

Marco regulatório dos planos privados de assistência à saúde no Brasil, a [Lei nº 9.656/98](#), completa 22 anos nesta quarta-feira (03/06). Sua promulgação permitiu avanços expressivos na organização do setor, na ampliação da qualidade dos serviços prestados pelas operadoras e no estabelecimento de garantias aos beneficiários, possibilitando mudanças estruturais que refletiram diretamente na ampliação da assistência à saúde dos brasileiros.

A partir da Lei, os reajustes de mensalidades passaram a ter critérios de controle; foram proibidos a rescisão unilateral dos contratos, os limites quanto à internação dos beneficiários e a possibilidade de seleção de consumidores baseada em critérios de risco, garantindo, assim, amplo acesso da sociedade aos planos de saúde. A Lei também estabeleceu os tipos de planos de saúde que podem ser comercializados pelas empresas e as coberturas que devem contemplar de acordo com a segmentação assistencial; estabeleceu os requisitos para autorização de funcionamento das operadoras, as condições que devem ser previstas em contrato, as infrações a que as operadoras estão sujeitas caso descumpram os contratos e regulamentos do setor e, ainda, implementou o ressarcimento ao SUS, dentre outras medidas.

Com a entrada em vigor da Lei nº 9.656 e a criação, dois anos depois, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o mercado passou a seguir diretrizes bem delineadas visando à sua organização. Dessa forma, o marco regulatório, seguido dos processos de normatização e fiscalização do setor realizados pela agência reguladora, consolidaram os avanços necessários para a evolução dos serviços prestados na saúde suplementar.

É importante lembrar que, até 1998 as operadoras atuavam sem regulamentação e não estavam sujeitas à fiscalização específica. “Não havia exigência de pré-requisitos que garantissem a sustentabilidade financeira das empresas, o que poderia gerar riscos para os beneficiários. Planos de saúde eram ofertados sem definição de regras de cobertura ou garantias assistenciais. Contratos não tinham um padrão, de modo que as condições variavam de operadora para operadora”, lembra o diretor-presidente substituto da ANS, Rogério Scarabel.

Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial, acrescenta: “Os dados do setor não eram sistematizados, não se sabia o tamanho do mercado, o número de beneficiários, a quantidade de operadoras e o volume financeiro movimentado. Hoje, passados 22 anos desde o marco regulatório, temos um setor de suma importância para a vida dos brasileiros, que nos impõe constantes desafios”.

### **Amplitude do setor**

Dados disponíveis na Sala de Situação no portal da ANS apontam 47,1 milhões de beneficiários em planos de assistência médica e 25,9 milhões em planos exclusivamente odontológicos; 1.193 operadoras atuando no setor, com receita anual com mensalidades de R\$ 213 bilhões (até o 4º trimestre de 2019); e 1,57 bilhão de procedimentos realizados somente em 2018, entre consultas, exames, terapias e internações.

O diretor de Normas e Habilitação das Operadoras, Paulo Rebello, reforça que “a regulação setorial tem ainda um aspecto muito relevante que é o do estabelecimento de normativos Econômico-financeiros, que buscam o equilíbrio entre a solvência das operadoras e a proteção dos beneficiários”. Equilíbrio sem o qual não seria possível a manutenção do setor.

Nesse sentido, foram estabelecidos requisitos patrimoniais e financeiros para a atuação das operadoras e definidas as formas de saída ordenada do mercado em caso de insuficiência das garantias do equilíbrio econômico-financeiro e da ocorrência de anormalidades administrativas graves. “A lei estabeleceu mecanismos como a alienação da carteira e os regimes de direção fiscal e técnica para avaliar condutas capazes de colocar em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde dos beneficiários”, destaca o diretor de Gestão substituto Bruno Rodrigues.

Os avanços trazidos pela lei também se refletiram em maior transparência para o setor, mais informação à sociedade e ampliação dos canais de contato entre o governo, o setor regulado e sociedade. “A partir da lei 9.656 e da posterior criação da ANS, estabelecemos os canais de relacionamento com o consumidor de planos de saúde e passamos a atuar de maneira crescente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras”, explica Maurício Nunes, diretor de Fiscalização substituto.

### **Desafios atuais e futuros**

Passados 22 anos de criação do marco regulatório, um dos mais importantes desafios do setor de saúde suplementar é garantir a sustentabilidade do sistema e promover o acesso da população aos planos de saúde, diante de um cenário de custos crescentes impactados principalmente pelo aumento da expectativa de vida, pelo rápido envelhecimento populacional e pela incorporação de novas tecnologias. Soma-se a este cenário desafios socioeconômicos que virão em decorrência da pandemia pelo novo coronavírus.

Diante de tais desafios, estão no foco de atuação da reguladora a adoção de modelos eficientes de remuneração e atenção à saúde, com os custos adequados e a obtenção de melhores resultados em saúde, além de melhorias relacionadas à cobertura assistencial, incluindo o aperfeiçoamento do processo de revisão do Rol de Procedimentos. Com essas e outras diretrizes, a ANS busca assegurar um sistema de saúde suplementar sustentável e cada vez mais qualificado e adequado às necessidades da população.

**Fonte:** ANS, em 03.06.2020