complicada e que os médicos são todos credenciados . Disse que o que está acontecendo é um descredenciamento , não somente de médicos, como de clínicas e hospitais, sem nenhum critério técnico, apenas financeiro. 2. Iniciou falando que os usuários dos planos de saúde e os usuários do SUS querem que os serviços de saúde tenham: em primeiro lugar equidade que significa acesso aos serviços, de acordo com as necessidades de diferentes grupos populacionais; eficácia que expressa a capacidade do sistema de atingir seus fins; eficiência e resultados que superem aquilo que foi planejado e a qualidade que os usuários esperam de todo o Sistema. 3. Referiu-se aos custos parasitas dando como exemplos os prédios suntuosos, propagandas enganosas na televisão, aluguel de helicópteros, mas quando o usuário necessita, existem dificuldades em estar tendo acesso efetivamente a tudo que a propaganda diz.
Operadora	Arlindo Almeida - Abramge	Debate Painel 5	Disse que queria abordar a questão da universalização do credenciamento que poderia exterminar com os planos de saúde, pelo menos os acessíveis a população e elencou alguns fatores para justificar sua afirmativa: a oferta determina a demanda, e se todos os médicos forem credenciados o número de consultas vai ser muito maior, gerando uma explosão de custos; o paciente de baixa renda ele está sujeito a uma má escolha devido a formação do médico, podendo escolher um médico que não tenha condições de atendê-lo; o médico escolhido poderá não ter acesso a determinados hospitais e serviços; o próprio SUS não admite a livre escolha, realizando concursos para que os seus médicos sejam admitidos; um mau médico erra mais, e as operadoras e os hospitais teriam muitos mais casos de responsabilidade solidária com o médico; também torna inviável a existência de sistemas fechados, como o próprio sistema UNIMED.
Operadora	Jose Cláudio - Unimed	Debate Painel 5	Abordou também a questão da universalização do credenciamento dizendo que a sociedade cooperativa existe para prestar serviços aos médicos cooperados e que não era razoável que uma possível imposição legal fizesse com que uma cooperativa praticasse aquilo que se chama de ato não cooperativo, que apenas em hipóteses excepcionais a cooperativa pode praticar. Alertou ainda sobre a participação do cooperado no resultado da cooperativa o que um médico não cooperado não teria como fazer.
Governo	Helvécio Miranda – gestor municipal	Debate painel 5	Disse que se defender ao mesmo tempo o credenciamento universal e a hierarquização era incompatível. Não dá para agradar a todos ao mesmo tempo, na mesma frase.
Usuário	VERA – ONG /SP	Debate painel 1	Disse que o usuário deve ter a opção de escolher o hospital, e que fez a adequação do plano para seu filho, que tem problemas mentais, mas não tem acesso à internação em hospital geral, e que isso precisa ser resolvido.
Intellectual	AMÉLIA COHN - USP	Painel	Disse que não poderia concordar com o raciocínio de que o sistema suplementar possa ser complementar à falência do SUS e que a lógica da suplementar é a lógica da seletividade do acesso para viabilizar interesses de agentes econômicos que são legítimos, enquanto a lógica do sistema público é outra, é da universalidade, do direito. E como estratégia de inclusão social, o sistema suplementar, pela lógica dele que tem que ser respeitada, ele não é uma boa estratégia. Disse não haver evidências nos estudos se o sistema suplementar desonera ou onera o SUS e o que se vê é a lógica de seletividade desse sistema suplementar que acaba fazendo com que aquele que pode optar pelo acesso a saúde, via mercado, caísse no SUS, porque ele foi capturado pelo mercado mas quando fica oneroso para o mercado ele volta para o SUS.

Usuário	Maria Inês Dolci - Proteste	Painel 2	1. Ficaram algumas falhas, e hoje existem problemas com as doenças preexistentes, a fragmentação da assistência com todos esses planos e desvios na legislação, a questão da urgência e emergência limitando o acesso de forma incompatível com a prática ética da assistência à saúde, transplantes, faixas etárias, atendimento de acidentes com a exclusão de acidentes de trabalho, a revisão técnica que precisa ser modificada, faz-se necessária uma revisão da resolução em vigor. 2. Gostaria de trazer a todos a visão do consumidor no sentido de que a diversidade, quando ele usufrui os serviços, quando tem acesso aos produtos, para ele, tanto faz a natureza, o porte, os produtos ofertados, ele acaba aceitando o que é possível dentro da sua condição econômica.
Operadora	Antonio Jorge Kropf - Sinamge	Painel 3	Disse ser fundamental, em primeiro lugar, conceituar aquilo que iria abordar e que o primeiro ponto seria, o que se tem que financiar? Tem que se financiar a saúde e o acesso à Medicina. E qual é a Medicina?
Intelectual	Aloísio Teixeira - UFRJ	Painel 3	Esses podem ser objetivos que serão atendidos pela regulação da saúde suplementar, mas também por outros instrumentos jurídicos, institucionais, alguns já disponíveis e outros por construir, dentro e fora do âmbito da saúde suplementar, mas que só serão atendidos se o objetivo maior estiver claro para todos e que esse objetivo maior é garantir o direito de acesso da população à saúde. Se isso é colocado como objetivo, o que se quer é permitir que a sociedade brasileira tenha igual direito e acesso aos serviços de saúde.
Prestador	Ricardo- Conf. Medica Brasileira	Debate painel 5	Disse que não se garantir o livre acesso do usuário a escolher o seu médico, pela qualidade, representa um mecanismo de cercear o direito do usuário de procurar o acesso à saúde de dentro do seu plano de saúde.

PLANILHAS – Fórum -1 – Promoção e Prevenção

Bloco de atores	Ator específico	Painel	Promoção
Usuário	Lucia Helena Magalhães-Procon SP	Painel 1	Disse achar extremamente necessária a previsão legal de campanhas que objetivem informação e prevenção de doenças e que hoje a legislação não trata disso.
Operadora	Oerstes Mazzariol - UEME	Painel 2	Algumas áreas necessitam melhores definições, entre elas podemos citar a questão dos programas de medicina preventiva, até onde nós vamos, no sistema suplementar, com a nossa medicina preventiva e até onde o papel é do Estado.
Prestador	Reynaldo André - ANAHP	Painel 2	Deve-se pensar em prevenção de doença e promoção de saúde porque através disso pode-se racionalizar a utilização dos nossos recursos, e criar estímulos para a mudança do foco da doença para a saúde, por parte das operadoras e prestadoras e isso só pode ser feito no que diz respeito a operadoras a partir do momento que se fidelize a sua clientela para que o investimento em prevenção possa, anos depois, refletir em menores custos.
Usuário	Maria Inês Dolci - Proteste	Painel 2	Ações preventivas, assistência farmacêutica e serviços de prevenção estão na lei, mas não vêm sendo obedecidos pelas operadoras.
Operadora	Antonio Jorge Kropf - Sinamge	Painel 3	Disse que deveria haver a utilização racional da capacidade instalada, a reformulação do modelo assistencial, que tinha que se ter uma visão de gestão médica e não só financeira, que a resolutividade tinha que jogar um papel importante e a prevenção era uma obrigação.
Usuário e prestador	Jose Erivalder – CUT (e sind dos médicos)	Painel 3	Disse que a nova realidade obriga a uma revisão dos conceitos consagrados na perspectiva de que o atual sistema, baseado na atenção hospitalar e médica, possa integrar o modelo que dá ênfase à prevenção e promoção à saúde
Prestador	Alavro Pinto - CFM	Painel 4	Situação Atual:Oferecimento de cobertura integral, com a manutenção da prevenção ainda opcional, regulação parcial nos contratos coletivos e nos anteriores à lei, depois de 5 (cinco) anos de regulação ainda existe provisoriedade nos registros de operadoras, existência de operadoras atuando de forma irregular e prejudicando os usuários e riscos profissionais, centralização das atividades de liberação das guias e senhas das operadoras nacionais, ineficiência na fiscalização da assistência, continuidade da indefinição das ações judiciais por parte da justiça, atraso na implementação de normas para: critérios para credenciamento e descredenciamento, parâmetros indicadores de qualidade dos serviços próprios e de terceiros contratados, implementação de mecanismos de regulação, aferição do controle da qualidade dos serviços oferecidos.
Intelectual	José Carvalho de Noronha - Abrasco	Painel 4	As prestações de serviços devem estar condicionadas às necessidades clínicas das pessoas: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Não podem haver diferenças entre procedimentos técnicos necessários aos problemas e às expectativas. Toda a reflexão do ponto de vista do acompanhamento tem de estar centrada na pessoa que contribui para os planos de saúde;
Operadora	Arlindo de Almeida - Abramge	Debate Painel 4	Há uma melhora no controle das operadoras e já se admite atuação na prevenção;

Operadora	José Antonio Diniz - Unidas	Painel 5	1. Acha que se tem que mudar a lógica assistencial, através de um sistema que tenha o acesso hierarquizado, com serviços próprios, uma rede referenciada de especialistas em que as pessoas acessem os especialistas por orientação de médicos generalistas, médicos de família, apoiado em um programa de promoção da saúde e prevenção da doença, com responsabilidade também das operadoras pela educação técnica continuada e com educação em saúde dos beneficiários, para que eles entendam que a primeira responsabilidade da manutenção da própria saúde é de cada pessoa. 2. Disse que as ações de promoção e prevenção, além de evitarem que as pessoas fiquem doentes, também contribuem para a racionalidade de custos do Sistema
Usuário	Neide Regina Barriguelli - Farbra	Painel 5	Disse que mesmo com pouco recurso, o SUS atende à totalidade dos renais crônicos, dos doentes de Aids, a maioria dos doentes de câncer, realiza três consultas para cada habitante por ano, realiza 85% de todos os procedimentos de alta complexidade, dentre inúmeras ações de assistência, prevenção e vigilância.
Intelectual	Emerson Elias Merhy - Unicamp	Painel 5	Referiu ficar indignado com o baixo uso das tecnologias de prevenção e promoção a saúde, que tem sido feito no setor, dizendo que se levou muito tempo para se construir patrimônios nesta área de sabedoria e conhecimento tecnológico para não serem utilizados.
Usuário	Luiz Carlos Campos - ABRH		Neste sentido, alternativas de custo menor deverão ganhar espaço, e aí a gestão e o gerenciamento de ações de promoção da saúde e de qualidade de vida, no âmbito da própria empresa, serão diferenciais importantes na escolha do RH.

PLANILHAS – Fórum-2- Acompanhamento Casos Crônicos

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Casos crônicos
prestador	ABEMID-Josier Vilar	Grupo 1	diz que a saúde não pode ser regulada apenas pelo ponto de vista econômico, apenas pelo mercado; afirma que todos os sistemas de saúde são centrados na assistência à doença aguda mas são as doenças crônicas que impactam nos custos do sistema; acredita que os fatores moderadores não são suficientes para resolverem a questão do uso; acha importante que se adotem os cuidados inovadores para as doenças crônicas e questiona como gerenciar as doenças crônicas no país.
Operadora	UNIDAS- José Antonio Diniz	Grupo 1	O modelo de atenção à saúde na suplementar é injusto, iníquo e precisa ser mais discutido; disse que nas auto-gestões dois terços das entidades já dão cobertura medicamentosa e que se tem que ter uma política para as doenças crônicas;

PLANILHAS – Fórum-2- Avaliação e qualidade

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Avaliação e qualidade
Governo	Fausto Pereira - MS	Abertura	Como diretriz quatro colocou que o modelo de atenção à saúde na suplementar, deveria tratar da prevenção e controle de doenças, práticas essas que podem e devem ser articuladas com os gestores locais, no sentido de adoção de políticas de controle e prevenção, de promoção, construindo informações para os seus usuários sobre essas questões, usando indicadores, para estar monitorando a própria qualidade da sua atenção, trabalhando aspectos como rede suficiente e se o usuário está tendo uma linha de cuidado claramente estabelecida. 2. A diretriz de número dois, seria que a saúde suplementar deveria observar os princípios da integralidade da adesão, no caso específico da segmentação contratada pela operadora, da qualidade dos serviços prestados e que a segunda diretriz era uma consequência da primeira, na medida em que se a operadora era responsável pela atenção à saúde, ela também era responsável pela discussão da qualidade e da resolutividade dos serviços por ela ofertados ao seu beneficiário. <i>Diretriz 2-</i> A saúde suplementar deve observar os princípios da integralidade da atenção (na segmentação contratada), da resolutividade e da qualidade dos serviços prestados.
Intelectual	FIOCRUZ (Leticia Krauss)	Grupo 1	refere que a cultura de indicadores de qualidade válidos não existe inclusive nas secretárias de saúde e que os gestores têm poucas informações; diz que há uma escassez de diretrizes clínicas baseadas em evidências e que nem a ANS nem o MS estão preocupados com isso; acredita ser difícil se criar um instrumento hoje na suplementar de controle social voltado para a produção da saúde e que o controle social da efetividade técnica ainda está longe de ser alcançado.
Prestador	SBPC (Armando Alves):	Grupo 1	tem que ser relacionado o reajuste com repasse para o prestador para a continuidade da qualidade do serviço.
Usuário	FARBRA (D. Neide Barriguelli):	Grupo 1	acha importante a diretriz ressaltando que não se trata de alimentação ou saneamento mas de se buscar que as operadoras garantam qualidade, que saibam que tratam é com saúde; afirmou que a assistência farmacêutica tem que ser considerada obrigatória e não só restrita ao hospitalar.
Operadora	SINAMGE (Dagoberto):	Grupo 1	fez uma declaração formal, em nome da entidade, de adesão aos esforços para construir alternativas para a migração e de se fazer um verdadeiro armistício no período de transição; pede que não se utilizem formas autoritárias nem açodadas; relembra a constituição de 1988 onde consta que a saúde é livre à iniciativa privada mas que o Estado tem a obrigação de regular a atividade; fez as seguintes citações “se a saúde humana não tem preço, a assistência à saúde tem custos” e “a arte de operar um plano de saúde é compatibilizar

			a ética econômica com a ética social”; acha mais adequado utilizar o termo garantia para eventos cobertos nos contratos do que produção da saúde; afirma que se deve trabalhar com os critérios de qualidade e de resolutividade mas que sem o equilíbrio econômico-financeiro o sistema não sobreviverá.
Governo	Helvécio Miranda- Conasems	Grupo 1	a regulação tem que se dar não só nas operadoras mas também nos prestadores e isso é de interesse dos gestores porque 80% dos prestadores são compartilhados entre o SUS e a saúde suplementar; também a incorporação tecnológica precisa ser discutida entre SUS e suplementar; destaca que os bons sistemas de saúde tem a responsabilização do gestor pelos seus usuários e isso impacta positivamente nos resultados coletivos e individuais, sabendo-se que quanto maior a vinculação, menor é o custo; afirma ser importante a construção de regras sobre categorização de redes (urgência, saúde mental, pré-hospitalar, domiciliar) e padrões assistenciais (quais são aceitáveis?); disse que não é mais barato prevenir mas do ponto de vista social e de qualidade de vida produz mais saúde; posicionou-se fortemente contrário à subsegmentação..
		Grupo 2	Foi defendida a necessidade de uma mudança de paradigma; o mercado é prisioneiro da questão ‘Preço’ quando deveria estar voltado mais para a qualidade, com adoção de critérios como certificação e acreditação dos prestadores. A discussão destas questões diz respeito a uma definição de fundo: qual o tamanho do mercado que se quer ter, qual a qualidade deste mercado, reconhecida sua complexidade, que atores específicos desempenham papéis que precisam ser mais bem definidos: operadoras, prestadores, consumidores/usuários, e governo.
Usuário	Geraldo Adão - COBAP	Grupo 2	A COBAP se declara inteiramente de acordo com esta diretriz (a 4), haja vista manifestação feita por ocasião da diretriz 1. Mas acrescenta dois atributos: além dos princípios do SUS que se considere a necessidade de avançar na qualidade técnicas dos serviços prestados, e na humanização das relações prestador x usuários.
Prestador	Irineu Grinbert (SBAC)	Grupo 2	A SBAC compartilha com a ANAHP e propõe a inclusão da questão da qualidade.
Prestador	Francisco Balestrin - ANAHP	Grupo 2	ANAHP menciona a situação atual dos prestadores privados, cuja lógica é a da oferta pelo consumo, e o desequilíbrio no setor não se deve a presença/ausência de contratos. Lembra a equação qualidade x preço como fundamental, e acha justo que na relação reajuste x custos, se cheque a remuneração adequada.
Operadora	Antonio Alarcon - Uniodonto	Grupo 3	O que foi dito pelo representante da AMB sobre os médicos também se aplica aos odontólogos, acrescido dos custos de material de consumo que são dolarizados. Sugere uma tabela de remuneração profissional odontológica com certificação de qualidade para operadoras e que se reduza a formação de novos profissionais de odontologia.
Usuário e Prestador	Aduseps (René Patriota) e AMB (Samir Bittar)	Grupo 3	Dizem que é preciso coibir os abusos no uso da tecnologia, diminuir a quantidade de profissionais formados e melhorar a qualidade.
Governo	Humberto Costa – Ministro da Saúde	Plenária de 09/09	Lembrou que o setor melhorou sensivelmente a qualidade da sua relação com a sociedade, a sua imagem, com a implementação da Lei de 1998.

PLANILHAS – Fórum-2– Incorporação Tecnológica

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Incorporação
Operadora	Aliança Unimed (Antonio Felício)	Grupo 1	manifesta preocupação com a incorporação tecnológica que deve ser refletida no reajuste
Governo	ANS (Jose do Valle)	Grupo 1	estímulo a uma Câmara Técnica, pública, para se discutir a incorporação tecnológica.
Governo	Helvécio Miranda - Conasems	Grupo 1	1.a regulação tem que se dar não só nas operadoras mas também nos prestadores e isso é de interesse dos gestores porque 80% dos prestadores são compartilhados entre o SUS e a saúde suplementar; também a incorporação tecnológica precisa ser discutida entre SUS e suplementar; destaca que os bons sistemas de saúde tem a responsabilização do gestor pelos seus usuários e isso impacta positivamente nos resultados coletivos e individuais, sabendo-se que quanto maior a vinculação, menor é o custo; afirma ser importante a construção de regras sobre categorização de redes (urgência, saúde mental, pré-hospitalar, domiciliar) e padrões assistenciais (quais são aceitáveis?); 2. refere que precisa existir uma posição mais firme do governo no que se refere à incorporação tecnológica, devendo haver uma articulação entre Banco Central, ANVISA, ANS e outras áreas do MS e ainda a participação do CONASS e CONASEMS;
Prestador	ABEMID-Josier Vilar	Grupo 1	tem que se acabar com o desperdício na saúde; deve se discutir objetivamente a incorporação tecnológica na saúde e de beneficiar os planos que adotem a Medicina baseada em evidências, protocolos clínicos com “ <i>guidelines</i> ” desenvolvidos, seguindo os consensos clínicos que possam reduzir o desperdício na saúde..
Operadora	Walter Lyrio - Unidas	Grupo 2	reconhece a contratualização como avanço, mas insuficiente. Levanta a questão da incorporação tecnológica como um grande gerador de custos. Propõe a criação de uma câmara técnica envolvendo o governo e várias agências, para aprovar a adoção de procedimentos tecnológicos.
Governo	João Luis Barroca-ANS	Grupo 3	Deve ser diminuído o número de médicos e odontólogos formados e se definir uma política de incorporação tecnológica, inclusive com tributação diferenciada, de acordo com as necessidades regionais de equipamentos e priorização da indústria nacional. 2. Defende a incorporação pela ANS e Ministério da Saúde de um critério semelhante ao Canadense, onde haja comprovação científica do impacto na inclusão de novas tecnologias.
Operadora	Luiz Figueiredo - Asspres	Grupo 3	Faz referência a um estudo da FENASEG, mostrando quanto a incorporação tecnológica pode ser fonte de aumento de custos na área de saúde, citando vários exemplos de procedimentos que tiveram seus preços ampliados por este motivo. Isso somado ao aumento da sinistralidade responde pela quase totalidade do aumento de custos no último período.
Usuário	Jose Erivalder - CUT	Grupo 3	Sugere a criação de uma câmara de incorporação tecnológica, visando racionalizar o uso de novas tecnologias.
Prestador	Ricardo Albuquerque – Conf. Méd. Brasil	Grupo 3 Plenária dia 10/09	1. Concorde com a criação de critérios para a incorporação tecnológica e diz que os abusos devem ser denunciados. 2. Mas com relação à migração escalonada, a racionalização de custos com diretrizes, protocolos e discussão sobre incorporação de tecnologia, nova metodologia para reajuste, contratualização de operadoras e prestadores, e o próprio papel da ANS e suas câmaras técnicas, achava que deveriam ser os itens nos quais a Agência Nacional de Saúde deveria promover encontros antes da próxima e última etapa para discutir, porque seriam os cinco tópicos que achava que havia ampla possibilidade de se fazer acordo.
Operadora	Jose Antonio Diniz - Unidas	Grupo 1	acha que faltou nas diretrizes o aspecto do controle da introdução de novas tecnologias, assim entendidos os medicamentos, materiais especiais e os medicamentos; disse sentir falta da ANVISA na discussão; sugere a criação de uma Câmara Técnica de Permanente para discussão de novas tecnologias e novas coberturas com participação especial da Sociedade de Especialidades Médicas; refere também sentir falta da participação do poder judiciário;

Usuário	Assoc. Franco Basaglia – Vera Lúcia Vita	Grupo 2	lembra a questão da concentração de tecnologia em áreas circunscritas.
Operadora	Flávio Heleno Poppe- Sinamge	Grupo 3	Afirma que a parte mais barata da assistência médica é o honorário e que isso deve mudar. É preciso eliminar o desperdício existente no uso da tecnologia. Critica o incremento indiscriminado de escolas médicas e a desqualificação profissional.
Prestador	Samir Dahas Bittar- AMB	Grupo 3	Afirma que a tecnologia não é ruim em si, mas sim o abuso de seu uso.
Prestador	CFM -Álvaro Pinto	Grupo 1	diz que todo o processo cultural tem que ser modificado, devendo se dar atenção à educação médica, acabando com as escolas caça níquel; diz que as diretrizes e protocolos servem para refrear a autonomia médica mas que o controle da autonomia médica deve ser feito pelo órgão que tem o poder para isso que é o CFM; refere que as 120 diretrizes que foram feitas foram baseadas em evidências médicas mas que precisam ser aplicadas; tem que se buscar efetividade e eficácia, com controle.
Intelectual	Ligia Bahia - UFRJ	Grupo 2	Ligia lembra que além dos custos, contratualização envolve deveres e obrigações em relação a atendimento. Diz que a questão dos protocolos/diretrizes parece interessante mas deve garantir melhoria dos indicadores no compartilhamento de riscos.

PLANILHAS – Fórum-2 – Sistema de informações

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	informação
Governo	Fausto Pereira - MS	Abertura	Como diretriz quatro colocou que o modelo de atenção à saúde na suplementar, deveria tratar da prevenção e controle de doenças, práticas essas que podem e devem ser articuladas com os gestores locais, no sentido de adoção de políticas de controle e prevenção, de promoção, construindo informações para os seus usuários sobre essas questões, usando indicadores, para estar monitorando a própria qualidade da sua atenção, trabalhando aspectos como rede suficiente e se o usuário está tendo uma linha de cuidado claramente estabelecida.
Usuário	PROCON SP-CAPITAL (Lucia Helena):	Grupo 1	a prevenção e a promoção à saúde têm que ser colocadas como objetivo; destaca que a questão fundamental que tem que existir é a informação; refere que há um grande distanciamento entre a operadora e o usuário, que não tem informações mínimas como saber porque o procedimentos foi negado, por exemplo; refere que há a necessidade de mais informações para os usuários sobre o ressarcimento ao SUS.
Usuário	BRASILCON (Pfeifer):	Grupo 1	A prevenção é extremamente importante; propõe que o Ministério da Saúde estimule estudos sobre se a prevenção traz economia ou não; é importante se ter dados; as informações para os usuários são também importantes; reafirma a defesa da diretriz 3 (não a subsegmentação)
Intelectual	FIOCRUZ (Leticia Krauss):	Grupo 1	refere que a cultura de indicadores de qualidade válidos não existe inclusive nas secretárias de saúde e que os gestores têm poucas informações;
Intelectual	Ligia Bahia - UFRJ	Grupo 2	1. enfatiza a preocupação com a questão da falta de informações, de que estas são um insumo fundamental para o conhecimento panorâmico do mercado, e da tomada de decisões, quer legais, quer técnico-políticas; 2. aponta enfaticamente a falta de informações de comportamento, e tendências, da estrutura de gastos das operadoras por segmento, bem como dos prestadores. 3. é contra a proposta da ANAHP, alegando cultura técnica que conduz a erros de aperfeiçoamento. Ressalta, mais uma vez, a necessidade de disseminação de informações para aprimoramento da regulação.
Usuário	Maria Inês Dolci-Proteste	Grupo 2	A Proteste reclama da falta de informação das operadoras aos consumidores, diz que os S.A.C's das empresas não funcionam para informar.
Governo	Humberto Costa – Ministro da Saúde	Plenária 09/09	Disse que a melhor forma de controle de preços, seria que se pudesse ter um setor com bastante competitividade, com concorrência entre as diversas operadores de modo que as pessoas pudessem ter reduzidas assim as suas assimetrias de informação e pudessem fazer opções por planos levando em conta os recursos e tendo como comparar.

PLANILHAS- Fórum –2ª etapa – INTEGRALIDADE

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Integralidade; integral
Governo	Fausto Pereira	Abertura	A diretriz de número dois, seria que a saúde suplementar deveria observar os princípios da integralidade da atenção, no caso específico da segmentação contratada pela operadora, da qualidade dos serviços prestados e que a segunda diretriz era uma consequência da primeira, na medida em que se a operadora era responsável pela atenção à saúde, ela também era responsável pela discussão da qualidade e da resolutividade dos serviços por ela ofertados ao seu beneficiário.
Governo			<i>Diretriz 2-</i> A saúde suplementar deve observar os princípios da integralidade da atenção (na segmentação contratada), da resolutividade e da qualidade dos serviços prestados.
Operadoras	UEME (Orestes):	Grupo 1	afirma que a migração tem que ser opcional, com incentivos fiscais; discorda do percentual de aumento único porque os atuários não conseguem calculá-lo, só se for por segmentação; a integralidade e a universalidade têm que ser garantidas no setor; parabeniza as diretrizes de uma forma geral.
		Grupo 2	Diretriz 2: Nesta diretriz o grupo revelou a maior diversidade de opiniões, que aludiram desde o caráter constitucional, como Lígia Bahia, lembrando que a assistência médico-hospitalar não é integral, ou inconstitucional da integralidade se adotada para o sistema privado, como aqueles que a diziam exclusiva do SUS, inclusive porque cobrir tudo é incompatível com a realidade de renda da população brasileira, e vai afetar o processo de migração, por isso mesmo, inclui a racionalidade de utilização, e portanto, franquias, limites e co-participação deveriam ser estimulados. Em sua maioria, as opiniões sempre consideraram a questão da integralidade vista pela ótica dos custos, merecendo ressalva de que o tema da saúde deveria ser assumido como centralidade.
Prestador	ANAHP	Grupo 2	A ANAHP apresenta uma argumentação no sentido de que os hospitais já vêm adotando uma visão moderna da saúde que congrega baixos custos com baixa invasividade, com reflexos positivos na capacidade resolutiva com soluções ambulatoriais, práticas, mediatas e diretas no que considera um novo enfoque médico. Ressalta que a assistência à saúde deve ser prestada de modo integral mas interroga a dificuldade que é a extensa rede de prestadores bem como a falta de integração entre eles; além disso, lembra a questão dos médicos que são quem de fato estão na linha de frente diante de eventuais negativas do sistema. 2. Para a ANAHP não há necessidade de subsegmentação: há produtos diferenciados e prestadores diferenciados.
Usuário	Proteste	Grupo 2	1.A Proteste lembra que o SUS é deficiente na integralidade, vista a partir do acesso. E considera que a subsegmentação é inviável para a maioria dos consumidores. Os representantes de usuários enfatizam as dificuldades de acesso do SUS como um dos problemas da integralidade, mas defendem a adoção dos princípios do SUS. 2. A Proteste retruca que as seguradoras representam o mercado <i>top</i> de linha, e que na verdade o mercado é fracionado, isto é o que representa a tensão entre integralidade x migração. Diz que há planos ‘antigos’ nos quais o usuário já vem pagando a conta, e que a migração dos contratos mais sub-segmentados, o mercado retroage.
Operadora	Luis Chicani - SINO	Grupo 2	A odontologia manifesta a preocupação de que a integralidade, na área, produza crise no mercado de trabalho, com desemprego.
Prestador	Heder Murari - Fenam	Grupo 2	A FENAM alerta para a diversidade, de que as operadoras são muito diferentes entre si, e que há picaretas. Aponta que a discussão da integralidade está fora de foco.
Operadora	João Alceu - Fenaseg	Grupo 2	A FENASEG assume o raciocínio de que integralidade significa cobertura e esta tem um custo, e adverte que o governo insistindo nesta tecla na verdade está condenando o consumidor ao “ou tudo ou nada”.

Operadora	Walter Lyrio - Unidas	Grupo 2	A UNIDAS diz que a assistência suplementar deve dar assistência integral, mas distingue entre integralidade legal e integralidade contratual.
Intellectual	Pedro Barbosa - ENSP	Grupo 3	Não consegue compreender a integralidade isoladamente na área de Saúde Suplementar, uma vez que isso é um papel tipicamente estatal. A Saúde Suplementar compõe o sistema de saúde, mas não existe separada do SUS. Não há como falar que não há subsegmentação se é permitida a existência de planos exclusivamente ambulatoriais. 2. (sobre o PEA)Necessidade de analisar experiências de migração que deram certo em diferentes operadoras. Reitera o posicionamento favorável à migração progressiva, considerando que a subsegmentação já existe, inclusive no SUS, e que, tendo claramente definido onde quer chegar, essa seria uma etapa de transição perfeitamente assimilável.
Prestador	Samir Dahas Bittar- AMB	Grupo 3	AMB: Defende o rol hierarquizado. Entende a posição das operadoras a favor da subsegmentação sob o aspecto financeiro, uma vez que o SUS não conseguiu ofertar à toda população as coberturas necessárias. Mas, do ponto de vista médico, é contrário à subsegmentação uma vez que perpetuariam os problemas já existentes nos contratos antigos e inviabilizariam a atenção integral à saúde dos clientes. Afirma que a tecnologia não é ruim em si, mas sim o abuso de seu uso.
Prestador	Ricardo Albuquerque Paiva – Conf.Med.Brás.	Grupo 3	CMB: É contra a subsegmentação que impede a integralidade e fere a consciência ética e profissional. Concorde com a criação de critérios para a incorporação tecnológica e diz que os abusos devem ser denunciados. Informa sobre proposta de revisão de currículo e da formação médica em discussão nos Ministérios da Saúde e Educação. 2. Disse que de sete pontos críticos, em cinco seria possível chegar a um acordo negocial e em dois (subsegmentação e controle social) achava que o Governo teria que arbitrar.
Usuário	René Patriota - ADUSEPS	Grupo 3	ADUSEPS: Afirma que a diretriz 2 que trata da integralidade é ilusória. Que é contra a subsegmentação e que a indicação médica é soberana. Que o SUS poderia melhorar muito se o governo devolvesse o CPMF à saúde, e que deveria haver um serviço jurídico de plantão nos hospitais para garantir os direitos dos pacientes.
Governo			<i>Diretriz 3-</i> Quanto à cobertura assistencial, não será permitida a subsegmentação.
Governo	Fausto Pereira- MS	Abertura	Afirmou que a diretriz três referia-se a discussão da cobertura e que a subsegmentação, além da segmentação que já estava colocada no processo de regulamentação, no entendimento do governo, não deveria prosperar.
Governo	Januário Montone - ANS	Abertura Plenária 09/10 Plenária dia 10/09	Explicou que o processo propõe basicamente, a instituição de um plano especial de adesão ao contrato adaptado, que significaria um aditivo contratual que incorporasse aos contratos antigos as coberturas assistenciais e os dispositivos garantidores da Lei nº 9656/98, isso obrigatoriamente oferecido pelas operadoras com livre adesão do usuário, em relação a essa adaptação ou não. 2. Com relação a subsegmentação, disse que era uma discussão de fundo que teria que ser aprofundada. 3. Lembrou que não permitir a subsegmentação era uma diretriz apresentada pelo Ministério da Saúde como uma diretriz de regulação para os setores da saúde suplementar, daqui para frente.
Prestadores	Julcemar Ragnini – Conf. das Misericórdias		não se está discutindo apenas a cobertura mas também a recomposição do equilíbrio; diárias, taxas e honorários também devem ser contemplados; questiona se o consumidor não pagar o boleto por inadimplência se seria considerado não adesão; refere que os prazos estão curtos.
Usuários	ABRH (Luiz Carlos):	Grupo 1	entende que o documento é um avanço; afirma que os fatores que impedem a migração são os custos e a falta de informação; sugere implantação gradual, ir ampliando as coberturas até chegar à lei; questiona quais são as alternativas ao PEA.
Operadoras	UNIDAS (Diniz):	Grupo 1	O modelo de atenção à saúde na suplementar é injusto, iníquo e precisa ser mais discutido; disse que nas auto-gestões dois terços das entidades já dão cobertura medicamentosa e que se tem que ter uma política para as doenças crônicas; acha que faltou nas diretrizes o aspecto do controle da introdução de novas tecnologias, assim entendidos os medicamentos, materiais especiais e os medicamentos; disse sentir falta da ANVISA na discussão; sugere a criação de uma Câmara Técnica de Permanente para

			discussão de novas tecnologias e novas coberturas com participação especial da Sociedade de Especialidades Médicas; refere também sentir falta da participação do poder judiciário; solicita esclarecimentos sobre as diretrizes 8 (concorrência) e 9 (plano de contingência).
Operadora	Luis Felipe Pelon - FENASEG	Grupo 3	1. sugeriu que primeiro se fizesse uma revisão técnica da carteira e a seguir a migração. Essa migração dos clientes deveria ser por etapas com incremento progressivo de cobertura e valores. 2. As seguradoras querem se diferenciar das operadoras de saúde, uma vez que trabalham com modalidade de reembolso e não são gestores de saúde. Não permitir a subsegmentação pode ser uma oportunidade perdida. 3. A participação das seguradoras na prevenção e promoção da saúde é diferenciada por não termos rede própria. Hoje só estão à venda planos novos, que são mais caros. A subsegmentação permitiria oferecer ao mercado produtos ao alcance dos consumidores.
Operadora	Flávio Heleno - SINAMGE	Grupo 3	Afirma que a parte mais barata da assistência médica é o honorário e que isso deve mudar. É preciso eliminar o desperdício existente no uso da tecnologia. Critica o incremento indiscriminado de escolas médicas e a desqualificação profissional. Diz que não há como migrar se isso não for feito por etapas. Afirma que as operadoras devem ser regionais e a cobertura nacional paga como reembolso.
Usuário	Tadeu Amaral - CAT	Grupo 3	1. Não precisamos de planos com pequena cobertura para o interior, a subsegmentação não nos interessa. Sugere que seja elaborada uma lista com nomes e endereços de todos os participantes do fórum. 2. Defende o ressarcimento ao SUS e é contra qualquer tipo de segmentação e a favor de manter o item VI. 3. Disse que se o trabalhador urbano não tem condições de pagar seu plano, nem migrar, muito menos o trabalhador rural, por isso não entende a defesa para a segmentação dirigida para o interior.
Governo	Humberto Costa – Ministro da Saúde	Plenária dia 09/09	Disse que isso também era importante para de planos antigos com os planos novos no sentido de que as pessoas imaginavam ter direito à uma determinada cobertura que na prática os planos antigos não cobriam e isso acabava sempre levando a desgastes, à construção de uma imagem distorcida do mercado de um modo geral, com mais razão ainda ficaria no momento em que a desinformação inclusive campearia
Usuário	PROCON- SP CAPITAL (Lúcia Helena):	Grupo 1	parabenizou as diretrizes, principalmente a não subsegmentação;
Operadora	ABRAMGE (Arlindo):		diz querer manter o protesto sobre a diretriz que impede a subsegmentação;
Governo	Helvécio - Conasems	Grupo 1	disse que não é mais barato prevenir mas do ponto de vista social e de qualidade de vida produz mais saúde; posicionou-se fortemente contrário à subsegmentação.
Operadora	SINAMGE (Mario Junqueira)	Grupo 1	refere que o judiciário está determinando coisas para serem cumpridas que nem o SUS cobre; diz que a prevenção é importante mas não é barata; sugere não se falar no termo subsegmentação mas sim progressividade.
Usuário	BRASILCON (Roberto Pfeifer)	Grupo 1	A prevenção é extremamente importante; propõe que o Ministério da Saúde estimule estudos sobre se a prevenção traz economia ou não; é importante se ter dados; as informações para os usuários são também importantes; reafirma a defesa da diretriz 3 (não a subsegmentação)
Operadora	Luis Chicani - SINOG	Grupo 2	O SINOG deu explicação da diferença entre odontologia nos planos próprios e nos planos médico-hospitalares, ressaltando que do ponto de vista da odontologia não há demanda reprimida para migração, uma vez que a odontologia não tem adotado muita segmentação;
Intelectual	Ligia Bahia - UFRJ	Grupo 2	Ligia Bahia lembra que o preço da conta da não subsegmentação será pago pela sociedade brasileira, não há opção: ou o governo, ou o mercado.

Usuário	Karina Rodrigues - IDEC	Grupo 3	1. Contra a gradatividade, a revisão técnica e a subsegmentação. É favorável à mobilidade e diz que o Código de Defesa do Consumidor trata das cláusulas abusivas. Diz que nesse momento é a favor da continuidade do controle de preços. 2. Não admite a subsegmentação por doenças e procedimentos, uma vez que os consumidores não têm capacidade para compreender os termos contratuais que tratam do tema. Afirma ainda que é contrário à segmentação atualmente existente.
Prestador	Ricardo Paiva-Conf.Médicos	Grupo 3	Contra a subsegmentação e afirma que o SUS não é sub-segmentado, mas sub-financiado. A migração depende fortemente de preços competitivos compatíveis com o poder aquisitivo dos usuários
Operadora	Luis Fernando Figueiredo - Asspres	Grupo 3	1. Não acredita em índice zero ou migração forçada. É preciso estabelecer um sistema de trocas. Defende a subsegmentação como o único caminho viável em diferentes níveis. Propõe o fim do controle de preços com mobilidade entre operadores. 2. Reitera a defesa da migração em etapas e a possibilidade da subsegmentação vigorar particularmente no interior do País.
Usuário	José erivalder - CUT	Grupo 3	1. As entidades médicas e os órgãos de defesa do consumidor se posicionaram contra a segmentação da Lei n.º 9656/98. Afirma que o SUS e a Saúde Suplementar não podem ser sistemas isolados, e sim suplementares, e que o sistema suplementar cresceu por dificuldade de acesso ao SUS. 2. Destacou que as entidades de defesa dos consumidores e as entidades médicas, desde a época da discussão da Lei n.º 9656/98, já se posicionavam contrários ao processo de segmentação, e que continuavam com a mesma posição de serem contrários à segmentação.
Operadora	Antonio Alarcón - Uniodonto		Os assuntos são sempre direcionados para o campo da medicina, nem sempre o mesmo critério nos serve. Por exemplo, as faixas etárias devem ser diferentes. Sugere que se aumentem os honorários profissionais em geral, incluindo os odontólogos. Gostaria de discutir subsegmentação na odontologia.
Usuário	Sergio Werneck - Procon SJC		segmentação política e imediatista, transforma o problema da saúde em conquista de mercado.
Usuário	Mario Scheffer - CNS	Plenária dia 10/09	Referiu que a migração escalonada ou um plano gradual de adaptação não era um ponto de convergência com as entidades de defesa do consumidor. Disse que tinha percebido, inclusive, que havia incompatibilidade, entre uma migração gradual e a oposição à subsegmentação, sendo, assim, um ponto de dissenso e não de consenso.

PLANILHAS – Fórum-2 – Multiprofissionalidade

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Multiprofissionalidade	Observação da investigadora

PLANILHAS – Fórum -2 – Organização da rede

Bloco de atores	Ator específico	Painel	rede
Governo	Fausto Pereira - MS	Abertura	Como diretriz quatro colocou que o modelo de atenção à saúde na suplementar, deveria tratar da prevenção e controle de doenças, práticas essas que podem e devem ser articuladas com os gestores locais, no sentido de adoção de políticas de controle e prevenção, de promoção, construindo informações para os seus usuários sobre essas questões, usando indicadores, para estar monitorando a própria qualidade da sua atenção, trabalhando aspectos como rede suficiente e se o usuário está tendo uma linha de cuidado claramente estabelecida.
Governo	Helvécio Miranda - Conasems	Grupo 1	afirma ser importante a construção de regras sobre categorização de redes (urgência, saúde mental, pré-hospitalar, domiciliar) e padrões assistenciais (quais são aceitáveis?); 2. disse ainda que tem que ser repensada a conformação das redes assistenciais citando que tem prestadores que estão oferecendo até oito vezes a sua capacidade instalada;
Prestador	CFM (Álvaro Pinto):	Grupo 1	diz que o sistema suplementar trabalha com o médico bóia fria e que a contratualização é importante com necessidade de estabelecimento de regras para não acontecer o descredenciamento imotivado;
		Grupo 2	Outro ponto que apareceu na discussão foi a questão das redes, qual a percentagem em que as operadoras se valem de redes próprias ou não, e qual o tamanho das que o fazem, o que colocaria “molho” na discussão da sua natureza financeira x produção de saúde.
Prestador	Francisco Balestrin 0- ANAHP	Grupo 2	Ressalta que a assistência à saúde deve ser prestada de modo integral mas interroga a dificuldade que é a extensa rede de prestadores bem como a falta de integração entre eles; além disso, lembra a questão dos médicos que são quem de fato estão na linha de frente diante de eventuais negativas do Sistema.
Usuário	Karina Rodrigues - Idec	Grupo 3	Afirma que as seguradoras têm responsabilidade pela saúde e pela rede que contrata.
Operadora	Luiz Felipe Pllon - Fenaseg	Grupo 3	A participação das seguradoras na prevenção e promoção da saúde é diferenciada por não termos rede própria.
Intelectual	Pedro Barbosa - Fiocruz	Grupo 3	Defende que se trabalhe em uma lógica de contratualização com rede de prestadores, prevendo continuidade e transversalidade que fortaleça a integração entre operadoras e prestadoras. Complementariedade, interdependência e capilaridade entre Saúde Suplementar e SUS, não estamos desenvolvendo um outro subsistema. Defende o Conselho Nacional de Saúde como órgão de Controle Social.

PLANILHAS – Fórum -2 – Promoção e Prevenção

Bloco de atores	Ator específico	Painel	Promoção
Governo	Fausto Pereira - MS	Abertura	Como diretriz quatro colocou que o modelo de atenção à saúde na suplementar, deveria tratar da prevenção e controle de doenças, práticas essas que podem e devem ser articuladas com os gestores locais, no sentido de adoção de políticas de controle e prevenção, de promoção, construindo informações para os seus usuários sobre essas questões, usando indicadores, para estar monitorando a própria qualidade da sua atenção, trabalhando aspectos como rede suficiente e se o usuário está tendo uma linha de cuidado claramente estabelecida. <i>Diretriz 4-</i> O modelo de atenção à saúde na suplementar deve adotar medidas de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças. 2. E para os usuários, o fato de conhecerem os seus direitos e serem participantes ativos de programas de prevenção e controle de doenças.
Operadora	UEME-Orestes Mazzariol	Grupo 1	manifestou preocupação quanto à amplitude da diretriz 1 (campo da produção da saúde) que poderia incorporar questões como meio-ambiente, saneamento, alimentação e ficar inatingível para o setor, extrapolando as suas atribuições. Remete a diretriz um para a quatro (promoção e prevenção), que são os itens que a suplementar deve atuar. 2. volta a colocar a questão da amplitude do conceito da diretriz um; diz que são poucas as operadoras que fazem prevenção; prevenção faz parte da qualidade de vida; propõe que existam seminários com as operadoras sobre como atuar na prevenção; propõe também um fórum específico para discutir a questão dos medicamentos.
Usuário	ABRH (Luiz Carlos):	Grupo 1	acha que o termo produção à saúde da diretriz um não está adequado; diz que tem que se pensar no oferecimento de medicamentos e defende a obrigatoriedade do oferecimento de planos de promoção à saúde e prevenção de doenças.
Operadora	Aliança Cooperativista Unimed (Antonio Felício):	Grupo 1	fez um elogio às diretrizes, afirmando que se estava tomando o caminho correto de discussão da suplementar; afirmou que na Lei n°9656/98 tem um artigo que fala da promoção e prevenção, que tem algumas operadoras com iniciativas nesta área e que caberia a ANS interferir para organizar essas ações; ressaltou ser importante uma mudança na cultura do “nós paga nós tem direito”; disse que se precisava refletir mais sobre a questão dos medicamentos pois são eles que produzem o maior impacto aos custos das operadoras e que precisa ter o envolvimento do cliente no processo de prevenção. 2. faz um apelo ao representante do CFM para que não seja impedida a colocação do código da CID porque isso impede o conhecimento da população e suas doenças e inclusive dificulta a implementação de políticas como a de medicamentos; reafirma que a prevenção já é obrigatória na Lei n.º 9656/98; cita fontes que provam que se economiza com a prevenção.
Usuário	PROCON SP-CAPITAL (Lucia Helena)	Grupo 1	a prevenção e a promoção à saúde têm que ser colocadas como objetivo; destaca que a questão fundamental que tem que existir é a informação; refere que há um grande distanciamento entre a operadora e o usuário, que não tem informações mínimas como saber porque o procedimento foi negado, por exemplo; afirma que a assistência farmacêutica faz parte da atenção à saúde, assim como a prevenção; disse que a deficiência na interlocução entre as operadoras e os prestadores interfere nos usuários; refere que há a necessidade de mais informações para os usuários sobre o ressarcimento ao SUS.
		Grupo 2	Diretriz 1: Foi a que mais provocou posicionamentos de dúvida, insegurança, e mesmo opiniões contraditórias. Afinal, como manifestou Lígia Bahia, diverge de que instituições financeiras sejam obrigadas a produzir saúde, sugerindo que se deva discutir como comprometer as Operadoras com a produção de saúde. Como isto é possível? São feitas sugestões de que a frase deva ser desdobrada, incluindo os termos “prevenção, promoção e proteção a saúde”. Outras manifestações foram na mesma direção afirmando o caráter financeiro das operadoras e que não são produtoras diretas de saúde. Apesar disso, tornou-se a explicitar a amplitude orgânica que a regulação dever assumir neste mercado. Outro ponto que apareceu na discussão foi a questão das redes, qual a percentagem em que as operadoras se valem de redes próprias ou não, e qual o tamanho das que o fazem, o que colocaria “molho” na discussão da sua natureza financeira x produção de saúde.

Prestador	Francisco Balestrin - ANAHP	Grupo 2	A ANAHP reforça a necessidade já apontada da necessidade de perfil epidemiológico como diagnóstico para organizar ações de prevenção, proteção e promoção da saúde, ressaltando a questão de custos embutidos.
Operadora	Luiz Felipe Pellon - Fenaseg	Grupo 3	A participação das seguradoras na prevenção e promoção da saúde é diferenciada por não termos rede própria. Hoje só estão à venda planos novos, que são mais caros. A subsegmentação permitiria oferecer ao mercado produtos ao alcance dos consumidores.
Operadora	SINAMGE (Mario Junqueira):	Grupo 1	também acha a diretriz um pouco ampla, quase inatingível; acha que a diretriz quatro pode integrar o público, o privado e a população; destaca as campanhas, palestras, levantamento de perfil epidemiológico e intercâmbio de dados como possibilidades no campo da prevenção; acha que a ANS deve publicar os dados que já tem e propiciar encontros envolvendo não só operadoras mas também outros setores da saúde para estimular a troca de experiências. 2. refere que o judiciário está determinando coisas para serem cumpridas que nem o SUS cobre; diz que a prevenção é importante mas não é barata; sugere não se falar no termo subsegmentação mas sim progressividade.
Intelectual	FIOCRUZ (Dina):	Grupo 1	fez um <i>paper</i> para a ANS sobre prevenção; diz que a discussão sobre saúde, eleva o patamar; afirma que a prevenção não nega a necessidade da assistência; acha importante serem feitos estudos sobre custo-benefício da prevenção.
Operadora?	IBA(Daniela Mendonça):	Grupo 1	as operadoras quando fazem prevenção é mais por uma questão social do que por uma economia futura; diz ser contra a obrigatoriedade da prevenção mas as operadoras que praticam a prevenção devem ser incentivadas a continuarem
Usuário	BRASILCON (Pfeifer):	Grupo 1	A prevenção é extremamente importante; propõe que o Ministério da Saúde estimule estudos sobre se a prevenção traz economia ou não; é importante se ter dados; as informações para os usuários são também importantes; reafirma a defesa da diretriz 3 (não a subsegmentação)

PLANILHAS – Fórum-3- Acompanhamento Casos Crônicos

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Casos crônicos

PLANILHAS – Fórum-3- Avaliação e qualidade

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Avaliação e qualidade
Prestador	AMB	Dia 25 Dia 26	1. Se nós conseguirmos formar comitês técnicos ou alguma coisa assim onde você tenha o grupo de profissionais médicos, sérios, e que possam fazer uma avaliação, isso é perfeitamente possível. 2. Nós sabemos que temos no país médicos cubanos, a grande maioria deles está trabalhando de uma forma irregular. Nós estamos vendo uma iniciativa de regularização da atuação profissional e a informação que temos a respeito desses profissionais é que a qualidade do trabalho deles é muito ruim, assim como de alguns países da América Latina, eu não estou aqui generalizando. Eu queria dizer que a abertura indiscriminada de escolas se persistir na forma como vem sido conduzida e esse enfoque persistir, é impossível fazer controle de tecnologia porque haverá sempre profissionais que estarão buscando amparo no exame complementar e buscando amparo para se proteger, tanto junto com o paciente quanto dos aspectos jurídicos, que hoje afloram de uma forma assustadora, que nos assusta também a maneira como o Judiciário desconhecendo o contexto da saúde tem julgado e arbitrado de uma forma às vezes realmente que nos traz muita preocupação. 3. Nós temos situações em que enquanto existir a liberdade profissional e vivermos num país livre, eu entendo que nós deveremos ter o direito de como profissionais melhor qualificados, termos uma remuneração diferenciada pela qualidade oferecida,
Governo	Conasems	Dia 25	Nós defendemos essa ampliação da interação entre a saúde suplementar e o SUS não da forma desregulada e atabalhoada que é hoje, principalmente porque nós temos cerca de 70% dos hospitais, para falar só do campo hospitalar, que são prestadores híbridos. Por si só já existe uma interação. O que ela não existe é de forma regulada. Na verdade, nós defendemos que isso se amplie na questão da informação, do controle à avaliação e outros mecanismos, como por exemplo, centrais de regulação que podem ser muito bem pontes reguladas com controle social, como o SUS tem como marca, dos dois sistemas.
Governo	Leda Lúcia - relatora	Dia 26	1. a FBH fez uma formulação de que a ANS deveria atentar para os indicadores assistenciais na avaliação do trabalho das operadoras e prestadores, e que deveriam ser criados alguns indicadores mínimos para aferir essa qualidade dos trabalhos. 2. No entanto, teve essa formulação aqui, que precisaria então existir uma articulação com as universidades pelo menos nesse aspecto da discussão da formação médica, que seria importante promover a certificação de qualidade para o setor, que há a necessidade de articulação também do ponto de vista do Governo, envolvendo basicamente o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Ministério da Fazenda, até como desdobramento daquela proposta que feita pelo SINAMGE, que há a necessidade mesmo de existir uma regulamentação com relação as órteses e próteses e que há de se instalar uma Câmara Técnica de incorporação tecnológica. 3. Aqui deve haver contratualização plena do setor, todas as operadoras com seus prestadores, e aqui tem um instrumento jurídico de relação, deve haver um respeito aos contratos e essa relação tem que ser permeada pela agilidade operacional, o estímulo à acreditação,

			que deve haver um compromisso com a qualidade assistencial, um consenso importante que existiu foi da existência de uma instância arbitral e no entanto não se conseguiu avançar com relação a como seria essa instância arbitral e foi indicado então que deveria ter uma câmara técnica para poder discutir a forma e operacionalização dessa instância arbitral. 4. (...)e a questão da qualidade dos serviços e humanização do atendimento que também seja aplicado no âmbito da saúde suplementar. 5. e que se deveria considerar a qualidade dos serviços e a humanização do atendimento, feito pela Confederação Brasileira de Aposentados e Idosos.
Prestador	Conf. Medica Bras.	Dia 25	Na hora de falar em dinheiro é fácil calcular, é receita e despesa. A perda na atenção à saúde e qualidade é incalculável. É isso que se leva se nós não conseguirmos efetivamente controlar essa incorporação tecnológica desenfreada.
Prestador	SBA Análises Clínicas	Dia 25	A rentabilidade do laboratório quando nós estamos ao lado e encontramos uma exposição de novos equipamentos ou de velhos equipamentos modernizados que possam melhorar a qualidade, a rapidez de alguns exames, e não são exames novos, não são novidades, podem melhorar a resolutividade de uma glicemia, de uma pesquisa de anticorpos toxoplasmose, entregando mais rapidamente o resultado, e quando nós nos deparamos com os preços desses equipamentos, com os preços dos insumos e com aquilo que nós estamos recebendo e o aceno que nós estamos tendo de algumas operadoras, de planos de saúde querendo rebaixar o CH dos laboratórios até 0,14, outros querendo pagar tabela SUS com desconto, e aí eu pergunto a vocês o seguinte: o que fazer em uma hora dessa? Se nós vamos exigir qualidade dos laboratórios e é o que deve ser feito, nós não podemos admitir hoje um laboratório que não faça um controle externo de qualidade oficial?
Prestador	ANAHP	Dia 25	Se mais custos forem cortados, o maior impacto não será para as instituições, será para o usuário. A qualidade da atenção nesse país vai se transformar em uma das piores que existem porque todos nós vamos ter que ter sobrevivência econômica-financeira e evidentemente que à medida que vai ter que ser utilizada uma série de mecanismos para se diminuir esses custos para a sobrevivência vai bater na atualidade e aparentemente não é isso que estamos aqui para fazer. É melhor sair do segmento do que continuar no segmento fazendo um péssimo trabalho.
Prestador	CFM	Dia 26	É fundamental o compromisso com a qualidade assistencial e a lista de procedimentos médicos que foi muito pensada e elaborada com muito cuidado, ela tem por objetivo fundamental a valorização do ato médico. Ou seja, a relação de médico com seu paciente.
Operadora	Sinamge		Se o meu livreto tem um quilo e duzentas ele é melhor do que o outro livreto, porque eu tenho mais duzentas gramas de médico, de hospitais, etc. Então essa é a maneira que as corretoras vendem plano de saúde, Ninguém fala em qualidade médica, em saber médico, em responsabilidade, em humanização da medicina, em prevenção da medicina, como se deve fazer sempre em relação ao plano empresa através de comitês da empresa com a operadora para ver realmente quem é risco em termos de exames periódicos, etc.
Usuário	Conf. Bras. de Após. e Pens.	Dia 26	O que é Sistema Público e esse Sistema Público se aperfeiçoar e realmente dar a assistência devida e adequada, com qualidade e humanização e toda a assistência no sentido de dar resolução aos casos para quem é do SUS. É responsabilidade do Governo e o Governo tem que fazer o SUS evoluir para isso. E quem não está e pode ter o plano ou prefere ter o plano de saúde, que tenha. E que esses planos realmente ofereçam também condições das pessoas poderem participar do plano em condições acessíveis de pagamento e uma assistência de qualidade. E essa questão de remuneração dos planos e custo dos planos realmente precisa ser muito bem refletida nessas questões dos indicativos e, principalmente, levando-se em conta a questão de que o SUS tem que cumprir todos os seus princípios, diretrizes e incorporar definitivamente a questão da qualidade do serviço e da humanização no atendimento. E isso não se exclui para os planos de saúde que cobram por isso. Então devem cobrar preço acessível, mas devem oferecer essa mesma qualidade. Isso fica em forma de apelo e é o que eu gostaria de falar nesse momento.

PLANILHAS – Fórum-3– Incorporação Tecnológica

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Incorporação
Governo	Leda Lúcia - Relatora	Dia 25	No grupo de Atenção à Saúde basicamente nos debruçamos em cima de dois grandes temas, que foi o tema da incorporação tecnológica e o tema da prevenção e controle de doenças. (...)Eu tentei identificar a incorporação tecnológica e em que diretriz que poderia estar e se enquadrar melhor para poder estar sendo considerada como um desdobramento, como uma discussão dessa diretriz. A diretriz que eu achei que fosse mais adequada, apesar de a gente estar falando de princípio, seria a diretriz número 2, que diz que a saúde suplementar deve observar os princípios da integralidade da atenção na segmentação contratada, da resolutividade e da qualidade dos serviços prestados. Só quero alertar que obviamente a discussão da incorporação tecnológica não dá conta dessa diretriz como um todo, mas na minha compreensão ela faz parte dessa diretriz. 2. A SINAMGE fez uma formulação de que deveria existir a regulamentação de órtese e prótese, conforme já está previsto no Parágrafo 1º do Artigo 10 da Lei 9656. Também a SINAMGE falou que era necessário estabelecer um mecanismo de controle e avaliação quando da incorporação de um novo procedimento no rol de procedimentos. 3. Mas no final de todas as discussões ficaram como indicativos, indicativos alertando que são aqueles em que foi conseguido um consenso entre os participantes para a gente poder enfrentar a questão da incorporação tecnológica e que a saúde suplementar deverá integrar com o SUS na discussão da incorporação tecnológica, não só do ponto de vista dos equipamentos, mas também com relação aos procedimentos. 4. (...) até como desdobramento daquela proposta que feita pelo SINAMGE, que há a necessidade mesmo de existir uma regulamentação com relação as órteses e próteses e que há de se instalar uma Câmara Técnica de incorporação tecnológica. 5. Com relação à questão da incorporação tecnológica, eu acho que houve um aprimoramento dos indicativos que já tinham sido colocados no seguinte sentido: é que na Câmara Técnica de Incorporação Tecnológica nós fiquemos atentos para que sejam contemplados tanto fornecedores quanto academia, que na necessidade de articulação do Governo eu acho que houve um aprimoramento feito pelo Barroca, que a gente agregando o Ministério da Justiça e que isso tenha alguma conformação de comitê nacional, e agregando aquela articulação com universidades para
		Dia 26	discutir a formação médica, o Fausto fez uma proposição também de uma certa discussão de reaparelhamento dos centros universitários para discussão. 6. Com relação à diretriz dois, que a saúde suplementar deve observar os princípios da integralidade da atenção na segmentação contratada, da resolutividade da qualidade dos serviços prestados, nós discutimos aqui basicamente a questão da incorporação tecnológica. E de ontem para hoje tentei dar uma atualizada nessas questões baseada nas discussões que nós tivemos. Com relação, então, a essa diretriz do ponto de vista das propostas não houve modificação. Com relação aos indicativos, aquilo que está em vermelho foram as modificações propostas aqui no plenário, só para poder alertar. A questão da articulação com as universidades para discutir a formação médica e a questão do reaparelhamento dos centros universitários teve essa proposição de inclusão do Ministério da Justiça e com a formação do Comitê Nacional teve uma grande preocupação na conformação da Câmara Técnica de Incorporação Tecnológica da inclusão de vários atores, produtores, fornecedores, academias, sociedades e especialidades médicas e de apoio tecnológico e terapêutico; teve uma formulação com relação à revisão da legislação do exercício profissional e a solicitação também de formação de um grupo de especialistas para discutir aquisição, distribuição e utilização de novas tecnologias em saúde.

Operadora	Unimed	Dia 25	(...)em função de que não sabíamos lá em 99, logo depois da criação da Lei, que esse daria tantos problemas quanto tivemos, a falta de regulamentação na incorporação tecnológica, principalmente no fornecimento de materiais especiais, órteses e próteses.
Operadora	Unidas	Dia 25	1.Então não há como ser contra uma nova tecnologia, mas também não há como ser refém desse assunto e eu deixaria um registro, que a Agência não deixasse de deixar o tema incorporação tecnológica como um dos mais importantes e que nos compelissem a estar discutindo essa questão porque ela é fundamental para o setor. 2. Essa questão das novas tecnologias tem sido das mais importantes para quem administra algum mecanismo de assistência à saúde e quando falamos em novas tecnologias, novos medicamentos e novos materiais especiais e novos equipamentos. 3. Hoje, os hospitais usam as novas tecnologias para competir uns com os outros, como diferencial de atendimento, e eu acho que o uso desenfreado, desmedido e pouco racional dessas tecnologias pode estar sufocando o nosso sistema. É claro que não há como ser contra novas tecnologias, sejam elas novos medicamentos, novos materiais e novos equipamentos, mas não dá mais para ser refém dessa questão.
Operadora	Sinamge	Dia 25	1.Eu gostaria, com as experiências que nós somamos positivas e negativas nos 37 anos de medicina de grupo, cinquenta de medicina, primeiro parabenizar essa Câmara Técnica porque ela está tocando e todo mundo já falou, da importância enorme dessa incorporação tecnológica como também da medicina preventiva e do acompanhamento de doenças crônicas. 2. ela tomou um vulto tal que qualquer operadora hoje tem acima de 200% de exames sobre o número de consultas e são exames que estão incorporando a tecnologia com uma área de imagem e que os exames não são de custo alto, eles são desnecessários.
Prestador	Conf. Med. Bras	Dia 25	1.Queria chamar atenção para o prejuízo para o Sistema Único de Saúde e para a saúde como um todo dos custos explosivos que existem. Basta a gente comparar o custo da saúde, da atenção à saúde, em vários países, nos países Europeus, em Cuba e nos Estados Unidos, para olhar qual é o caminho que nós estamos se não equacionarmos nesse problema da incorporação desenfreada, sem controle da tecnologia. 2.Eu queria chamar atenção para outro aspecto, que eu chamei aqui de bioética e incorporação tecnológica. Eu acho que é um debate interessante porque na hora que nós temos, um juiz vê um paciente que está à beira da morte e precisa de um determinado equipamento, o Paulo fala aqui com propriedade de que custa cem mil reais, cento e vinte mil reais, e nós não vemos aquelas milhares de pessoas, de crianças, de mães e mulheres de uma mortalidade materna, de quantas pessoas que morrem de malária nesse país e ninguém fala nada. Bioética e incorporação tecnológica é uma sugestão para a gente refletir sobre a nossa responsabilidade enquanto cidadão nessa questão. 3. Na hora de falar em dinheiro é fácil calcular, é receita e despesa. A perda na atenção à saúde e qualidade é incalculável. É isso que se leva se nós não conseguirmos efetivamente controlar essa incorporação tecnológica desenfreada.
Usuário	Aduseps	DIA 25	O que é integração com o SUS dentro do que foi colocado? Porque tem ainda uma observação, evidentemente que a gente sabe que essa incorporação tecnológica está mais do que necessária, essa discussão é muito importante, essencial. Agora, quando se diz aqui incorporação tecnológica na segmentação contratada e logo depois diz integração com o SUS, desde os contratos antigos, antes de lei e qualquer coisa, a gente já tinha nas empresas de medicina de grupo quando se dizia que quando a empresa privada não garantia o atendimento o paciente ia para o SUS. Então eu gostaria de saber se isso está baseado nesse mesmo sentido, porque se estiver é coisa antiga.
Governo	MS	Dia 25	1.Eu só queria fazer uma discordância, não é nem uma discordância, é uma pontuação porque não sei se hoje, nessa discussão de incorporação tecnológica, se o problema está nos centros universitários. Eu acho que as universidades, na verdade nos últimos dez anos, elas perderam fortemente sua capacidade de inovação tecnológica inclusive e os hospitais universitários têm gradativamente deixado de ser pólos de tecnologia e o consumo de tecnologia e o estímulo à tecnologia tem se dado fundamentalmente através da propaganda, dos fornecedores, dos congressos, onde a tecnologia inclusive não é “bem ensinada a sua própria utilização”. Talvez inclusive na discussão dessa Câmara Técnica, uma das questões centrais era colocar e formatar nos centros universitários a possibilidade inclusive de testagem dessa incorporação tecnológica, de dar uma cientificidade, de se buscar que essas tecnologias

			sejam efetivamente avaliadas. Talvez reaparelhar a capacidade das universidades de serem testadores, vamos chamar assim, dessa tecnologia que está sendo incorporada porque a minha impressão pelo menos é que as universidades gradativamente, é claro que tem centros universitários que não perderam essa questão, mas na grande maioria deles eles têm perdido inclusive a capacidade de terem tecnologia de ponta, pelo desfinanciamento, pela crise dos hospitais universitários. O que a gente tem observado é que existem outros locais aonde essa tecnologia tem sido formatada e sido vendida inclusive com menos credibilidade do processo. Talvez um dos nossos desafios para efetivamente ter capacidade de avaliação tecnológica seria reaparelhar e recondicionar ou dar condições para que esses centros universitários possam ser balizadores, porque uma questão que a gente estava discutindo inclusive no Congresso da UNIDAS, há duas semanas, uma semana e meia, é de que testar tecnologia é caro. 2. Talvez o acerto de uma única metodologia nacional que a gente sabe, volto a dizer que é caro, não é barato testar tecnologia, seja a alternativa para a gente homogeneizar o processo de incorporação tecnológica como existe em outros países no mundo. 3. Então, o compromisso que de antemão a gente gostaria de assumir em nome do Ministério da Saúde é que cada uma dessas questões que foram levantadas, o Governo, através da Agência, ou nas outras questões, ou através das ações de Governo, como por exemplo, na incorporação tecnológica e questões que tem a agência como participante, mas que ultrapassam inclusive a possibilidade de intervenção da Agência ou ainda naquelas questões que têm um impacto legal, ou seja, necessitam de alteração da legislação, nós apresentaremos para os senhores um plano para cada um desses temas a partir das diversas contribuições que os senhores deram. Plano esse que podem se desdobrar em câmaras técnicas, em grupos técnicos ou em instrumentos para consulta pública para que novas contribuições sejam apresentadas para que possam ser normatizadas
Prestador	ANAHP	Dia 25	1. Só a título de esclarecimento, gostaria de dizer que nós da ANAP de alguma forma, já nos preocupando com esse assunto de incorporação tecnológica, vínhamos buscando algumas alternativas até no sentido de melhorar cada vez mais o nosso já bom relacionamento com fontes pagadoras porque procuramos ter uma visão clara da tecnologia, agregamos aos nossos hospitais e hoje nós somos o centro no qual a Associação Médica Brasileira tem os trinta hospitais que fazem parte da ANAP, um local onde elas estão hoje testando as suas diretrizes básicas, e as diretrizes são fundamentais para que você tenha claramente o tipo de tecnologia e tratamento que deve ser utilizado. 2. Só gostaria de lembrar que a participação dos hospitais é uma participação importante, mas sempre dizendo que os hospitais não são incorporadores de tecnologia. Os hospitais na realidade são leitos nos quais essa tecnologia repousa uma vez tendo sido incorporada pela academia, pelas associações médicas porque na realidade quem traz tecnologia, quem aprende nova tecnologia, quem frequenta congressos e quem vai às mais variadas reuniões são os profissionais médicos. 3. A primeira, que é uma constatação, digamos assim, factual, que nós percebemos aqui, em que vários momentos, são colocados papéis novos onde a discussão de tecnologia, a discussão da própria arbitragem como o próprio deputado colocou, a discussão de entendimento de novos procedimentos, de novos medicamentos, novos processos a serem colocados, o que nos faz supor ou antever a possibilidade de uma discussão de extensão da capacidade regulatória da Agência em cima de segmentos que hoje não estão contemplados. É óbvio que hoje a gente se apercebe que apenas uma parte pequena desse processo todo, dessa cadeia de produção, ela é contemplada pela Agência, e basicamente é a relação entre as fontes pagadoras, as operadoras e os usuários. Aliás, os financiadores. Então, esse aspecto nos faz supor que existe o entendimento, aparentemente do plenário como um todo e, aparentemente de vocês também, de que a Agência poderá aumentar o seu espectro de observação e provavelmente de regulação no restante da cadeia. Então eu gostaria, como aparentemente isso transparece disso tudo, colocar que isso foi feito de uma forma muito técnica e que fosse feito de uma forma muito bem pensada, é óbvio que nós não vamos nos posicionar contra isso, evidentemente, porque esse processo todo é medicina suplementar ela tem que ser vista como uma cadeia mesmo, embora imperfeita, mas como uma cadeia, mas que isso seja feito de uma forma muito técnica porque nós já conhecemos a maior regulatória, quando ela inicia ela é muito pesada, como o segmento está relativamente desestruturado por parte dos prestadores, se isso ocorrer, nós gostaríamos de participar e já estamos todos nos colocando à disposição, das discussões que possam vir a anteceder isso.

Prestador	SBPC	Dia 25	Normalmente essa relação entre o usuário e o prestador de serviço ocorre fora do ambiente hospitalar e essa incorporação tecnológica se faz sentir, não em demérito à prótese colocada aqui, mas seguramente o setor de imagem e o setor de laboratório, principalmente o setor de laboratório, na última revisão feita pela Associação Médica Brasileira na tabela de remuneração já contemplava cerca de novecentos procedimentos, centenas deles incorporados nos últimos dez anos, logicamente instigados pela indústria, o que eu coloco aqui também que deve ser um elemento, um dos atores convidados é a indústria que representa. A indústria hoje é a maior fomentadora de novas tecnologias e evidentemente, sendo repetitivo, a academia tem que estar presente até para dar sua opinião de avaliar que tipo de tecnologia realmente incorpora algum benefício essa relação no tratamento ao seu paciente. Então aqui fica uma colocação que para essa discussão é impossível deixar de lado o setor de laboratórios e até um segmento chamado serviço auxiliar, que é na sua grande maioria ambulatorial e que nesse caso a esfera hospitalar não estaria contemplando todo o universo.
Prestador	AMB	Dia 25	1. Então eu gostaria de dizer que acho fundamental que as questões estruturais pudessem ter amparo para que nós pudéssemos ter um futuro mais harmonioso dentro do nosso contexto e que na proposta de uma Câmara Técnica de Incorporação Tecnológica informar que as sociedades de especialidades ligadas à Associação Médica Brasileira com toda certeza têm muito a contribuir. 2. Eu queria dizer que a abertura indiscriminada de escolas se persistir na forma como vem sido conduzida e esse enfoque persistir, é impossível fazer controle de tecnologia porque haverá sempre profissionais que estarão buscando amparo no exame complementar e buscando amparo para se proteger, tanto junto com o paciente quanto dos aspectos jurídicos, que hoje afloram de uma forma assustadora, que nos assusta também a maneira como o Judiciário desconhecendo o contexto da saúde tem julgado e arbitrado de uma forma às vezes realmente que nos traz muita preocupação. 3. Queria salientar aqui também a disposição da AMB e CFM como parceiros, no sentido de ampliar as diretrizes, no sentido também de continuar colaborando no sentido de sinalizar sobre a utilização de alta tecnologia, utilização de todos aqueles quesitos que ontem foram aqui colocados como uma grande dificuldade nas suas indicações. E essa referência também, por parte da ANS na adoção sinalizadora, com referencial de boa prática médica das diretrizes eu entendo que seria um grande avanço também que poderia advir deste Fórum
Governo	ANS	Dia 25	1. Eu acho que a gente podendo enfocar isso de uma maneira meio errônea às vezes, ou seja, incorporar tecnologia não é ruim, é bom, é saudável, ou seja, aumenta a qualidade de vida, nos dá a chance de fazer uma detecção precoce de várias patologias e então incorporar tecnologia é bom. Incorporação de tecnologia acrítica e desenfreada, é ruim. Eu acho que temos que fazer uma distinção de início senão a gente começa a crucificar a incorporação tecnológica como se fôssemos fechar o Brasil às novas tecnologias, o que é um absurdo e não é proposta acredito de ninguém. Em relação a isso, à essa incorporação desenfreada e à crítica, tem três eixos. Um é a certificação. 2. Eu acho que tem que ter uma comissão nacional de avaliação de tecnologia ou de incorporação tecnológica que pode ser liderada pelo Ministério da Saúde mas ombro a ombro com o Ministério da Justiça e Ministério da Fazenda que vai botar toda a estrutura do Ministério da Saúde, a ANVISA, a ANS, a Secretaria de Ciência e Tecnologia para trabalhar em uma só vertente e a gente poder abrir ações para sair do discurso e efetivamente a prática. 3. Eu acho que é perfeitamente possível, desde que com transparência, desde que clara e colocada de forma para que todos possam usufruir dessa incorporação tecnológica. Por que o imposto de importação muitas vezes de um equipamento é igual para o Rio de Janeiro e não se pergunta onde vai se instalar o equipamento? Ora, existem lugares absolutamente carentes dessa tecnologia e deveria ser estimulada governamentalmente essa colocação. Existem lugares saturados. Eu estou lhes dizendo de tecnologias disponíveis, por outro lado. Como incorporar novas tecnologias? Não precisamos inventar roda, como já disse o Doutor Fausto, ou seja, a experiência canadense já mostrou, na Espanha também tem comitê nesse sentido, para discutir eficácia e eficiência, enfim, como é que se coloca a nova tecnologia. A Agência fez até uma proposta em uma iniciativa de fazer uma proposta de metodologia para incorporação tecnológica.

Operadora	Unidas	Dia 26	1. Não dá mais para fonte de financiamento tirar a mão do bolso e pagar tudo o que se quer. Junto com isso o maldito controle que é papel de governo da incorporação de tecnologia, isso é uma coisa que não podemos perder o pé e temos que aprofundar rapidamente nessa questão, não só incorporação de tecnologia como instalação de novos serviços. Instalou serviço cria a demanda e aí não tem jeito mais. 2. Eu queria colocar uma situação que é o seguinte, acho que é bem-vinda a questão da unificação desse processo de linguagem, de códigos novos, nós temos feito esse estudo junto com a AMB, reuniões setoriais, inclusive, mas tudo isso acaba indo por água abaixo quando a gente vê o modelo do processo, acho que todos nós temos visto há muito tempo que esse modelo é errado, se incorpora tecnologia sem o menor controle, instalam-se novos serviços de assistência à saúde, seja SABT ou não, sem o menor controle e o único que tem o risco ainda é a fonte de financiamento. Então, a gente precisava criar ali a questão de compartilhamento de risco.
Prestador	FBH	Dia 25	O principal que acho que está faltando é a academia. Não adianta nós discutirmos aqui se vai ou não vai incorporar tecnologia, se na faculdade o professor está ensinando tecnologia nova, seja ela até uma prótese nova, que eu concordo que nós temos problemas, e o aluno vai exigir quando ele sair para trabalhar que se coloque uma prótese nova, e se ele não a utilizar e não a exigir, se ele porventura tiver algum problema em algum caso, ele vai acabar tendo que fazer uma indenização porque ele vai perder porque está usando tecnologia passada.(...) Na hora em que ele estiver na prática ele vai querer usar o que está sendo usado na academia e nós, dos hospitais, nada podemos fazer, e nem planos de saúde, porque seremos também responsabilizados pelo mau resultado porque não usamos a última tecnologia.
Prestador	CFM	Dia 25 Dia 26	É o capital que está fazendo com que o Governo propicie a abertura dessas faculdades. Como o médico ser responsabilizado por isso? Como os conselhos profissionais serem responsabilizados por essa situação? Esse problema não é nosso. Estamos procurando dentro do nosso processo de tentar conter a situação, modificar uma legislação que é de 57 onde nos proporcionaria as condições para identificar esses problemas, a inclusão de tecnologias, dizer o que é para o médico brasileiro fazer como uma boa prática e dizer o que não é para fazer como boa prática, o que é experimental, infelizmente as nossas tentativas de conseguir essa legislação arcaica que criou o Conselho de Medicina e não deu os limites profissionais que deu para profissões que vieram depois, é um problema para nós também trabalharmos nessa situação. A nossa legislação está empacada dentro dos meandros do Legislativo. 2. Um médico mal formado vai ter que se sujeitar a ser um médico que não usa a cognição e usa simplesmente os protocolos, usa simplesmente as condições básicas de um atendimento baseado preventivamente no que a máquina vai dizer para ele chegar ao diagnóstico e é isso que está ocorrendo no país
Prestador	Anahp	Dia 25	Eu queria chamar a atenção que a questão da aquisição tecnológica segue uma lógica de retorno de investimento que está relacionado hoje com mercado de auto-consumo, não usa os recursos, e que não interessa ao modelo que estamos debatendo que busca a racionalização do uso dos recursos, mas nós temos que lembrar que na realidade hoje toda a indústria, o mercado está direcionado para uma tecnologia de alto custo, que precisa ser paga, precisa ter um retorno do seu investimento e na realidade esse retorno é calculado dentro de uma lógica atual hoje onde a frequência é muito elevada e isso precisa ser levado em conta. (...) Eu imaginava que se nós tivéssemos a capacidade aproveitando esse Fórum de debate ou a oportunidade de debate, criar uma comissão ou um grupo de trabalho representativo dos vários participantes do sistema, mas um grupo especialista com conhecimento e capaz de agregar valor a esse estudo e esse grupo tivesse um tempo determinado para montar uma proposta consistente que pudesse integrar solução para essas três questões, aquisição, distribuição e a utilização dos recursos. Acho que nós teríamos um ganho bastante grande e nós temos no grupo inteligência capaz de montar uma proposta que solucione de uma forma efetiva e definitiva essa situação.

Prestador	CFM	Dia 26	Ou seja, é a anamnese, o exame físico e alguns exames complementares também que logicamente tem que ser feitos e não vão deixar de ser feitos se a tecnologia está aí para ser usada. Mas, nós hoje estamos centrando nosso atendimento essencialmente no exame complementar. Bom, não estou fazendo uma ameaça. Não faz o meu gênero. Mas por dez reais eu acho que isso aqui está perto de acabar. Porque a maioria, um grande número de médicos simplesmente vai deixar o sistema de saúde suplementar e vai talvez se concentrar mais no seu emprego público, onde ele ganha melhor e presta mais serviços ao povo também.
-----------	-----	--------	--

PLANILHAS – Fórum- 3 – Sistema de informações

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	informação
Governo	ANS (Dipro)	Dia 25	1. Eu não consigo imaginar uma cobrança governamental ou uma cobrança da sociedade enquanto gestão de saúde se você não sabe a que população, do que sofre e que população você vem tratando. Então, exatamente por causa disso, para proteção dessa informação, para não haver exposição do usuário, é que a Agência obrigou que haja um Coordenador de Saúde que é responsável pelo sigilo das informações. Está eticamente, aí sim, sob o jugo do Código de Ética 2. Só para lembrar que no que foi mostrado e ainda esse ano vai estar na página da Agência, nós tivemos nessa coleta de informações um aumento na frequência e um aumento no custo unitário do ano passado para esse ano, ou seja, fazendo a comparação do primeiro semestre do ano passado e do primeiro semestre desse ano, em internações consulta foi o que menos variou, exames houve uma variação grande tanto em frequência quanto em custo unitário, ou seja, é caso da gente também se debruçar aí em relação a isso. 3. Eu vejo esse ponto como ponto absolutamente necessário dentro da perspectiva da transformação de gestão em saúde, porque quando a gente vai discutir saúde e quando estamos, por exemplo, no SUS, ninguém nem levanta nem questiona o fato e a exigência de colocar CID. Na saúde suplementar isso é uma coisa que ainda provoca um certo frisson. Lembrando que CID, além de classificação, é Código Internacional de Doenças, e as operadoras têm responsabilidade sob essa informação sim. Então eu queria, além da troca de experiências, queria deixar, eu acho que tem algumas patologias e sim, em um problema conjunto com o Ministério.
Governo	Conasems	Dia 25	Por si só já existe uma interação. O que ela não existe é de forma regulada. Na verdade, nós defendemos que isso se amplie na questão da informação, do controle à avaliação e outros mecanismos, como por exemplo, centrais de regulação que podem ser muito bem pontes reguladas com controle social, como o SUS tem como marca, dos dois sistemas. Então a gente reforça esse princípio, esse indicativo da maior interação.
Governo	ANS	Dia 25	1. Primeiro, jamais abrir mão do cadastro de usuários, jamais abrir mão de continuar verificando cada um dos procedimentos feitos pelo SUS cruzados com os procedimentos de usuários de plano de saúde exatamente para que você evite que uma mudança faça com que a operadora ache que contratou o SUS e que aí ela vai mandar o usuário dela para o SUS. Hoje, o sistema é plenamente capaz de evitar isso. Então é jamais trocar o cadastro de beneficiários e a riqueza de informações que ele dá por qualquer outra coisa, mas a transformação em taxa pode resolver indiretamente uma questão que é muito fortemente levantada no movimento sindical, nas áreas de defesa do consumidor e nos gestores, que é o ressarcimento pelo procedimento não coberto, porque esse realmente nós não temos respaldo na legislação. 2. Enfim, acho que hoje, depois de 4 anos, nós fizemos tentativas de gerar o sistema através dos gestores. Talvez porque era o início do sistema e as informações eram muito fluidas, os próprios gestores do SUS não tinham muita clareza do processo, nós não tivemos uma ampla adesão dos gestores municipais e estaduais e ficamos dois anos gerando o sistema de ressarcimento com os gestores, não houve

			uma adesão que desse uma dinâmica ao processo e houve uma centralização na Agência. Talvez hoje, depois do tempo transcorrido e de um envolvimento mais direto de linha de frente dos gestores, pudesse se repensar em alguma parceria maior com o gestor do ponto de vista de fiscalização ou não, mas sem dúvida nenhuma hoje nós temos um volume de informações e de clareza. 3. Essa empresa se utiliza do www.ans.gov.br, onde todas essas informações estão disponíveis, inclusive o balanço de cada uma das mil operadoras com menos de 20 mil usuários, a situação de cada operadora, todas as informações enviadas e todas as informações disponíveis à ANS, exceto a que tem nível de sigilo comercial, que é nota técnica atuarial, estão disponíveis no nosso site, o que várias entidades fazem não só empresas, mas a própria CPI se valeu muito do nosso site, que eu gostaria de aproveitar para fazer um aliso no ego do nosso pessoal da área de informática, onde o nosso site foi bastante elogiada por entidades da união européia, que disseram, que aliás elogiaram os sites brasileiros em geral, mas que disseram que o site da ANS, no Brasil é um dos melhores sites do ponto de vista de navegação e acesso de informação do estudo do observatório de saúde da União Européia. Então, todas essas informações eu o convido a passear nesse site, ele é muito interessante e todas as informações estão disponíveis lá.
Operadora	Unimed	Dia 25	O que eu acho que o gestor quer é a informação que as operadoras dispõem sobre essa população.
Prestador	AMB		Da mesma forma que nós almejamos e propomos também, que seja trabalhada uma identificação mais homogênea de documentos que são trabalhados pelas operadoras. Isso há uma grande complexidade no trabalho burocrático hoje, trabalhando com uma enormidade de papéis e acho que uma câmara técnica pode homogeneizar isso atendendo a todos, porque o que se deseja ali como informação muda-se apenas na forma, pode ser feito da mesma maneira facilitando para todo o sistema e com toda certeza trazendo também economia.
Usuário	Proteste		E então eu me lembro que logo no começo da instalação do Fórum foi discutido que dezembro era um péssimo mês para qualquer tipo de procedimento, resolução, qualquer coisa que viesse a acontecer justamente porque não dá oportunidade para que o consumidor possa ter mais informações, enfim, as nossas entidades vão virar balcões de reclamações, nós vamos ter que fazer um trabalho muito duro para poder estar explicando toda essa mudança que vai estar ocorrendo.
Governo	Leda Lúcia-Relatora	Dia 25	Com relação a isso, foram basicamente tirados os indicativos, que seriam os seguintes: as operadoras devem conhecer o perfil epidemiológico de sua população, e a gente sabe que isso tem algumas implicações com relação a posição do CID. O SINAMGE, na discussão sempre ressalta muito isso, da necessidade que tem de a gente poder aprofundar essa discussão, mas que as operadoras precisam conhecer o perfil epidemiológico de sua população, inclusive para poder conformar programas de proteção à saúde, prevenção e controle de doenças, que é o segundo indicativo e que também foi discutido que há a necessidade de existência de um simpósio nacional sobre experiências positivas com programas de prevenção na saúde suplementar, que precisaria então a gente ter um momento onde pudesse ter essa troca de informações e experiências positivas já existentes na suplementar
Usuário	Aduseps	Dia 25	Uma coisa é o perfil epidemiológico, outra coisa é expor o paciente, cansar o médico para ter que colocar CID desde a planilha de consulta, até se pedir ultrassom ou pedir qualquer exame e o médico ter que colocar o CID, isso eu acho um abuso, acho um desrespeito ao usuário, ao paciente, uma exposição do paciente que não se faz necessária porque desde a consulta você já colocar um CID, até pedir um exame e colocar o CID, me desculpem, mas desde as reuniões da Câmara que a gente vem batendo sobre isso e que até hoje a gente percebe a insistência desse procedimento.

PLANILHAS- Fórum – 3 – INTEGRALIDADE

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Integralidade; integral
Governo	Ministério do Trabalho e do Emprego	Dia 25	1.(...)mas o meu maior questionamento e curiosidade que tenho é sobre a questão da integralidade da ação, como os planos fariam essa integralidade da ação e essa prevenção e promoção da saúde, apesar da relatora ter colocado, de conhecer o perfil, e que também poderia ter um seminário para essa discussão, mas eu gostaria de conhecer um pouco mais essa questão. 2.Eu não consigo perceber, não consigo conhecer como esse segmento vai fazer a questão da prevenção, da proteção e da integralidade na ação. A integralidade que prevê a proteção, prevenção e promoção.
Governo	ANS	Dia 25	porque nós só vamos poder ter uma visão real do quanto as operadoras induzem ou não a utilização do SUS quando você tiver todos os usuários de plano de saúde com a cobertura integral que hoje é exigida pela lei, porque nos planos antigos nós tínhamos falhas de cobertura que são usadas nos processos jurídicos.
Operadora	Unimed	Dia 25	E a questão, realmente aí eu concordo com a doutora colega de Pernambuco, realmente uma das propostas e tem por escrito, eu distribuí algumas amostras aí, é essa, que a cobertura dos planos de saúde seja qualitativamente, eu acho que a proposta número dois, igual a do SUS. 2. Talvez mais importante que a própria segmentação que a gente defende, eu sei que propositalmente não entrou no relatório, mas assunto também que deveria ser tratado e poderia ser tratado para que a gente visse todos os lados da moeda e como estou dizendo, represento uma operadora que está querendo transparência nos processos, está querendo o bem de todas as pontas do processo, desde o agente financiador, o agente prestador e o agente usuário, que somos todos nós de certa forma. Então, na realidade, essa questão de órtese e prótese o próprio SUS está tendo problemas.
Operadora	Aliança Unimed	Dia 25	O que nós não estamos falando é que nós temos que nos furtar a cumprir o contrato. O que nós queremos é cumprir o contrato, mas cumprir o contrato naquilo que foi realmente pactuado pelas partes. O que não se pode é comprar uma quitinete e querer morar na cobertura.
Usuário	Aduseps	Dia 26	Esse respeito aos contratos que tem aí proposto é em que sentido? É respeito ao contrato a cobertura, porque se for respeito ao contrato operador e prestador não existe. 2. Então, o que é integração com o SUS. A integração com o SUS também pode ser a questão do ressarcimento, integração com o SUS pode ser transferência de paciente privado e para o público, integração com o SUS pode ser a questão da segmentação no que foi contratado quando a rede privada não cobre e que vai para o hospital público. 3. Essa construção de índice para o setor que considero as realidades regionais e as características dos tipos de operadoras tem tudo a ver com segmentação, tem tudo a ver com o que o colega colocou aqui, a questão do Brasil ser muito grande. De fato, o Brasil é muito grande e a gente pode negociar um monte de preços, só que câncer de fígado aqui em Brasília deve ser igual do Maranhão e Piauí. Então esse negócio de a gente estar achando que porque mora em um lugar diferente a doença é diferente, isso não existe.
Operadora	Conf. Nac. Cooperativas Médicas	Dia 26	Ou mesmo a partir do momento que determinados procedimentos que não têm cobertura contratual e eu sou obrigado a dar essa cobertura contratual vai desequilibrar essa relação que eu tenho que ter com o prestador. Por que? Como é que eu vou cobrir um contrato se o outro contrato que me dá suporte financeiro para satisfazê-lo não foi cumprido?
Usuário	Central Autônoma dos Trabalhadores	Dia 25	Nós temos posição contrária ao projeto de segmentação e isso está sendo amparado por todas as Conferências Estaduais de Saúde. Dos 260 delegados dos usuários que vêm de São Paulo para a Conferência, essa é uma das primeiras propostas que é consenso entre os representantes.

Prestador	CMB	Dia 25	Essa questão da segmentação começa a ficar mais clara porque na segmentação eu deixo de cobrir a alta complexidade e entrego então para o SUS e fico só com o que é mais barato, ao invés de ordenar essa alta complexidade ou o eventual desvio da ilegalidade que existe.
Governo	Relatora Leda Lúcia	Dia 26	A diretriz três, quanto à cobertura assistencial, não será permitida a subsegmentação. A gente sabe que é muito polêmico, que as operadoras têm uma posição muito firme e contrária à essa diretriz e, por sua vez, tanto os usuários quanto os prestadores fazem a defesa dessa diretriz e é uma posição do Ministério de manutenção firme de que não será permitida a subsegmentação.

PLANILHAS – Fórum- 3 – Multiprofissionalidade

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Multiprofissionalidade

PLANILHAS – Fórum -3 – Organização da rede

Bloco de atores	Ator específico	Painel	rede
Operadora	Aliança Unimmed	Dia 25	1. Na realidade, pelos embates que nós temos verificado, parece que existe colocado um antagonismo entre aquilo que é a vontade do consumidor e aquilo que é a realidade das operadoras de plano de saúde, como se elas não tivessem em contrapartida aos direitos dos consumidores nenhum direito, aí essa política de reajuste parece que é alguma coisa teratológica, inventada pelas operadoras para hostilizar, para impedir o acesso dos consumidores ao mercado de planos de saúde quando na realidade todos nós sabemos que nenhuma operadora de plano de saúde sobreviveria sem os seus usuários e seus consumidores. 2. Quando se vai ao SUS em matéria eletiva, se vai ao SUS porque o contrato não garante, porque se o contrato garante e até em casos que o contrato não garante o Poder Judiciário reiteradamente tem dado liminares obrigando os planos de saúde a fazê-lo. Então isso não está na disposição da operadora, mas sim do consumidor. Se existe alguma operadora que usa disso, é como o colega falou, aí é um problema de fiscalização e aí todos se curvaram a isso, porque quando se começa a exploração desse serviço tem um registro provisório lá na ANS, tem que dizer quais são os médicos e quais referenciados, quais são os credenciados, quais são os próprios. 3. Quando se fala em insuficiência de rede, esse não é o problema de todas as operadoras de saúde, eu não sei nem se é problema de operadora de saúde, porque até agora não vi nenhum dado objetivo, estatístico, dizendo que uma operadora tem insuficiência de rede e por isso foi para o SUS
Usuário	Copab		E, o que nós vemos também é que muitas instituições prestadoras de serviço até para o SUS, tendo planos de saúde próprio incluído nesses de valores muito baixos e o que nós vemos nisso e temos observado, estou representando um segmento de aposentados e pensionistas onde 65% são pessoas que vivem de salário mínimo e dependem exclusivamente do SUS, mas há uma outra parcela que estão nos planos de saúde por necessidade de acesso, então buscam o plano de saúde por ter um acesso mais fácil do que no SUS e são esses planos de valores pequenos. Então, quando chega numa instituição que presta esse serviço, na verdade a única vantagem que ele tem de ter esse plano de saúde é ser atendido na frente do usuário do SUS. Então eu acho que precisa separar muito bem esse espaço. O que é Sistema Público e esse Sistema Público se aperfeiçoar e realmente dar a assistência devida e adequada, com qualidade e humanização e toda a assistência no sentido de dar resolução aos casos para quem é do SUS.
Prestador	AMB		Porém alguns quesitos são fundamentais, tais como a existência de um referencial de honorários, os critérios e índices de reajuste credenciamento e descredenciamento e modo de fazê-lo e nossas algumas outras sugestões que dizem respeito muito especialmente à valorização do título de especialista, esses títulos concedidos pelas sociedades de especialidade referendados pela AMB e devidamente registrados nos conselhos.
Prestador	CFM		Com relação a Contratualização, ela me parece uma medida muito boa. Porque o contrato estabelece compromissos e limites para ambas as partes. Sem o contrato nós vivemos esse sistema de credenciamento e descredenciamento e que as operadoras muitas vezes tem a possibilidade de simplesmente o credenciamento é fácil, mas a possibilidade de descredenciar quem não agir dentro das normas exigidas por essa operadora, normas inclusive de aspecto financeiro mesmo.
Operadora	Unimed		1. Com relação também acho importantíssimo esses contratos, inclusive tem cidades e locais onde o relacionamento com a rede de hospitais e laboratórios e etc realmente não existe nenhum contrato, simplesmente o cliente chegou, internou e tal. 2. Acho que muitas vezes a gente quer fazer um contrato ou quer aumentar uma rede e você tem os entraves aí por questões de preço. O mercado pratica um valor quando você quer às vezes um hospital acrescentar na rede, você tem dificuldade pelos preços que o pessoal impõe.
Operadora	Sinamge		Na medicina suplementar hoje é a mesma coisa, já se está vendendo nas favelas do rio os cartões das operadoras a base de dois reais, cinco reais, para ir nos credenciados que não pedem documentos e nós já surpreendemos através de sistema de informática, 21 consultas de uma mesma pessoa em um mês, fora os exames.

PLANILHAS – Fórum -3 – Promoção e Prevenção

Bloco de atores	Ator específico	Painel	Promoção e prevenção
Governo	Leda Lúcia - relatora	Dia 25	1. No grupo de Atenção à Saúde basicamente nos debruçamos em cima de dois grandes temas, que foi o tema da incorporação tecnológica e o tema da prevenção e controle de doenças. 2. Um outro tema que a gente discutiu no grupo foi a questão da prevenção e do controle de doenças. Então identifiquei, a diretriz 4 que foi apresentada na segunda etapa, que diz que o modelo de atenção à saúde na suplementar deve adotar medidas de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças. Com relação a isso, foram basicamente tirados os indicativos, que seriam os seguintes: as operadoras devem conhecer o perfil epidemiológico de sua população, e a gente sabe que isso tem algumas implicações com relação a posição do CID. O SINAMGE, na discussão sempre ressaltava muito isso, da necessidade que tem de a gente poder aprofundar essa discussão, mas que as operadoras precisam conhecer o perfil epidemiológico de sua população, inclusive para poder conformar programas de proteção à saúde, prevenção e controle de doenças, que é o segundo indicativo e que também foi discutido que há a necessidade de existência de um simpósio nacional sobre experiências positivas com programas de prevenção na saúde suplementar, que precisaria então a gente ter um momento onde pudesse ter essa troca de informações e experiências positivas já existentes na suplementar. Entre parênteses, eu sempre coloquei aquelas discussões que aparecerem em algum momento na segunda etapa e que a gente não conseguiu também avançar muito nos grupos, que é a discussão da assistência farmacêutica, que de certa forma está implicada na discussão do controle de doenças. Então a gente não conseguiu fazer nenhum tipo de avanço e proposição com relação a esse aspecto da assistência farmacêutica. 3. eu consegui agregar as seguintes questões: com relação à questão da parte de prevenção e controle de doenças, além daquela indicação da assistência farmacêutica que a gente não tinha feito, tem a questão do aprofundamento da discussão da assistência domiciliar. 4. Com relação à diretriz quatro nós avançamos no que fala que o modelo de atenção na saúde suplementar deve adotar medidas de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças foi a discussão que nós tivemos da prevenção. O que eu consegui agregar da nossa discussão foi um alerta para que essa formulação de conformação de programas de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças teria necessidade de fazer uma explicitação de desdobramentos. Fica uma coisa um pouco mais explícita. E houve uma solicitação para que a assistência domiciliar também fosse objeto de discussões mais aprofundadas.
Governo	M.Trab. e Emprego	Dia 25	1.(...) mas o meu maior questionamento e curiosidade que tenho é sobre a questão da integralidade da ação, como os planos fariam essa integralidade da ação e essa prevenção e promoção da saúde, apesar da relatora ter colocado, de conhecer o perfil, e que também poderia ter um seminário para essa discussão, mas eu gostaria de conhecer um pouco mais essa questão. 2. Eu não consigo perceber, não consigo conhecer como esse segmento vai fazer a questão da prevenção, da proteção e da integralidade na ação. A integralidade que prevê a proteção, prevenção e promoção.
Governo	ANS (Dipro)	Dia 25	Esse tema é um dos temas muito interessantes e dos quais a gente pode ficar dias falando e não resolver rigorosamente nada porque ele é tão amplo, o seu espectro de ação é tão grande que a gente pode ficar discutindo, discutindo e discutindo e fazendo, enfim, várias propostas que não caminham, em especial quando a gente fala de programas de prevenção inicialmente e promoção de saúde.

Operadora	Sinamge	Dia 25	Vou falar de uma coisa que é uma pergunta feita aqui de manhã do Ministério do Trabalho. “Bom, mas medicina preventiva faz ou não faz?” Senhores, dá para fazer, faz muito bem, medicina preventiva para idosos, hipertensos, diabéticos, dá um resultado sensacional, dá para mostrar para vocês que não interna não senhor, não fica muito tempo internado não, previne a saúde, melhora a qualidade de vida e desde ensinar o diabético a cortar unha, você pode dar risada, “que banalidade!”. Banalidade coisa nenhuma. Se ele não sabe cortar, a unha infecciona e dá um problema danadíssimo.
Operadora	Sinamge	Dia 26	As operadoras estão erradas, estão olhando só para o seu umbigo, não estão vendo que a dinâmica mudou, que a gestão tem que ser moderna, que tem que se visar sim, principalmente a medicina de grupo, as UNIMEDs, as UNIDAS, mais difícil isso para as seguradoras, e temos que visar antes da assistência médica, a prevenção na assistência médica.

ANEXO 2- Posição dos atores sociais referentes à MP-43, no Simpósio

PLANILHAS DOS ATORES – SIMPÓSIO – Medida Provisória 43

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	MP
Legislativo	Romeu Tuma - senador	Abertura	E ao Ministro José Serra, que não se tem furtado a atender aos convites que lhe são formulados e, inclusive, por sua coragem em enfrentar <i>lobbies</i> , na busca de poder atender à população mais carente do nosso país. Ainda agora, ao reeditar a medida provisória , retirou do texto, conforme palavras a nós dirigidas e ao Senador Sebastião Rocha, colocou de lado as frases mais polêmicas para que, talvez depois do simpósio, possamos equacionar melhor esse processo tão importante que é a saúde suplementar, em apoio ao SUS, que vem melhorando gradualmente pelas providências que o ministro e o governo do Presidente Fernando Henrique têm proporcionado, procurando garantir um maior atendimento, principalmente às populações mais carentes.
Usuario	Mario Scheffer - CNS	Abertura Mesa 6	1.Também neste simpósio, não poderemos deixar de mencionar as recentes propostas do governo contidas na Medida Provisória 2.177-43 , que trazia inúmeros pontos polêmicos e que merecem debate mais aprofundado. A reação do Conselho Nacional de Saúde, dos parlamentares e das entidades à MP não foi senão no sentido de chamar a atenção para a necessidade do diálogo e do debate em torno desses pontos. Que aqui sejamos capazes de valorizar o pluralismo de idéias, conviver com as diferenças e, ao mesmo tempo, reconhecer o conflito de interesses que envolve essa discussão, buscando os consensos possíveis. 2. O atual modelo de apresentação e discussão dos pontos da regulação é muito precário. A Câmara de Saúde Suplementar, meramente consultiva, sem nenhuma paridade na sua composição, tem ficado à margem das principais decisões e deliberações da ANS, haja vista a MP 43 , que foi unilateral, autoritária e desrespeitou os princípios mais elementares do convívio democrático. Nós não vamos discutir aqui a MP 43 , até porque ela foi retirada, quem sabe até sepultada, por pressão da sociedade, mas temos que registrar esse episódio na história da regulamentação, até para que não se repita tamanha aberração. O atual modelo de apresentação e discussão dos pontos da regulação é muito precário.
Governo	Januário Montone - ANS	Mesa 1 Debate Mesa 1	1.Podemos não ter expressado com a necessária clareza o sentido das nossas ações em muitos dos trechos da medida provisória ; porém, não queremos a imagem de omissos ou de reativos a essa realidade. Queremos, sim, avançar. As alterações que propusemos serão recolocadas para o debate da sociedade para, posteriormente, serem reencaminhadas ao Congresso Nacional. 2. Primeiro, estamos falando no 35 L, que não existe mais. Salvo melhor juízo, era o plano especial de adesão a contrato adaptado. Nos termos da discussão que foi feita, de que reverteríamos a medida provisória nas principais alterações introduzidas em agosto, essa foi uma das que saíram. Então, essa proposta que a agência colocou, de normatizar um plano especial para adesão a contrato adaptado, induzindo e facilitando a migração daqueles 20 milhões de usuários aos quais me referi - usuários de planos antigos – a rigor está fora da regulação neste momento. Ela não será implantada, a não ser depois desse processo todo que estamos começando neste seminário. 3. Erramos ao atropelar um processo de discussão maior? Se erramos, este erro está corrigido. O Ministro Serra assumiu e cumpriu, claramente, com o apoio da agência, o compromisso de retirar as alterações que foram colocadas na medida provisória . E essas medidas serão agora como seriam no formato em que foram propostas, amplamente debatidas, porque não era auto-aplicável nenhuma delas. E continuamos a insistir que nenhuma delas trazia prejuízo; ao contrário, uma que foi objeto até de uma pergunta aqui, muito possivelmente, na nossa avaliação, permitiria que alguns milhões dos 20 milhões de usuários, que ainda têm proteção parcial do sistema regulatório pudessem, à sua escolha e a seu critério, ter melhores condições de opção. O debate agora fica aberto à sociedade, ao Congresso, às outras instâncias do próprio setor de saúde suplementar.

Operadora	J.L.Cell, da Strategy Consultoria	Debate Mesa 1	<i>“O art. 35, L, introduzido pela MP 2.177/43, estabelece mecanismos de difícil aplicação prática, uma vez que, além de provocar elevado gasto das operadoras com a comunicação aos usuários, tende a provocar uma sucessão de comunicados a esses usuários, com novo cálculo dos índices, que sobem à medida que diminuem os índices de adesão. Que solução prática a ANS propõe para não provocar mais gastos à operadora e qual a proposta para evitar o efeito ioiô de sucessivas comunicações, que acabará por resultar em um índice alto de reajuste, índice baixo de adesão, uma vez que a adesão é livre?”</i>
Usuario	Lynn Silver	Mesa 2	1.Quanto à regulamentação subsequente, vimos que a lei aprovada pelo Congresso Nacional foi modificada, retalhada pelo Poder Executivo em nada menos que 44 medidas provisórias – a maioria não influenciou nas coberturas assistenciais. Em alguns casos houve avanços, como a melhor definição da situação das seguradoras e a retirada efetiva de poderes da Susepe a favor da agência. Esse era o quadro existente até a edição da Medida Provisória 2.177-43 , de julho, que será mais bem explicada mais à frente.
			2.É nesse contexto que surgiu uma surpresa, que foi a Medida Provisória 2.177 , do mês de julho, que foi publicada na surdina, no mês de férias, e a lei foi aprovada, democraticamente, pelo Congresso Nacional e foi mais uma vez afrouxada, por meio de Medida Provisória , que jogou na lata de lixo importantes avanços determinados pelo Congresso Nacional. Essas mudanças não foram discutidas publicamente e não foram submetidas à consulta pública. Vou ter que questionar o meu colega Januario, da ANS – eu sou membro titular da Câmara de Saúde Complementar, assim como outros representantes de usuários aqui presentes e na Câmara não houve nenhuma discussão sobre os aspectos assistenciais. Quais foram essas medidas que levaram a tantos protestos no mês de agosto e por que tantas negações por parte do Executivo sobre o que efetivamente estava sendo proposto? As mais importantes ampliaram o leque do tipo de plano considerado aceitável. Tendo em vista que a definição da cobertura assistencial foi o ponto mais polêmico, durante anos de debates no Congresso Nacional, a modificação deste ponto por MP é uma verdadeira temeridade antidemocrática. O mais grave na medida provisória é o art. 12-A que autoriza a agência a aprovar planos de saúde ou produtos com segmentações, subsegmentações ou exigências mínimas diferenciadas com cobertura assistencial condicionada à disponibilidade do serviço na área de assistência ou organizado em sistemas hierarquizados e gerenciados. O artigo que proíbe a exclusão de doenças e a limitação quantitativa de procedimentos, pelo que entendemos – talvez sejamos todos analfabetos, não sei – , mas a principal forma de segmentação que restaria seria o velho truque da exclusão de procedimentos. Entendemos que, mais uma vez, surgiriam os planos que abandonam o usuário na hora do aperto, já não excluindo doenças como antigamente, mas excluindo os procedimentos caros que tratam a doença. Por exemplo, o plano que cobre câncer não cobre quimioterapia, porque não há nesse município ou porque tenha sido subsegmentado, ou deixa de cobrir hemodiálise. Justamente o fim desse tipo de exclusão foi uma das grandes vitórias da lei de 1998. O art. 12-A realmente estende esse absurdo, discriminando os moradores do interior e das regiões mais distantes, estabelecendo que a agência poderia aprovar planos que não cobrem os procedimentos necessários quando estes não estão disponíveis na área de abrangência do plano. Como, segundo a própria agência, cinquenta e um por cento dos planos abrangem apenas alguns municípios, essa abertura é realmente perigosa, pois a doença não escolhe o endereço da sua vítima. E um morador do Morumbi ou do Lago Sul pode ter a mesma chance que um morador do interior de São Paulo ou do Piauí de desenvolver um problema grave. Ainda, os planos realmente têm muito mais recursos que o SUS e, portanto, não podem ser isentados das mesmas obrigações de dispor de serviços de referência ou de cobrir esses serviços do ponto de vista financeiro. Depois, vem o famoso debate sobre o médico-porteiro e a assistência gerenciada. Quanto às negações da agência na imprensa, no nosso entendimento, a medida se institucionalizaria se um tipo de atendimento restringisse o acesso do usuário aos níveis de atenção secundário e terciário e limitasse a sua escolha. Este ponto está contido no art. 12-A e no art. 16, revogados na atual medida provisória . Quem tem o mínimo de conhecimento do sistema de saúde sabe que esses geralmente são atendidos usando o chamado médico-porteiro, que vai determinar a que serviços o usuário poderá ter acesso. Na realidade, esses sistemas funcionam, de certa forma, de modo responsável dentro do sistema nacional de saúde inglês, dentro do nosso próprio sistema de saúde do Distrito Federal. Todavia, quando se aplicam os mecanismos a planos de saúde com

			finalidades lucrativas, têm-se gerado enormes distorções e dificuldades, com maior incidência nos Estados Unidos, com um nível de revolta e desagrado muito profundos da população e dos profissionais de saúde. O médico, em vez de ter como única prioridade o bem-estar do paciente, passa a ser pressionado para reduzir os custos a qualquer preço e, muitas vezes, utilizam-se até de incentivos financeiros negativos e positivos para influenciar diretamente as decisões do médico. 3. Com a medida provisória no mês passado, estamos vendo o enfrentamento de dois modelos para a assistência à saúde: um modelo da proliferação de planinhos baratos e excludentes, que enganam o consumidor, versus a consolidação de um sistema de saúde pública decente para todos os brasileiros. O Idec entende que o melhor caminho para a saúde do cidadão é o segundo, ou seja, o da consolidação do Sistema Único de Saúde. 4. Esperamos contar com o apoio desta Casa para enterrar de vez os pontos negativos aqui citados, da última medida provisória, que, embora temporariamente revogados, devem reaparecer em projeto de lei, bem como aprimorar os aspectos negativos inseridos posteriormente à aprovação da Lei 9.656 e sua regulamentação. 5. A segunda pergunta foi sobre o sistema de médico- porteiro e se o mercado não tenderia a tornar esse sistema obrigatório, mediante uma política de preços que faria com que as outras alternativas fossem muito mais caras, obrigando os consumidores a optarem pelos planos gerenciados ou planos de acesso, o que a gente chama de médico-porteiro. Acredito que sei exatamente o que iria acontecer, como vemos hoje no mercado, que o plano de referência ficou com um preço bem mais elevado, tendendo a forçar os consumidores para planos mais restritos. Acredito que será isso o que acontecerá. Quanto mais se abre o mercado para segmentações cada vez mais restritivas ou mecanismos de regulação mais draconianos, cada vez a política de preços vai tender a forçar os consumidores para essas opções. Por isso queremos realmente a maior competição do mercado possível em torno do plano de referência. Essa sempre foi a nossa posição.
Prestador	Eleuses Vieira de Paiva-AMB	Bebate Mesa 2	1.Portanto, ao realizarmos o balanço desses treze anos de regulamentação de planos de saúde, podemos observar, numa análise rápida, que houve movimento crescente de diminuição da cobertura estabelecida pela Lei 9.656, principalmente se levarmos em consideração a última malfadada Medida Provisória nº 2.177/43 – que já foi retirada – e que previa subsegmentações, restrições por área geográfica, sem contar o plano de acesso, que abria possibilidades infinitas de manipulação da cobertura assistencial. Vista sob esse prisma, a regulamentação parece nos levar para o caminho inverso – a lei. Ou seja, partiu-se de uma conquista – Plano Referência –, para se normatizar restrições e obstáculos existentes nos contratos antigos, que tanto lutamos para poder superar. 2. Outro movimento se verifica no cenário da regulamentação, não explicitado aqui neste debate, mas muito claro: o de diminuir a cobertura para procedimentos de alta complexidade, deixando os mais simples como obrigatórios para esse setor privado. Tal questão, sem dúvida alguma, é consequência natural da Resolução nº 42, dos procedimentos de alta complexidade em carências especiais – diante das ditas doenças preexistentes – e da última medida provisória, ao permitir, principalmente, restrições por área geográfica, onde o beneficiário teria acesso apenas aos procedimentos existentes na região, definidos pelo plano de saúde. 3. Prestei muita atenção numa fala extremamente competente do nosso Ministro José Serra, da qual acredito não ter o governo retrocedido, mas avançado democraticamente, quando retirou a medida provisória, levando a discussão pública e transparente de pontos importantes nesse setor. Talvez me tenha faltado a compreensão necessária para entender a proposta que, acredito, seja de governo, porque tenho uma grande admiração pelo ministro, principalmente no que tange à sua avaliação econômica do processo.

Usuario	Adalberto Pasqualotto - Brasilcon	Mesa 3	Para tentar demonstrar o que quero dizer com essas duas premissas, gostaria de estabelecer um contraponto entre alguns aspectos que considero polêmicos na edição da Medida Provisória nº 2.177, em sua edição de nº 43 do mês de julho, com a versão de nº 44, em vigor desde o dia 24. Quais são os pontos polêmicos na medida provisória correspondente à edição de nº 43? A adaptação dos contratos antigos, prevista no art. 35-L, e no art. 35, § 9º. Segundo: a subsegmentação; a mobilidade de beneficiários de um plano para outro; a hierarquização do atendimento, com a instituição não denominada, mas flagrante, do chamado médico-porteiro e a regionalização do atendimento. Dentre outros, parece-me que esses eram os problemas cruciais, os mais importantes. Quais eram os problemas desses pontos? Fiquei me perguntando, quando vi a medida provisória: por que reabrir o prazo de adaptação de contratos antigos? Vejam bem, a Lei nº 9.656 tinha estabelecido um prazo, que se esgotou. Se sou um contratante de plano, se tenho um plano de saúde, a qualquer momento, evidentemente, posso procurar o operador do meu plano e dizer que quero passar para um plano novo. O operador, certamente, irá negociar imediatamente o plano novo porque é mais caro. Então, para que dar uma nova oportunidade para fazer-se o que pode ser feito a qualquer momento livremente? O que está por trás disso? Ora, pareceu-me muito simples. Há uma disputa, desde o começo da lei, entre cooperativas, seguradoras e planos de pré-pagamento. Inicialmente, as cooperativas diziam que a lei só interessava às seguradoras, antes de sua aprovação, em junho de 98. Depois, as seguradoras passaram a dizer que a lei não lhes interessava, que estavam sendo prejudicadas. Acabaram sendo, de uma certa maneira, alijadas da lei, até que foi criada a seguradora especializada em seguros de saúde pela Lei nº 10.185, que deu um prazo, até o dia 1º de julho deste ano, para que elas se adaptassem e se transformassem, por meio de cisão ou de modificação de seu objeto social, em seguradoras especializadas. O que aconteceu? Essas empresas tiveram que se transformar e não carregaram consigo, para os novos planos, aquele imenso volume de segurados antigos. Vimos hoje, aqui, que 75% dos beneficiários de planos estão vinculados a planos antigos. As seguradoras, certamente, têm interesse de trazer esses segurados para planos novos porque estes são muito mais caros. Há um dado extremamente relevante: o seguro-saúde cresceu de 5% para 25% nos anos 90, segundo dados da Federação Nacional dos Corredores de Seguros, batendo o seguro de vida e o seguro de automóveis. Possivelmente, os segurados, em sua maioria – e hoje fiquei com o dado que me faltava – não fizeram a opção para o Plano Referência no prazo dado pela Lei nº 9.656. A oportunidade oferecida agora às seguradoras carrega em si uma flagrante desconsideração do princípio básico que orienta a política nacional das relações de consumo, qual seja, a vulnerabilidade. Por quê? Ora, há uma cooptação estatal... <i>(Orador interrompido)</i> 2. Vejam bem, se vocês prestarem atenção não só nas disposições da Medida Provisória nº 43, mas também no projeto de regulamentação que estava submetido à consulta pública pela ANS, a empresa deveria oferecer esse plano, dizendo necessariamente que o fazia por indicação da Agência Nacional de Saúde. Evidentemente que o segurado, recebendo isso em casa, fica completamente vulnerável porque pensa tratar-se de uma orientação oficial e que, portanto, a mudança de plano é obrigatória. Isso me parece que desgasta a credibilidade da Agência Nacional de Saúde porque ela acaba fazendo o jogo das seguradoras. Não estou dizendo que o segurado não possa mudar de plano. Que ele o faça livremente! Para que mudar a lei, contribuindo com isso que chamei de volubilidade da legislação? Essa volubilidade da legislação está presente também na possibilidade de subsegmentação, que foi mencionada antes aqui pelo ilustre representante da Agência Nacional de Saúde na mesa anterior. Ele aludiu à lei que criou a agência para dizer que a possibilidade de subsegmentação já está lá efetivamente. Mas, convenhamos, isso se faz como solapa na Lei nº 9.656, que é de organização, não é de conduta! Qual o consumidor que vai consultar? Qual o especialista, salvo um ou outro, que vai consultar a Lei de Organização da Agência Nacional de Saúde para encontrar regras de conduta, de conteúdo contratual dos planos?
Prestador	Edson de Oliveira - CFM	Mesa 3	A resposta à mão estendida foi uma medida provisória que teve como primeiro ato retirar dos conselhos o poder fiscalizador sobre as operadoras e, como segundo gesto, fragilizar ainda mais os médicos e pacientes ao criar planos com mecanismos bloqueadores e cerceadores dos direitos duramente alcançados.

Governo	Maria Stella Gregory - ANS	Debate Mesa 3	Considero de suma importância o registro das operadoras nos Conselhos Federais de Medicina, Conselhos Federais de Odontologia; inclusive, esse artigo voltou à Medida Provisória 43 . Ele tinha sido retirado, e os senhores podem perceber que voltou.
	Lucia Salgado – CADE, Profa, ONG	Mesa 4	É natural do bom funcionamento do mercado que o consumidor possa optar por aquilo que lhe traga maior utilidade e satisfação e que as empresas escolham soluções que lhe ofereçam maior rentabilidade. Esse conflito de interesses é natural e típico do mercado, mas cabe ao poder regulatório justamente tentar dirimi-lo. Um ponto difícil da discussão estava presente na última medida provisória , tendo sido, porém, retirado. É uma questão em debate aqui. Da maneira como é regulado o mecanismo de carência, pode-se aumentar ou diminuir o poder de mercado das operadoras. Trata-se de uma das funções primordiais da agência regulatória.
Prestador	Carlos Eduardo Ferreira - FBH	Mesa 5	E aqui quero terminar o comentário em relação à Lei nº 9.656, dizendo de um receio que a Medida Provisória nº 43 , substituída pela 44, e que foi transformada num projeto de lei para ser discutido por toda a sociedade, não tem o mesmo caminho que a lei que foi aprovada inicialmente em relação aos planos de saúde e que, 24 horas depois, foi substituída por uma medida provisória. Então, ou temos lei neste país, em que o Congresso define que vai ser aplicada e depois revista, ou não adianta aprovar uma lei e 24 horas depois ela ser substituída por uma medida provisória, que vem sendo alterada a cada mês, chegando a 44. Realmente não tem nenhum segmento, tanto em nível de hospital, de operadora de usuário, que consiga planejar a sua organização com modificações que ocorrem a cada 30 dias.
Legislativo	Senador Sebastião Rocha	Mesa 6	1.Sobretudo para nós, que passamos por um período de turbulência pré-organização do simpósio, valeu mais a pena ainda, porque houve momentos de dúvidas, sim, se deveríamos ou não mantê-lo, em função de toda polêmica e controvérsia provocada pela medida provisória e pelo ato que também movimentou a sociedade organizada, previsto a sua manifestação em frente ao Congresso Nacional. 2. Na questão da medida provisória, um dos atores praticamente estava excluído, que era exatamente o Parlamento, além da sociedade civil organizada e representantes de entidades. Então esse setor, complexo como é, repleto de conflitos, não pode de forma nenhuma ser objeto de regulamentação a partir de medidas unilaterais. Acredito que o governo aprendeu essa lição e, de forma serena e muito responsável, houve então o entendimento de que da medida provisória precisavam ser retirados do seu contexto os pontos polêmicos, e o governo então retorna à trajetória natural, que é a da discussão democrática. 3. Que os elementos que possam orientar o Parlamento, os consumidores e a todos, possam democraticamente ser debatidos conosco. Se a Agência Nacional entende possível, por exemplo, um plano de acesso com as características da proposta da medida provisória , que justifique concretamente – colocaremos salvaguardas. A priori, sou contra o plano de acesso – estou falando em tese. Que salvaguardas podemos garantir? Que benefícios podemos atribuir aos usuários?
Governo	João Luis Barroca de Andréa-ANS	Debate Mesa 6	Foi uma infelicidade total essa medida provisória , inclusive porque muitos não leram. Estava ali “ <i>garantia de acesso</i> ”. O que isso significa? Não é restrição de acesso. É o oposto, ou seja, é oferecer ao usuário o necessário atendimento em todo nível de complexidade. Esse debate vai voltar e é importantíssimo.
Operadora	Jose Diniz de Oliveira	Debate Mesa 2	Acho ainda que, se há necessidade de se regular a oferta e a necessidade de demanda, não defendo a figura de um <i>gate keeper</i> ; não defendo que se institua sistemas com médico-porteiro , o médico meramente triador. Mas defendo, sim, o sistema apoiado em medicina da família, que passa a orientar melhor o usuário, para que possamos voltar a ter médicos que enxerguem o doente, e não apenas a doença, oferecendo um serviço que coleciona as informações de saúde das pessoas e as oriente nas suas necessidades de acesso à rede. A triagem leiga pode trazer muito benefício.

Prestador	Mozart Abelha, Câmara Técnica de Cirurgia do CFM.	Debate Mesa 2	A senhora acredita no sistema com médico-porteiro , que seria opcional para o consumidor? Existe a possibilidade de se aumentarem escandalosamente os preços dos outros planos, deixando o plano com médico-porteiro como única alternativa financeiramente viável para o consumidor?
Operadora ou Prestador?	Paulo Roberto Couto, da SAB, Saúde e Beneficência Portuguesa	Debate Mesa 6	<i>“Por que rechaçar totalmente a figura do médico porteiro clínico, já que usuários e operadores querem menor custo? Não seria este um caminho a ser aperfeiçoado? Quando a mãe busca o atendimento do pediatra para assistir o filho não está ela usando, naturalmente, este porteiro? Por que na população adulta não funcionaria?”</i>
Governo	João Luis Barroca - ANS	Debate mesa 6	Por fim, encerrando a participação, quero fazer o mesmo pedido de ontem: somos ou médico ou porteiro . Quer dizer, não tem essa situação, isso não existe. São duas profissões rigorosamente distintas, ambas absolutamente respeitáveis e que têm atribuições completamente diferentes.(...) É claro que esse é um caso dentro de vários, mas que diz respeito a quê? Diz respeito a que a agência quer absolutamente valorizar a linha de cuidado e valorizar o profissional.

ANEXO 3- Diretrizes do Ministério da Saúde para o Setor Suplementar colocadas no Fórum

DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR Segunda Etapa do Fórum – 09 e 10 de setembro de 2003

ASPECTOS DA ATENÇÃO A SAÚDE:

Diretriz 1- A saúde suplementar tem sua atuação no campo da produção da saúde.

Diretriz 2- A saúde suplementar deve observar os princípios da integralidade da atenção (na segmentação contratada), da resolutividade e da qualidade dos serviços prestados.

Diretriz 3- Quanto à cobertura assistencial, não será permitida a subsegmentação.

Diretriz 4- O modelo de atenção à saúde na suplementar deve adotar medidas de promoção à saúde e prevenção e controle de doenças.

ASPECTOS ECONÔMICO-FINANCEIROS:

Diretriz 5- A Política de Reajuste deve ser aperfeiçoada.

Diretriz 6- A migração de planos anteriores à lei 9656 deve ser fortemente estimulada.

Diretriz 7- A mobilidade com portabilidade deve ser garantida, após a migração dos planos antigos.

Diretriz 8- Deve ser garantida a concorrência no setor e o aprimoramento das regras de reserva técnica das operadoras.

Diretriz 9- Deve ser construído um plano de contingência para os usuários de operadoras que não consigam sua adequação ao mercado.

ASPECTOS INSTITUCIONAIS

Diretriz 10- A contratualização entre prestadores e operadoras deve ser garantida, com direitos e deveres de ambas as partes, reduzindo-se o desequilíbrio atualmente existente.

Diretriz 11- A existência de um efetivo Controle Social no setor é fundamental.

Diretriz 12- Devem ser aprimoradas a organização, o funcionamento e as atribuições da ANS.

Diretriz 13- Aprofundar a articulação entre a saúde suplementar e o SUS.

ANEXO 4- Reações às Diretrizes do Ministério da Saúde, no Fórum

PLANILHAS – Fórum-2 – Diretrizes do MS (aspectos de atenção à saúde)

Bloco de atores	Ator específico	Mesa	Diretrizes do MS
Governo	Fausto Pereira -MS	Abertura	Fez a apresentação das diretrizes , dizendo que as mesmas estavam divididas em três blocos: um bloco de aspectos de atenção à saúde, um bloco de aspectos econômico-financeiros e um bloco de aspectos institucionais, totalizando treze diretrizes. Abordando os aspectos da atenção da saúde, disse que a questão fundamental era que a saúde suplementar tem que ter a sua atuação no campo da saúde e que com isso estava dizendo que qualquer que fosse o modelo econômico ou o modelo regulador que fosse operacionalizado, a questão central continuaria sendo a produção da saúde e que no seu entendimento, as operadoras de planos de saúde para responderem a essa questão, teriam que caminhar no sentido de superar o aspecto de serem apenas intermediadoras de saúde, para se tornarem responsáveis pela garantia da atenção à saúde aos seus usuários. Os prestadores de serviço teriam que entrar nesse processo, transformando-se também em responsáveis pela questão da produção da saúde e os usuários, teriam que superar a visão excessivamente consumerista para uma visão de busca do cuidado à saúde. Portanto, para dar consequência à essa diretriz, entendia que a ação governamental na regulação teria que abranger todos os setores que operam nesse processo da suplementar, atingindo as operadoras, aos prestadores, sejam eles hospitais, apoio diagnóstico ou profissionais e abrir a interlocução com os usuários, sejam individuais ou coletivos. Todos esses atores deveriam ser regulados e colocados dentro de uma lógica de atenção à saúde e que essa era a diretriz de número um. A diretriz de número dois, seria que a saúde suplementar deveria observar os princípios da integralidade da atenção, no caso específico da segmentação contratada pela operadora, da qualidade dos serviços prestados e que a segunda diretriz era uma consequência da primeira, na medida em que se a operadora era responsável pela atenção à saúde, ela 5 também era responsável pela discussão da qualidade e da resolutividade dos serviços por ela ofertados ao seu beneficiário. Afirmou que a diretriz três referia-se a discussão da cobertura e que a subsegmentação, além da segmentação que já estava colocada no processo de regulamentação, no entendimento do governo, não deveria prosperar. Como diretriz quatro colocou que o modelo de atenção à saúde na suplementar, deveria tratar da prevenção e controle de doenças, práticas essas que podem e devem ser articuladas com os gestores locais, no sentido de adoção de políticas de controle e prevenção, de promoção, construindo informações para os seus usuários sobre essas questões, usando indicadores, para estar monitorando a própria qualidade da sua atenção, trabalhando aspectos como rede suficiente e se o usuário está tendo uma linha de cuidado claramente estabelecida. Do ponto de vista dos prestadores, para darem conta dessas diretrizes teriam que usar diretrizes clínicas com responsabilidade, não fazer discriminação clientela, não interromper tratamento, cumprir as normas de vigilância sanitária. E para os usuários, o fato de conhecerem os seus direitos e serem participantes ativos de programas de prevenção e controle de doenças.

Governo	Januário Montone-ANS	Abertura	Iniciou afirmando que as diretrizes que foram apresentadas refletiam as diretrizes regulatórias gerais para o setor de saúde suplementar, já discutidas no atual governo, e que elas foram discutidas com a Diretoria Colegiada na ANS, que estava muito confortável em relação às diretrizes estabelecidas e caminhava, sem qualquer tipo de reparo, dentro do seu papel regulador e fiscalizador, para esse processo de transição. Disse que a idéia da explicitação das diretrizes era para que as propostas que já foram apresentadas na primeira fase, agora pudessem ganhar uma certa materialidade.
Operadora	Orestes Mazzariol - UEME	Grupo 1	afirma que a migração tem que ser opcional, com incentivos fiscais; discorda do percentual de aumento único porque os atuários não conseguem calculá-lo, só se for por segmentação; a integralidade e a universalidade têm que ser garantidas no setor; parabeniza as diretrizes de uma forma geral.
Usuário	Lucia Helena – Procon SP	Grupo 1	1.parabenizou as diretrizes, principalmente a não subsegmentação 2. a prevenção e a promoção à saúde têm que ser colocadas como objetivo; destaca que a questão fundamental que tem que existir é a informação; refere que há um grande distanciamento entre a operadora e o usuário, que não tem informações mínimas como saber porque o procedimento foi negado, por exemplo; afirma que a assistência farmacêutica faz parte da atenção à saúde, assim como a prevenção; disse que a deficiência na interlocução entre as operadoras e os prestadores interfere nos usuários; refere que há a necessidade de mais informações para os usuários sobre o ressarcimento ao SUS.
Operadora	UEME (Orestes):	Grupo 1	1.manifestou preocupação quanto à amplitude da diretriz 1 (campo da produção da saúde) que poderia incorporar questões como meio-ambiente, saneamento, alimentação e ficar inatingível para o setor, extrapolando as suas atribuições. Remete a diretriz um para a quatro (promoção e prevenção), que são os itens que a suplementar deve atuar. 2. volta a colocar a questão da amplitude do conceito da diretriz um; diz que são poucas as operadoras que fazem prevenção; prevenção faz parte da qualidade de vida; propõe que existam seminários com as operadoras sobre como atuar na prevenção; propõe também um fórum específico para discutir a questão dos medicamentos.
Operadora	SINAMGE (Mario Junqueira):	Grupo 1	também acha a diretriz um muito ampla, quase inatingível; acha que a diretriz quatro pode integrar o público, o privado e a população; destaca as campanhas, palestras, levantamento de perfil epidemiológico e intercâmbio de dados como possibilidades no campo da prevenção; acha que a ANS deve publicar os dados que já tem e propiciar encontros envolvendo não só operadoras mas também outros setores da saúde para estimular a troca de experiências.
Operadora	CONF. MISERICÓRDIAS (Julcemar):	Grupo 1	afirma que não existe uma lacuna jurídica referente aos planos antigos porque existem os contratos e os Procon's podem coibir os abusos; diz que é necessário envolver o cliente no gerenciamento dos planos e uma forma seria o estabelecimento de fatores moderadores com pagamento, por parte do cliente, 10 a 20% do valor do procedimento; não acha correto usar o plano porque tem direito mas porque é necessário.
Usuário	FARBRA (D. Neide):	Grupo 1	1.acha importante a diretriz ressaltando que não se trata de alimentação ou saneamento mas de se buscar que as operadoras garantam qualidade, que saibam que tratam é com saúde; afirmou que a assistência farmacêutica tem que ser considerada obrigatória e não só restrita ao hospitalar. 2. refere ficar irritada quando querem colocar o usuário como alguém que abusa de seus direitos; diz que a relação médico-prestadores e operadoras tem que ter regras claras.

Prestador	ABEMID (Josier):	Grupo 1	diz que a saúde não pode ser regulada apenas pelo ponto de vista econômico, apenas pelo mercado; afirma que todos os sistemas de saúde são centrados na assistência à doença aguda mas são as doenças crônicas que impactam nos custos do sistema; acredita que os fatores moderadores não são suficientes para resolverem a questão do uso; acha importante que se adotem os cuidados inovadores para as doenças crônicas e questiona como gerenciar as doenças crônicas no país.
Usuário	ABRH (Luiz Carlos):	Grupo 1	acha que o termo produção à saúde da diretriz um não está adequado; diz que tem que se pensar no oferecimento de medicamentos e defende a obrigatoriedade do oferecimento de planos de promoção à saúde e prevenção de doenças.
Prestador	SINAMGE (Dagoberto):	Grupo 1	fez uma declaração formal, em nome da entidade, de adesão aos esforços para construir alternativas para a migração e de se fazer um verdadeiro armistício no período de transição; pede que não se utilizem formas autoritárias nem açodadas; relembra a constituição de 1988 onde consta que a saúde é livre à iniciativa privada mas que o Estado tem a obrigação de regular a atividade; fez as seguintes citações “se a saúde humana não tem preço, a assistência à saúde tem custos” e “a arte de operar um plano de saúde é compatibilizar a ética econômica com a ética social”; acha mais adequado utilizar o termo garantia para eventos cobertos nos contratos do que produção da saúde; afirma que se deve trabalhar com os critérios de qualidade e de resolutividade mas que sem o equilíbrio econômico-financeiro o sistema não sobreviverá.
Operadora	ALIANÇA COOPERATIVISTA (Felício):	Grupo 1	fez um elogio às diretrizes, afirmando que se estava tomando o caminho correto de discussão da suplementar; afirmou que na Lei n°9656/98 tem um artigo que fala da promoção e prevenção, que tem algumas operadoras com iniciativas nesta área e que caberia a ANS interferir para organizar essas ações; ressaltou ser importante uma mudança na cultura do “nós paga nós tem direito”; disse que se precisava refletir mais sobre a questão dos medicamentos pois são eles que produzem o maior impacto aos custos das operadoras e que precisa ter o envolvimento do cliente no processo de prevenção. 2. faz um apelo ao representante do CFM para que não seja impedida a colocação do código da CID porque isso impede o conhecimento da população e suas doenças e inclusive dificulta a implementação de políticas como a de medicamentos; reafirma que a prevenção já é obrigatória na Lei n.º 9656/98; cita fontes que provam que se economiza com a prevenção.
Governo	CONASEMS (Hervécio):	Grupo 1	disse que a saúde suplementar não é agenda prioritária dos gestores mas que isso está sendo revisto; acha importante o Ministério da Saúde retomar para si a discussão da saúde suplementar; o subsistema de saúde suplementar é complexo e heterogêneo e é de interesse dos gestores públicos que funcione da melhor forma; defende o termo da diretriz um, de produção da saúde (para deixar claro que não é a produção de um bem econômico e não dar espaço para os atores que dizem que são intermediadores econômicos; o negócio é saúde); a regulação tem que se dar não só nas operadoras mas também nos prestadores e isso é de interesse dos gestores porque 80% dos prestadores são compartilhados entre o SUS e a saúde suplementar; também a incorporação tecnológica precisa ser discutida entre SUS e suplementar; destaca que os bons sistemas de saúde tem a responsabilização do gestor pelos seus usuários e isso impacta positivamente nos resultados coletivos e individuais, sabendo-se que quanto maior a vinculação, menor é o custo; afirma ser importante a construção de regras sobre categorização de redes (urgência, saúde mental, pré-hospitalar, domiciliar) e padrões assistenciais (quais são aceitáveis?); disse que não é mais barato prevenir mas do ponto de vista social e de qualidade de vida produz mais saúde; posicionou-se fortemente contrário à subsegmentação.

Intelectual	FIOCRUZ (Dina):	Grupo 1	fez um <i>paper</i> para a ANS sobre prevenção; diz que a discussão sobre saúde, eleva o patamar; afirma que a prevenção não nega a necessidade da assistência; acha importante serem feitos estudos sobre custo-benefício da prevenção.
Operadora	IBA (Daniela):	Grupo 1	as operadoras quando fazem prevenção é mais por uma questão social do que por uma economia futura; diz ser contra a obrigatoriedade da prevenção mas as operadoras que praticam a prevenção devem ser incentivadas a continuarem.
		Grupo 1	FIOCRUZ (Letícia Krauss): a diretriz um é muito feliz e deve ser mantida; produção de serviços é diferente de produção de saúde; deve haver uma mudança da discussão do custo/produzividade para custo/efetividade; pede que o Ministério da Saúde faça investimentos em pesquisas; tem que se trabalhar em cima de evidências científicas; a concorrência entre as operadoras não pode se basear em propagandas de equipamentos; destaca que para a implementação das diretrizes existe a necessidade de dados.
Prestador	ABEMID (Josier):		tem que se acabar com o desperdício na saúde; deve se discutir objetivamente a incorporação tecnológica na saúde e de beneficiar os planos que adotem a Medicina baseada em evidências, protocolos clínicos com “ <i>guidelines</i> ” desenvolvidos, seguindo os consensos clínicos que possam reduzir o desperdício na saúde.
Operadora	UNIDAS (Diniz):	Grupo 1	O modelo de atenção à saúde na suplementar é injusto, iníquo e precisa ser mais discutido; disse que nas auto-gestões dois terços das entidades já dão cobertura medicamentosa e que se tem que ter uma política para as doenças crônicas; acha que faltou nas diretrizes o aspecto do controle da introdução de novas tecnologias, assim entendidos os medicamentos, materiais especiais e os medicamentos; disse sentir falta da ANVISA na discussão; sugere a criação de uma Câmara Técnica de Permanente para discussão de novas tecnologias e novas coberturas com participação especial da Sociedade de Especialidades Médicas; refere também sentir falta da participação do poder judiciário; solicita esclarecimentos sobre as diretrizes 8 (concorrência) e 9 (plano de contingência).
Operadora	SINAMGE (Mario Junqueira):	Grupo 1	refere que o judiciário está determinando coisas para serem cumpridas que nem o SUS cobre; diz que a prevenção é importante mas não é barata; sugere não se falar no termo subsegmentação mas sim progressividade.
Usuário	BRASILCON (Pfeifer):	Grupo 1	A prevenção é extremamente importante; propõe que o Ministério da Saúde estimule estudos sobre se a prevenção traz economia ou não; é importante se ter dados; as informações para os usuários são também importantes; reafirma a defesa da diretriz 3 (não a subsegmentação)
Prestador	CFM (Álvaro Pinto):	Grupo 1	parabeniza o Ministério da Saúde pelas diretrizes; afirma que enquanto houver a possibilidade de segregação do paciente, o CFM vai ser contrário a identificação da patologia; acha que a questão da assistência farmacêutica é um dos principais entraves tanto no sistema público quanto no sistema privado.
		Grupo 2	Diretriz 1: Foi a que mais provocou posicionamentos de dúvida, insegurança, e mesmo opiniões contraditórias. Afinal, como manifestou Lúcia Bahia, diverge de que instituições financeiras sejam obrigadas a produzir saúde, sugerindo que se deva discutir como comprometer as Operadoras com a produção de saúde. Como isto é possível? São feitas sugestões de que a frase deva ser desdobrada, incluindo os termos “prevenção, promoção e proteção a saúde”. Outras manifestações foram na mesma direção afirmando o caráter financeiro das operadoras e que não são produtoras diretas de saúde. Apesar disso, tornou-se a explicitar a amplitude orgânica que a regulação dever assumir neste mercado. Outro ponto que apareceu na discussão foi a questão das redes, qual a percentagem em que as operadoras se valem de redes próprias ou não, e qual o tamanho das que o fazem, o que colocaria “molho” na discussão da sua natureza financeira x produção de saúde.
		Grupo 2	Diretriz 2: Nesta diretriz o grupo revelou a maior diversidade de opiniões, que aludiram desde o caráter constitucional, como

			Lígia Bahia, lembrando que a assistência médico-hospitalar não é integral, ou inconstitucional da integralidade se adotada para o sistema privado, como aqueles que a diziam exclusiva do SUS, inclusive porque cobrir tudo é incompatível com a realidade de renda da população brasileira, e vai afetar o processo de migração, por isso mesmo, inclui a racionalidade de utilização, e portanto, franquias, limites e co-participação deveriam ser estimulados. Em sua maioria, as opiniões sempre consideraram a questão da integralidade vista pela ótica dos custos, merecendo ressalva de que o tema da saúde deveria ser assumido como centralidade. A ANAHP apresenta uma argumentação no sentido de que os hospitais já vêm adotando uma visão moderna da saúde que congrega baixos custos com baixa invasividade, com reflexos positivos na capacidade resolutiva com soluções ambulatoriais, práticas, mediatas e diretas no que considera um novo enfoque médico. Ressalta que a assistência à saúde deve ser prestada de modo integral mas interroga a dificuldade que é a extensa rede de prestadores bem como a falta de integração entre eles; além disso, lembra a questão dos médicos que são quem de fato estão na linha de frente diante de eventuais negativas do sistema. Considera necessário o conhecimento da realidade epidemiológica, para se tentar uma demanda organizada, e advoga que a contratação entre operadoras e prestadores deve envolver, necessariamente, a participação dos profissionais de saúde. A Proteste lembra que o SUS é deficiente na integralidade, vista a partir do acesso. E considera que a subsegmentação é inviável para a maioria dos consumidores. Os representantes de usuários enfatizam as dificuldades de acesso do SUS como um dos problemas da integralidade, mas defendem a adoção dos princípios do SUS. A odontologia manifesta a preocupação de que a integralidade, na área, produza crise no mercado de trabalho, com desemprego. A FENAM alerta para a diversidade, de que as operadoras são muito diferentes entre si, e que há picaretas. Aponta que a discussão da integralidade está fora de foco. A FENASEG assume o raciocínio de que integralidade significa cobertura e esta tem um custo, e adverte que o governo insistindo nesta tecla na verdade está condenando o consumidor ao “ou tudo ou nada”. A Proteste retruca que as seguradoras representam o mercado <i>top</i> de linha, e que na verdade o mercado é fracionado, isto é o que representa a tensão entre integralidade x migração. Diz que há planos ‘antigos’ nos quais o usuário já vem pagando a conta, e que a migração dos contratos mais sub-segmentados, o mercado retroage. A UNIDAS diz que a assistência suplementar deve dar assistência integral, mas distingue entre integralidade legal e integralidade contratual. Para a ANAHP não há necessidade de subsegmentação: há produtos diferenciados e prestadores diferenciados. Lígia Bahia lembra que o preço da conta da não subsegmentação será pago pela sociedade brasileira, não há opção: ou o governo, ou o mercado. A Proteste reclama da falta de informação das operadoras aos consumidores, diz que os S.A.C’s das empresas não funcionam para informar. UNIDAS propõe estudar período de graduação da migração e alternativas legais para os planos “baratos”.
		Grupo 2	Diretriz 4: A Mesa introduz a discussão lembrando pontos como critérios de adesão aos planos, especificidade do segmento, questão do custo e integração com o SUS. Lígia reforça o alto significado da diretriz, dizendo que representa uma grande mudança de direção, que muda a questão de compartilhamento de riscos. A ANAHP reforça a necessidade já apontada da necessidade de perfil epidemiológico como diagnóstico para organizar ações de prevenção, proteção e promoção da saúde, ressaltando a questão de custos embutidos. A COBAP se declara inteiramente de acordo com esta diretriz, haja vista manifestação feita por ocasião da diretriz 1. Mas acrescenta dois atributos: além dos princípios do SUS que se considere a necessidade de avançar na

			qualidade técnicas dos serviços prestados, e na humanização das relações prestador x usuários.
Governo	Januário Montone ANS	Plenária do dia 09 Plenária do dia 10	Com relação ao documento das diretrizes, disse que o Ministério da Saúde estava apresentando as diretrizes preliminares com as quais quer tratar o setor. Disse haver um entendimento claro entre o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar referente ao papel de formulador da política regulatória pelo Ministério da Saúde e o papel de regulador <i>strictu sensu</i> e fiscalizador da ANS e que as diretrizes deveriam balizar aquele conjunto de propostas que foram discutidas na primeira etapa do Fórum. Lembrou que não permitir a subsegmentação era uma diretriz apresentada pelo Ministério da Saúde como uma diretriz de regulação para os setores da saúde suplementar, daqui para frente.