

Há 20 anos, no dia 3 de junho de 1998, foi sancionada a Lei nº 9.656, que estabeleceu as regras dos planos privados de assistência à saúde e implementou as garantias básicas para os beneficiários da saúde suplementar. O conjunto de normas instituído passou a vigorar em janeiro de 1999 e tornou-se, junto com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no ano seguinte, o principal marco desse importante setor, responsável pelo atendimento de mais de 47 milhões de brasileiros que contam com plano de assistência médica e de 23 milhões que possuem planos exclusivamente odontológicos.

Antes da Lei, as seguradoras de planos de saúde não tinham uma legislação exclusiva e seguiam as regras determinadas pela Superintendência de Seguros Privados (Susep). As demais operadoras, que também não tinham regulamentação específica, criavam seus próprios contratos, definindo as regras sobre direitos e deveres de contratantes e contratados entre as partes.

"Com a publicação da Lei, e, posteriormente, com a criação da ANS, o beneficiário de plano de saúde passou a ter mais garantias e direitos. A regulação setorial busca o equilíbrio e a sustentabilidade, observando o interesse público", destacou o diretor-presidente substituto da ANS, Leandro Fonseca.

Simone Freire, diretora de Fiscalização, salienta que além de possibilitar a organização do setor, a Lei 9.656 e normativos subsequentes editados pela ANS estabeleceram obrigações de atendimento aos beneficiários, assegurando a proteção aos direitos e evitando práticas abusivas por parte das operadoras. "A lei estabeleceu, por exemplo, que as operadoras são proibidas de negar clientes por conta de alguma deficiência, doença pré-existente ou idade", destaca.

A diretora de Normas e Habilitação de Produtos, Karla Coelho, também aponta conquistas assistenciais trazidas pela legislação. "A regulamentação deu ao consumidor mais segurança, garantindo direitos importantes que antes só eram previstos quando expressamente registrados em contrato, como a determinação de prazos máximos de carência e cobertura para todas as doenças", assinala.

"A regulamentação conferiu estabilidade e transparência a esse importante mercado, iniciando um processo de melhoria do ambiente de negócios e incremento da eficiência, possibilitando a evolução e o contínuo crescimento do setor", avalia Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial.

Antes e depois

Sem regulamentação, os planos podiam estabelecer prazos máximos de internação e prazos de carência alongados. Cobriam, por exemplo, no máximo 10 consultas por ano e 5 dias de UTI. Frequentemente, excluíam cobertura de algumas doenças importantes, como o câncer. As letras miúdas dos contratos acabavam permitindo práticas extremamente limitadoras do acesso aos serviços de saúde de doenças pré-existentes. Não eram raros os casos de operadoras que surgiam, coletavam mensalidades de vários clientes durante período de tempo em que a maioria estava em carência e depois sumiam do mercado, deixando a população sem assistência.

Após o marco regulatório e com a criação da ANS, se um cliente de plano de saúde precisa de internação hospitalar, ele ficará internado pelo tempo que for preciso para sua recuperação, não podendo haver limite de dias. Os prazos de carência foram padronizados e limitados a períodos efetivamente necessários para coibir o risco moral na utilização do plano. O rol de coberturas mínimo obrigatório não permite restringir-se doenças e busca compatibilizar a necessária atualização tecnológica dos procedimentos em saúde com a sustentabilidade do setor.

Já o processo de registro e concessão de autorização de funcionamento das operadoras, além da

regulação econômico-financeira, contribuiu para sanear gradativamente o mercado, promovendo uma gestão mais profissional e prudente dos recursos e, portanto, tornando o setor mais solvente. Isso é fundamental para garantir a assistência à saúde em momento incerto no futuro, já que a mensalidade do plano de saúde dos clientes de determinada operadora constitui mútuo que cobre o risco financeiro de eventual utilização de serviço de saúde de alguém daquele grupo.

Em janeiro de 2000, com a publicação da Lei nº 9.961, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), entidade vinculada ao Ministério da Saúde, que passou, então a ser responsável pela regulação das operadoras setoriais e fiscalização do cumprimento das regras do setor recém estabelecidas. Nesses 18 anos, a Agência se empenhou para organizar e sistematizar dados e informações do setor, elaborar normas complementares à Lei 9.656, promover o controle e a fiscalização do mercado e consolidar garantias para os consumidores, sempre promovendo a defesa do interesse público.

Confira, a seguir, dados que mostram a evolução do setor:

Cronologia da regulação dos planos de saúde



O BRASIL NÃO POSSUI REGULAMENTAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SAÚDE SUPLEMENTAR.



O ENTÃO PRESIDENTE DA REPÚBLICA, FERNANDO HENRIQUE CARDOSO, SANCIONA A LEI Nº 9.656, QUE ESTABELECE AS REGRAS DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.



EM JANEIRO DE 1999, ENTRA EM VIGOR A LEI Nº 9.656.



É CRIADA A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), REGULADORA VINCULADA AO MINISTÉRIO DA SAÚDE RESPONSÁVEL PELO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL.



NO DIA 28 DE JANEIRO, A ANS COMPLETA 20 ANOS E NO DIA 3 DE JUNHO A LEI 9.656 COMPLETA 20 ANOS.

Principais regras da Lei nº 9.656

ALGUMAS DAS PRINCIPAIS MEDIDAS INSTITUÍDAS PELA LEI Nº 9.656:

Definição dos tipos de planos de saúde e suas características

Cobertura mínima para todas as doenças classificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS)

Manutenção do plano em caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria

Limitação de prazos máximos de carência

Regras para definição de reajuste dos contratos

Proibição de negativa de clientes por conta de deficiência, doença ou idade

Proibição da suspensão ou rescisão unilateral do contrato individual ou familiar

Registro obrigatório das operadoras e de seus produtos na ANS e definição de critérios para saída de operadoras do mercado

Obrigatoriedade de envio à ANS, pelas operadoras, de informações sobre beneficiários, despesas assistenciais, contábeis e econômico-financeiras, visando à transparência do setor

Ressarcimento dos atendimentos efetuados por beneficiários de planos no sistema público de saúde

Panorama do setor

(Dados de março/2018)



47,4 milhões de beneficiários em planos de assistência médica
(24,5% da população brasileira assistida)



23,2 milhões de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos (11,6% da população brasileira assistida)



1.052 operadoras ativas com beneficiários

Produção assistencial

(Dados de 2016)

Por ano, são realizados, aproximadamente

1,5 bilhão de procedimentos

na saúde suplementar sendo:

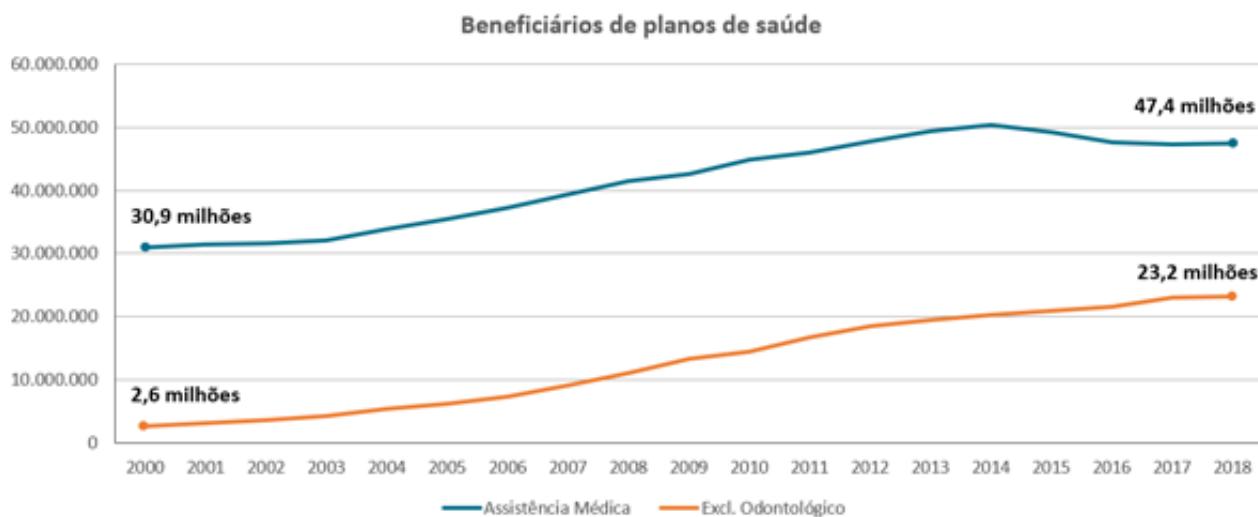
- 273 milhões de consultas médicas
- 141,2 milhões de atendimentos ambulatoriais
- 796,7 milhões de exames complementares
- 176,9 milhões de procedimentos odontológicos
- 70 milhões de terapias
- 7,8 milhões de internações

Evolução de beneficiários de planos de saúde

Beneficiários de planos de saúde		
Competência	Assistência Médica	Excl. Odontológico
2000	30.966.522	2.603.001
2001	31.420.006	3.062.681
2002	31.513.309	3.677.782
2003	32.074.667	4.325.568
2004	33.840.716	5.312.915
2005	35.441.349	6.204.404
2006	37.248.388	7.349.643
2007	39.316.313	9.164.386
2008	41.468.019	11.061.362
2009	42.561.398	13.253.744
2010	44.937.350	14.514.074
2011	46.025.814	16.669.935
2012	47.846.092	18.538.837
2013	49.462.313	19.483.503
2014	50.396.737	20.221.725
2015	49.176.529	20.982.988
2016	47.601.550	21.539.834
2017	47.313.761	22.953.972
2018	47.435.915	23.243.800

Fonte: ANS Tabnet

*Dados de 2018: competência março



Fonte: ANS, em 01.06.2018.