

Cenário atual: o excesso de normatização do setor

*Dra. Virgínia Rodarte Gontijo Couto Bosco**



Em 1998, com o advento da lei nº 9.656, deu-se início ao marco regulatório da saúde suplementar, quando as operadoras passaram por profundas mudanças visando manterem-se regulares diante das novas obrigações instituídas.

Naquela época, o Conselho Nacional de Saúde Suplementar (Consu) era responsável pela regulamentação dessa lei, tendo sido conferido ao Ministério da Saúde (MS) o registro provisório dos planos e à Superintendência de Seguros Privados (Susep) o registro provisório das operadoras.

Até a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no fim de 1999, por meio de Medida Provisória (MP), que foi convertida em lei, em janeiro de 2000, o Consu editou 23 resoluções, asseverando que era o início do marco regulatório, o que pressupõe ser imprescindível a normatização.

Passados 12 anos da publicação da lei nº 9.656/98 e 11 anos da criação da ANS, deparamo-nos com um processo regulatório mais dinâmico e complexo do que o visto em seus primórdios. De maio de 2009 a abril de 2010, foram publicadas pela ANS 59 normas, sendo 26 Resoluções Normativas (RN), 33 Instruções Normativas (IN), sem contar que ainda foram editadas 126 Resoluções Operacionais.

Esse volume de normas demonstra não apenas o anseio da ANS em regular o setor, mas pouca preocupação com o procedimento adequado de edição de normas.

• O processo de edição de leis em nosso País é lento e complexo, o que fez com que se criassem meios de aprovação de normas em caráter de urgência, como as Medidas Provisórias (MPs). Todavia, no caso da ANS, a sua competência em regular o setor de saúde suplementar, por meio de RNs e INs, sem a necessidade de observar o trâmite burocrático de publicação de uma lei (matéria de competência exclusiva do Poder Legislativo), faz com que abuse das suas atribuições. O que se verifica é um exagero de regras, muitas vezes difíceis de serem executadas, e editadas ainda com pouco amadurecimento do tema e, por essas razões, muitas vezes, são modificadas em curto espaço de tempo.

O resultado dessa “enxurrada regulatória” é um cenário de desespero entre as operadoras de planos de saúde, que não conseguem destinar sua atenção ao seu foco principal:

intermediar, com excelência, a relação entre o beneficiário e o prestador. Em vez de buscar aprimorar a qualidade na assistência à saúde oferecida, seus investimentos estão cada vez mais voltados para a administração do plano, na tentativa de manterem-se regulares perante a ANS.

No aspecto econômico-financeiro, foram tantas as modificações, que não se sabe ao certo o que será devido. O plano de contas (RN nº 207/09) foi regulamentado pela IN-Diope nº 36/09 e posteriormente foi alterado pela IN-Diope nº 40/10, sendo que a versão disponível no site foi modificada sem nenhum alerta às operadoras. Os critérios de ajuste dos recursos próprios mínimos foram estabelecidos pela IN-Diope nº 35/09 e logo foram alterados pela IN-Diope nº 38/09. Isso sem contar que houve novas normas sobre contabilização das contraprestações (RN nº 206/09 alterada pela RN nº 208), ativos garantidores (RN nº 227/10), critérios de recursos próprios mínimos, dependência operacional e provisões técnicas (RN nº 209/09).

Nesse ínterim, a legislação do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (Diops) - RN nº 173/08 foi alterada reiteradas vezes para tratar não só do Diops, como dos documentos relacionados à auditoria independente, que também possui regulação nas normas do plano de contas. Haja confusão e dificuldade de entender o que é ou não devido. Foram tantas dúvidas, que a ANS teve de enviar circular às operadoras explicando o que já está valendo para 2010 e o que será exigido apenas em 2011.

No caso da implantação da Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS) e da Terminologia Unificada em Saúde Suplementar (TUSS), os prazos foram postergados por reuniões do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (Copiss), sendo que a norma somente foi editada após o vencimento do prazo anteriormente regulamentado, trazendo insegurança sobre a data correta para a implantação da TUSS. Isso sem contar que as operadoras frequentemente têm de prestar esclarecimentos, em prazos exíguos, para o Radar TISS.

No aspecto assistencial, a ANS modificou completamente o conceito de plano coletivo empresarial e coletivo por adesão, com regras pouco transparentes. Estabeleceu reclassificação automática dos planos, informação sobre os instrumentos jurídicos por meio do site da Agência, obrigatoriedade de adequar o regulamento dos planos, antes mesmo de registro de planos compatíveis com a nova realidade, informou sobre a aplicação dessas regras a planos vigentes antes da lei nº 9.656/98, mas não se preocupou em promover a reclassificação desses planos, e ainda criou novos documentos a serem entregues aos beneficiários.

Além disso, o posicionamento da ANS sobre a classificação dos planos coletivos é bastante confuso. Informou que os planos vinculados à associação destinada a uma entidade de classe seriam coletivos por adesão e os demais casos coletivos empresariais. Ocorre que existem diversas associações que não se destinam a uma única classe, mas a um setor, sem que tenham instituidores, patrocinadores ou mantenedores para justificar o enquadramento como coletivo empresarial.

Durante o processo de revisão dos regulamentos para adequação às novas normas, a operadora ainda teve de revisar as coberturas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previsto para entrar em vigor em junho/2010, tendo de credenciar novos prestadores para os procedimentos incluídos e parametrizar seu sistema para essa realidade.

Mas não foi somente isso. A ANS recentemente modificou o processo de registro dos planos para definir novos critérios de suficiência de rede, tendo noticiado, inclusive, prazos máximos de atendimento. Antes mesmo de regulamentar a matéria, prestou informações em congressos e notícias no seu portal na internet, como se a regra já fosse válida.

Outro processo que se modificou antes de ser implementado foi o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) Eletrônico. Trata-se de uma das promessas do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) - ainda que seja estranho uma matéria de saúde complementar fazer parte de um programa de governo, destinada à sociedade em geral - que, embora tenha sido normatizado para vigorar desde junho de 2009, foi modificado em 2010 para retornar o processo aos moldes originais com relação aos atendimentos realizados no SUS antes de junho de 2009. Durante essa espera da implantação eletrônica, que acabou não ocorrendo, os processos ficaram parados na ANS e, após a definição pelo retorno ao papel, está sendo enviada uma cobrança seguida da outra, sem que a operadora tenha fôlego para se preparar adequadamente para realizar impugnações eficazes.

Houve ainda modificações no Sistema de Informação de Produtos (SIP), que passou a ser em XML e, recentemente, teve seus prazos de envio modificados.

Até os processos de fiscalização sofreram mudanças, sendo elas a implantação da Notificação de Investigação Preliminar (NIP), a regulamentação das fiscalizações proativas e os procedimentos para fins de Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta.

Enfim, o processo regulatório é importante e necessário, mas é preciso que a ANS organize-se melhor e que o setor passe não apenas a ser ouvido nas Câmaras Técnicas e fóruns de discussão, como também participe efetivamente do processo regulatório.

*Dra. Virgínia Rodarte Gontijo Couto Bosco é diretora jurídica da Rodarte Nogueira – Consultoria em Estatística Atuária