

HORJANA RAUEN DE CASTRO

REGULAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: MELHORIA
OU AMEAÇA ÀS AUTOGESTÕES EM SAÚDE?

Monografia apresentada para a obtenção parcial
do grau de Bacharel em Ciências Econômicas,
do curso de Ciências Econômicas, Setor de
Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade
Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Doria Scatolin.

CURITIBA

2013

TERMO DE APROVAÇÃO

HORJANA RAUEN DE CASTRO

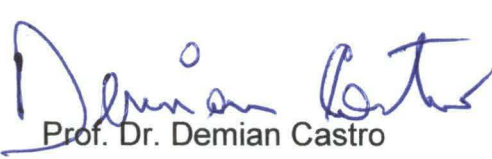
REGULAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR: MELHORIA OU AMEAÇA ÀS AUTOGESTÕES EM SAÚDE?

Monografia aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas. Departamento de Economia do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná.



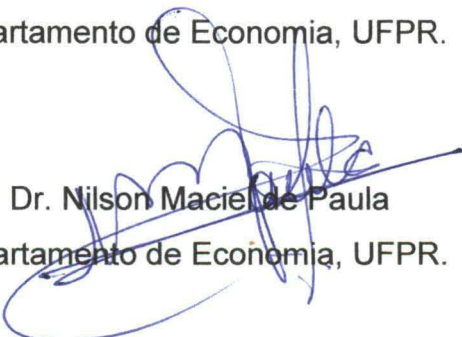
Orientador: Prof. Dr. Fábio Dória Scatolin.

Departamento de Economia, UFPR.



Prof. Dr. Demian Castro

Departamento de Economia, UFPR.



Prof. Dr. Nilson Maciel de Paula

Departamento de Economia, UFPR.

CURITIBA

2013

Aos amores da minha vida que tanto
me inspiraram e me impulsionaram
durante a minha jornada acadêmica.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Paraná, instituição a qual sempre sonhei em ingressar. Levarei comigo sempre o orgulho de ter feito parte dela.

Ao professor Dr. Luiz Vamberto de Santana, por ter indicado o meu orientador.

Ao meu orientador, professor Dr. Fábio Dória Scatolin, por ter concordado em trabalhar comigo e por ter me auxiliado na conclusão desta monografia.

Ao professor Dr. Walter Tadahiro Shima pela contribuição e indicação de autores e livros para o meu referencial teórico.

À Juliane Erthal pelo envio de todo o material utilizado para o estudo das agências regulatórias.

À Dra. Sandra Maria Calbar, por ter me auxiliado e esclarecido dúvidas jurídicas sobre a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

À Associação das Entidades Paranaenses de Autogestão em Saúde (ASSEPAS), em que tive o prazer de trabalhar por 4 anos e onde aprendi muito sobre a saúde e as autogestões.

À União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), pelos materiais e estudos elaborados para as autogestões, que muito me ajudaram neste trabalho.

À minha mãe por todo o apoio não somente na elaboração desta monografia, mas em todas as fases da minha vida.

Muito Obrigada!

Você não pode ser menor que o seu sonho.
Helena Kolody

RESUMO

As décadas de 90 e 00 foram marcadas pela criação de agências regulatórias no Brasil para setores relevantes da economia, em especial a Saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), devidamente regulamentada através da Lei nº 9.961/00, trouxe mudanças para o setor, benefícios aos usuários dos planos de saúde e uma série de exigências às operadoras. Nos seus 12 anos de atuação, a agência publicou 317 resoluções normativas que impactaram diretamente no funcionamento dos planos de saúde, tendo recebido críticas dos Poderes Judiciário e Legislativo, sobre a sua forma de atuação. Do outro lado temos a saúde suplementar e dentre as 5 modalidades de operadoras, as entidades de autogestão, foco principal deste trabalho, que são responsáveis pelo atendimento de mais de 5 milhões de brasileiros em todo o país. A regulação da ANS tem impactado no funcionamento destes planos e a análise das resoluções normativas expedidas pela agência, elevação dos custos desde a sua criação e indicadores econômico-financeiros ajudam a compreender a atual situação das autogestões e prever o cenário futuro.

Palavras chaves: Regulação, Agência Nacional de Saúde Suplementar e Autogestões.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – AGÊNCIAS REGULATÓRIAS FEDERAIS	24
TABELA 2 – OPERADORAS DE AUTOGESTÃO POR REGIÃO 2012.....	57
TABELA 3 – NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS NAS AUTOGESTÕES, TOTAL E PARTICIPAÇÃO DENTRE AS DEMAIS MODALIDADES 2000 - 2012	58
TABELA 4 – CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO DAS AUTOGESTÕES 2004 - 2011.....	65
TABELA 5 – RESULTADO DAS OPERADORAS DE AUTOGESTÃO (DESPESAS X RECEITAS) 2001 - 2011	66
TABELA 6 – ÍNDICES OPERACIONAIS E FINANCEIROS – FUNDAÇÃO ASSEFAZ 2004 – 2011	74
TABELA 7 – ÍNDICES OPERACIONAIS E FINANCEIROS – FUNDAÇÃO SANEPAR 2007 - 2011	76
TABELA 8 – ÍNDICES OPERACIONAIS E FINANCEIROS – SESEF 2007 - 2011	78

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – RESOLUÇÕES NORMATIVAS – ANS 2002 - 2012.....	39
GRÁFICO 2 – NÚMERO DE OPERADORAS DE AUTOGESTÃO 2006 - 2012.....	58
GRÁFICO 3 – CONCENTRAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DAS AUTOGESTÕES DENTRE O TOTAL DE USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE 2000 - 2012	59
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA.....	60
GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA COM IDADE ACIMA DE 60 ANOS, POR DECANATO, UNIDAS X ANS	61
GRÁFICO 6 – CUSTO MÉDIO ASSISTENCIAL/ BENEFICIÁRIO/ ANO – 10 FAIXAS ETÁRIAS 2006 - 2010.....	62
GRÁFICO 7 – TAXA DE SINISTRALIDADE – AUTOGESTÕES 2003 - 2006.....	63
GRÁFICO 8 – TAXA DE SINISTRALIDADE DOS SEGMENTOS DE OPERADORAS 2003 - 2011.....	64

LISTA DE SIGLAS

ABRAMGE	- Associação Brasileira das Medicinas de Grupo
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANATEL	- Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL	- Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	- Agência Nacional de Petróleo
ANS	- Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASSEFAZ	- Assistência dos Servidores do Ministério da Fazenda
ASSEPAS	- Associação das Entidades Paranaenses de Autogestão em Saúde
CAA	- Caixa de Assistência dos Advogados
CASSI	- Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CDC	- Código de Defesa do Consumidor
CE	- Composição do Endividamento
CID	- Código Internacional de Doenças
CNAS	- Conselho Nacional de Assistência Social
CNPS	- Conselho Nacional de Seguros Privados
COMB	- Índice Combinado
COMBA	- Índice Combinado Ampliado
CONAMGE	- Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo
CONSU	- Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CSS	- Câmara da Saúde Suplementar
DA	- Índice de Despesas Administrativas
DICOL	- Diretoria Colegiada
DIDES	- Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS	- Diretoria de Fiscalização
DIGES	- Diretoria de Gestão
DIOPE	- Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras
DIPRO	- Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos

DM	- Índice de Despesas Assistenciais
EBIT	- Lucro antes dos juros e imposto de renda
EBITDA	- Lucro antes dos juros, impostos, depreciação e amortizações
ENDIVCP	- Índice de Endividamento de Curto Prazo
ENDIVLP	- Índice de Endividamento de Longo Prazo
FENASEG	- Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
GAT	- Giro do Ativo Total
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILC	- Índice de Liquidez Corrente
ILG	- Índice de Liquidez Geral
ILI	- Índice de Liquidez Imediata
ILL	- Índice de Liquidez com Lucro
ILNCG	- Índice de Liquidez de Necessidade de Capital de Giro
IPCA	- Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVR	- Índice de Valorização do Ressarcimento
MLB	- Margem de Lucro Bruto
MLL	- Margem de Lucro Líquido
MLO	- Margem de Lucro Bruto
MP	- Medida Provisória
MS	- Ministério da Saúde
NCG	- Necessidade de Capital de Giro
OAB	- Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PMCR	- Prazo Médio de Contraprestações a Receber
PMPE	- Prazo Médio de Pagamento de Eventos
PROCON	- Programa de Proteção de Defesa do Consumidor
PTB	- Partido Trabalhista Brasileiro
RN	- Resolução Normativa
ROA	- Taxa de Retorno sobre o Ativo Total
ROE	- Taxa de Retorno sobre o Patrimônio Líquido

SANEPAR	- Companhia de Saneamento do Paraná
SESEF	- Serviço Social das Estradas de Ferro
SINAMGE	- Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo
SIP	- Sistema de Informação de Produtos
SUS	- Sistema Único de Saúde
SUSEP	- Superintendência de Seguros Privados
TPS	- Taxa por Plano de Assistência a Saúde
TUNEP	- Tabela Nacional de Equivalência de Procedimentos
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UNIDAS	- União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIMED	- Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 A TEORIA ECONÔMICA DA REGULAÇÃO	13
1.1 TEORIA DA REGULAÇÃO	13
1.1.1 Processo de Regulação	16
1.1.2 Instrumentos de Regulação	17
1.1.3 Teoria da Captura e Teoria dos Custos de Transação	19
2 AGÊNCIAS REGULADORAS	22
2.1 REGULAÇÃO BRASILEIRA	22
2.2 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	28
2.2.1 Lei 9.656/98	29
2.2.2 Lei 9.961/00	32
2.2.3 Diretorias da ANS	35
2.2.4 A sua importância no mercado nacional	36
2.2.5 Resoluções Normativas	38
2.2.6 ANS X Poder judiciário	44
3 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	49
3.1 SAÚDE SUPLEMENTAR	50
3.2 MODALIDADES DE OPERADORAS	50
3.2.1 Administradoras	51
3.2.2 Cooperativas Médicas	51
3.2.3 Autogestões	51
3.2.4 Medicinas de Grupo	52
3.2.5 Filantropias	52
3.2.6 Seguradoras	53
3.3 OPERADORAS DE AUTOGESTÃO	53
3.3.1 Especificidades	54
3.3.2 Abrangência	57
3.4 ANÁLISE FINANCEIRA DE OPERADORAS DE AUTOGESTÃO	64
3.4.1 Indicadores Operacionais e Econômico-Financeiros	67
3.4.2 Análise dos Indicadores das Operadoras	73
3.4.2.1 Fundação ASSEFAZ	73
3.4.2.2 Fundação SANEPAR	75

3.4.2.3 SESEF	77
3.4.3 Sobrevivência ou morte das Autogestões	79
CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIAS	84
ANEXO 1 BALANÇO PATRIMONIAL DA FUNDAÇÃO ASSEFAZ 2004 - 2011	91
ANEXO 2 BALANÇO PATRIMONIAL DA FUNDAÇÃO SANEPAR 2007 - 2011	94
ANEXO 1 BALANÇO PATRIMONIAL DO SESEF 2007 - 20011	97

INTRODUÇÃO

Diante do crescimento da saúde privada e de falhas de mercado, o governo federal brasileiro através da Lei nº 9.656/98, iniciou o marco regulatório da saúde. Em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), após publicação da Lei nº 9.961/00, para normatizar, fiscalizar e regular os planos de saúde.

A saúde suplementar brasileira é composta pelas seguintes modalidades de operadoras: Administradoras; Medicinas de Grupo; Cooperativas Médicas; Filantropias; e Autogestões. Dentre elas, as entidades autogestoras, foco principal deste trabalho, merecem destaque por terem particularidades e especificidades em comparação às demais.

Nos 12 anos de atuação da agência nacional de saúde (ANS), melhorias puderam ser observadas para os usuários de planos de saúde, quando seus direitos passaram a ser respeitados e mais benefícios lhe foram concedidos. Por outro lado, as operadoras de saúde ao longo do período tiveram que cumprir muitas determinações expedidas pela agência, de natureza assistencial, administrativa, financeira e contábil que elevaram seus custos.

Nos últimos anos as operadoras de autogestão tem enfrentado desafios com a elevação crescentes dos custos assistenciais, custos administrativos envelhecimento da população, visto que esta é a modalidade que mais possui beneficiários idosos. Os aumentos de determinações da ANS que muitas vezes são de difícil execução, editadas com pouco tempo de amadurecimento dos temas, reeditadas e anuladas em um curto prazo, trouxeram uma série de transtornos as operadoras.

O objetivo principal deste trabalho é analisar a regulação da saúde suplementar brasileira nos últimos anos. Isto é a atuação da ANS na modalidade de autogestão, e suas especificidades. Avaliar os efeitos nas autogestões da crescente regulação sofrida pelo setor, a elevação dos custos assistenciais e o envelhecimento da população.

A metodologia utilizada para a estruturação desta monografia baseou-se na pesquisa bibliográfica e documental sobre a teoria da regulação, a regulação brasileira, pesquisa de leis, histórico da criação da ANS, compilação das 317 resoluções normativas publicadas pela agência, estudo sobre as modalidades de operadoras e as autogestões, com informações obtidas dos planos de saúde e de entidades representativas e por fim pesquisa de indicadores econômico-financeiros para análise dos balanços patrimoniais, obtidos através da ANS, das empresas selecionadas.

O tema escolhido foi apresentado e dividido nos seguintes capítulos:

Capítulo 1: Revisão bibliográfica sobre a teoria da regulação, teoria da captura e teoria dos custos de transação, para subsídio a análise do modelo de regulação brasileiro, na área da saúde;

Capítulo 2: Apresentação das agências regulatórias brasileiras, a criação da ANS, a sua atuação nos seus 12 anos de existência e os impactos gerados para a população e os planos de saúde; e

Capítulo 3: Relato sobre o sistema de saúde brasileiro, em especial a saúde suplementar e exposição das modalidades de operadoras de planos de saúde privados, dando ênfase às autogestões. Todas as informações foram obtidas através de entidades representativas do segmento, da ANS e de operadoras autogestoras. Os dados auxiliaram na compreensão e análise da atual situação desta modalidade, assim como na previsão de um cenário futuro para o segmento.

CAPÍTULO 1

1 A TEORIA ECONÔMICA DA REGULAÇÃO

Este item trata estritamente da Teoria da Regulação, que norteia este trabalho. Com base nesta teoria, é possível compreender o funcionamento da regulação, seus instrumentos, processos regulatórios e abordagens de diferentes autores sobre a sua função.

O estudo da teoria fornece subsídios essenciais para a análise da atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, a ser descrita no capítulo 2, deste trabalho. Para tanto este capítulo está dividido em 3 seções. A primeira diz respeito sobre o processo de regulação, a segunda sobre os instrumentos necessários para a regulação e a terceira sobre a teoria da captura e a teoria dos custos de transação.

1.1 TEORIA DA REGULAÇÃO

A Teoria da Regulação, segundo Viscusi, Vernon e Harrington (2005), tem como foco corrigir as falhas de mercado e práticas altamente desiguais em um determinado setor ou mercado. Entretanto, o governo não consegue regular todas as empresas e consumidores, visto que é fisicamente impossível controlá-los de forma eficiente e perfeita. Por outro lado, as forças de mercado apresentam grande relevância no que tange a eficiência alocativa e produtiva de indústrias e empresas. Ou seja, as forças de mercado tem um importante papel, em relação ao grau de intervenção estatal.

De acordo com Fiani (1998), para se compreender adequadamente o significado das falhas de mercado e como afetam a solução regulatória é importante rever o “primeiro teorema fundamental do bem estar social”. O teorema afirma que o bem estar social ocorre:

- (a) Se existir número suficiente de mercados;
- (b) Se todos os consumidores e produtores se comportam competitivamente; e
- (c) Se existir um equilíbrio, então a alocação de recursos no equilíbrio é ótimo no sentido de Pareto¹.

Na condição (a) verificamos o problema de externalidades, que ocorrem sempre que uma atividade econômica, de um agente, gerar um custo ou benefício sem que ele tenha que arcar com esse custo, ou seja, remunerado pelo benefício. A intervenção econômica do Estado solucionaria este problema através de impostos, subsídios, regulação de quantidades, etc., almejando um maior nível de bem estar social.

A condição (b) remete a análise de monopólios, mais especificamente monopólio natural. Entende-se por monopólio natural que dada à existência de retornos crescentes de escala, toda demanda (ou sua quase totalidade) poderá ser atendida, a um preço superior ao custo de oportunidade, de um único ofertante. Caberia a regulação discriminar custos e arbitrar uma taxa de retorno adequada à firma monopolista.

Em (c) a existência ou não de equilíbrio muitas vezes está associada a comportamentos não competitivos.

Para Pires e Piccinini (1999), a regulação enfrenta também dificuldades pela assimetria de informações pró-produtores. Esse fenômeno envolve duas dimensões: exógena (seleção adversa) e endógena (perigo moral). A “seleção adversa” ocorre pelo regulador não ter acesso às mesmas informações do regulado, no que diz respeito aos fatores exógenos que afetam a eficiência da firma. O “perigo moral” ocorre por somente o regulado ter conhecimento do resultado endógeno, como por exemplo, custos e medidas administrativas, gerando a possibilidade de manipulação destas informações.

A regulação deve focar no incentivo e garantia de investimentos necessários, promoção do bem estar dos consumidores e aumento da eficiência econômica.

¹ Eficiência de Pareto refere-se a alocação de bens em que ninguém consegue aumentar seu bem estar sem que seja reduzido o bem estar de outra pessoa. (PINDYCK e RUBINFELD, 2005, p. 502)

Os objetivos principais da regulação são:

- Buscar a eficiência econômica, garantindo o serviço ao menor custo para o usuário;
- Evitar o abuso do poder de monopólio, assegurando a menor diferença entre preços e custos, de forma compatível com os níveis desejados de qualidade do serviço;
- Assegurar a qualidade do serviço prestado;
- Estabelecer canais para atender a reclamações dos usuários ou consumidores sobre a prestação de serviços;
- Estimular a inovação (identificar oportunidades de novos serviços, remover obstáculos e promover políticas de incentivo à inovação);
- Assegurar a padronização tecnológica e a compatibilidade entre equipamentos; e
- Garantir a segurança e proteger o meio ambiente. (PIRES; PICCININI, 1999, p. 221).

A regulação econômica, em seu início, era um campo limitado, voltada para monopólios naturais e seus limites não estavam sujeitos à contestação. Com as transformações das economias de países capitalistas foi inevitável que se revisasse a sistemática dos fundamentos teóricos da regulação econômica.

Após estudos empíricos viu-se que a regulação está fortemente associada à existência de falhas de mercado ou práticas desiguais em relação a preços e qualidade de produtos e serviços, e dependendo do setor regulado, o bem estar de diferentes grupos de interesse é melhorado pela regulação. (VISCUSI, VERNON e HARRINGTON, 2005)

De acordo com a abordagem de Stigler (1971), buscava-se respostas sobre a necessidade da existência da regulação e foi especificada uma função-objetivo do agente regulador, cuja utilidade deriva da sua remuneração e a decisão dos agentes. Por outro lado, o agente regulador toma suas decisões independente do percentual de agentes envolvidos, mesmo que seja um número muito reduzido. Criticou também a teoria da captura (item 1.1.3), afirmando que ela apresenta deficiências empíricas, ou seja, não consegue explicar quando um ou mais

mercados são atendidos pelos monopolistas a um preço superior aos custos, para subsidiar mercados onde os preços praticados são inferiores a esses custos.

O modelo de Peltzman (1976) estabelece uma função-objetivo do regulador representada por $M(P, r)$ em que M é o apoio político, P é o nível da tarifa do agente regulado e r representa a sua taxa de lucro. A sua hipótese é de que o agente regulador procura conquistar o máximo de apoio de:

- Consumidores: mantendo a tarifa mais baixa possível; e
- Indústrias: garantindo a maior taxa de lucro viável.

No modelo de Becker (1983), o agente regulador sofre pressões de diferentes grupos de interesse e apenas responde a elas. A pressão depende inversamente do número de seus membros e diretamente aos recursos utilizados. O montante de riqueza transferido de um grupo ao outro varia positivamente de acordo com a pressão exercida por determinado grupo e negativamente pela pressão do grupo que transferiu parte de sua renda.

Com isso, tanto para Stigler (1971), Peltzman (1976) e Becker (1983), os grupos de interesse influenciam diretamente nas políticas de regulação. Os eleitores, agentes e grupos de interesse escolhem quem serão seus legisladores, que futuramente determinarão as políticas reguladoras.

1.1.1 Processo de Regulação

O processo de regulação apresenta, de acordo com Viscusi, Vernon e Harrington (2005), três fases: Legislação; Implementação; e Desregulamentação.

A primeira fase, conhecida como Legislação, fica a cargo, no modelo norte americano, do Congresso Nacional, um legislador estadual ou a um órgão do governo local para aprovar a legislação que estabelece poderes de regulação sobre um determinado setor.

A segunda fase, nomeada como Implementação, deixa de ser responsabilidade dos legisladores e passa ser unicamente das agências regulatórias, sobre a execução do processo regulatório.

A terceira e última fase, conhecida por Desregulamentação, diz respeito a decisão tomada, de uma agência regulatória em conjunto com o Judiciário, em desregulamentar uma empresa ou indústria, mesmo que o Congresso seja contrário a essa determinação.

1.1.2 Instrumentos de Regulação

Sobre os instrumentos regulatórios que um governo pode adotar, Viscusi, Vernon e Harrington (2005) elencaram como variáveis principais:

- Controle de preços: determinando o preço que as empresas poderão cobrar ou a fixação de preço mínimo e máximo;
- Controle de qualidade: exigindo qualidade, independente da aplicação de regulação de preços, porém apresenta elevados custos de implementação; e
- Controle de entrada e saída de empresas: criando barreiras institucionais, com o intuito de promover ganhos de eficiência.

Pires e Piccinini (1999) citam também instrumentos que se somam aos apresentados acima, por Viscusi, Vernon e Harrington (2005), para uma melhor compreensão de que eles são fundamentais para uma regulação eficaz, como:

- Agências independentes: diante do aumento da complexidade das instituições, as agências precisam ter independência em relação ao governo e demais agentes para poder defender o bem estar dos consumidores e para que possa gerir conflitos na relação consumidores – empresas – governo, sem ser questionada sobre

recursos administrativos do Poder Executivo. Além disso, é essencial que possua autonomia de recursos financeiros.

- Precisam apresentar também:
 1. - Diretoria estável: necessário para que se tenha independência decisória;
 2. - Especialização: para buscar a redução de assimetrias, riscos de captura e obter legitimidade a ação regulatória;
 3. - Transparência: para garantir legitimidade a independência da agência;
 4. - Regulamentação: para ter suas atribuições e definições estabelecidas em estatuto e pelo Congresso.
- Barreiras à entrada e saída: a criação de barreiras ocorre por meio de contratos de concessão, sendo necessária para garantir a eficiência produtiva, possibilitando que as empresas se beneficiem de economias de escala e produzam a um menor custo;
- Regulação da concorrência: representa um importante papel na transição de uma situação monopolista a uma competitiva, devido às assimetrias de informações entre empresas incumbentes e entrantes. Com uma competição crescente e com a entrada de novas empresas, há a necessidade da regulação de acesso, controle e acompanhamento da concentração do mercado. Para que a igualdade seja garantida no acesso, a utilização de instrumentos podem evitar práticas discriminatórias contra os entrantes;
- Definição de tarifas e introdução de mecanismos de incentivos: visa a garantia de funcionamento do mercado, quando existirem barreiras a entrada. A definição desse regime tem como desafios garantir simultaneamente os preços baixos e elevados níveis de produção. Busca sanar também as tensões entre as eficiências alocativa, distributiva e produtiva; e
- Monitoramento dos contratos de concessão: possibilita uma adequada fiscalização da qualidade dos serviços prestados, do cumprimento dos planos de investimento e das metas de universalização dos serviços.

Estes contratos devem definir metas de desempenho e código de conduta para o atendimento de usuários, estabelecendo multas e penalidades no caso do não cumprimento.

1.1.3 Teoria da Captura e Teoria dos Custos de Transação

A Teoria da Captura é conhecida quando o Estado deixa de atuar em prol de toda a sociedade e serve ao interesse privado, ou seja, confunde o interesse de determinados grupos organizados com os de toda a sociedade.

Se antes o agente regulador era visto como essencialmente voltado para o bem estar social, agora ele passa a ser visto como a entidade que apenas sanciona passivamente os interesses privados das empresas reguladas. (VISCUSI, VERNON e HARRINGTON, 2005)

Stigler (1971), Peltzman (1976) e Becker (1983), conforme início do capítulo, apresentaram análises a cerca de como a regulação econômica distancia-se da ideia de falhas de mercado e muitas vezes se aproximam da Teoria da Captura.

Segundo Viscusi, Vernon e Harrington (2005), foram destacadas por Stigler (1971) duas premissas iniciais importantes sobre essa teoria: a de que o Estado tem poder de coerção, que poderá ser utilizado para o bem estar de determinados grupos de interesse que exerçam pressão; e de que os agentes são racionais e buscam a maximização de suas utilidades.

Através dessas premissas surge a hipótese de que a demanda de grupos de interesse, visando maximizar seu bem estar, pressionam os legisladores para que a regulação os beneficie.

As agências reguladoras, sendo autarquias independentes, por terem concentrado muitas competências como: normatizar, regular, fiscalizar e executar políticas de incentivo e planejamento apresentam um risco de captura por parte dos grupos de interesse.

Viscusi, Vernon e Harrington (2005) citaram a formulação feita por Stigler (1971) e Peltzman (1976) que demonstram três apontamentos importantes:

- A legislação regulatória distribui riqueza. A distribuição ocorre entre os membros da sociedade, porém se a política reduzir a riqueza total disponível para redistribuição, ela será evitada por diminuir a recompensa política da regulação;
- Os legisladores agem conforme interesse em permanecer no poder; e
- Para obter legislação favorável, grupos de interesse competem com apoios políticos.

Com isso, pode-se entender que grupos de interesse bem organizados e com poder de influência, obtém vantagens em relação aos demais membros da sociedade e que a regulação econômica não diz respeito somente à correção de falhas de mercado. Com isso, é reforçada a necessidade de se ampliar a análise do propósito da regulação, considerando não apenas o bem estar social, mas também o setor econômico em si, avaliando principalmente os efeitos sobre toda a cadeia produtiva.

A teoria dos custos de transação advêm da falta de confiança entre o regulador e seus regulados. A atenuação e impedimento de más condutas e aplicação de punições consequentemente incorporam o custo de transação.

Segundo Pires e Piccinini (1999), o ato de regular, tem trazido consigo elevados custos, excesso de decisões ineficientes, atrasos decisórios, rigidez e o risco de captura pelas empresas. Duas alternativas para sanar esses problemas seriam através da adoção de incentivos, para que as firmas que ainda são monopólios naturais passem a ser competitivas; e a intervenção regulatória indireta estimulando e monitorando indústrias para criar um ambiente neutro para todos os agentes.

Os contratos firmados entre firmas e seus consumidores ou beneficiários deve abranger de forma clara todas as possibilidades, precavendo-se de situações inoportunas que gerem consequências. Para que se esse objetivo seja alcançado é necessário que se faça um estudo completo, incluindo as possibilidades de variação de circunstâncias e seus riscos, principalmente para contratos de longo prazo. É necessário que advogados especialistas e consultores elaborem esses acordos para poderem monitorar a ação de empresas reguladas, conforme as bases contratuais.

De acordo com Viscusi, Vernon e Harrington (2005), a atividade regulatória gera a criação de um aparelho administrativo capaz de fazer cumprir, com racionalidade, os regulamentos, onerando assim o contribuinte. Agregam os custos da regulação: elaboração de leis, criação de organismos gerenciadores, organização de procedimentos de outorga, pagamento de salários a técnicos qualificados, custeio das operações de controle, aquisição e operação de sistema de informação e muitos outros investimentos.

Para os autores, a forma correta de buscar a regulação é através da maximização dos benefícios com a correção das falhas de mercado em relação aos custos de intervenção estatal. Para isso se faz necessário comparar os custos de regulamentação com os custos de desregulamentação de um setor.

O ato regulatório deve ser feito de modo responsável, minimizando os custos administrativos e econômicos, resultantes de sua aplicação. A regulação em si requer um planejamento crítico, que considere necessidades e objetivos reais de intervenção, mensure os efeitos de sua ação e dimensione os seus instrumentos organizacionais.

CAPÍTULO 2

2 AGÊNCIAS REGULADORAS

O objetivo deste capítulo é de apresentar o surgimento das agências regulatórias brasileiras, em especial a Agência Nacional de Saúde Suplementar. As principais mudanças, após a criação da ANS, no setor da saúde também são abordados, assim como os reflexos para a saúde suplementar e para a população assistida por planos de saúde. Para tanto o capítulo está dividido em 2 seções. A primeira mostra a regulação brasileira e a segunda trata da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e seus efeitos para o setor.

2.1 REGULAÇÃO BRASILEIRA

No final do século XX, a economia passou por diversas transformações em muitos países, notadamente na Europa durante a década de 1980, em que o processo de globalização começou a ganhar força e o Estado precisou desempenhar mais ativamente, o papel de regulador e fiscalizador para que políticas públicas pudessem ser implementadas e também para que pudesse mediar os interesses dos agentes envolvidos. O modelo de estado regulador, no Brasil, foi confirmado com a Constituição Federal de 1988.

Nas décadas de 80 e 90, foi adotada a visão de descentralização como estratégia, envolvendo as questões de privatização, a recuperação da sua capacidade financeira e administrativa, a necessidade de fortalecimento de sua função reguladora, fiscalizadora e fomentadora e o desmonte do Estado prestador, produtor, interventor e protecionista.

O papel do Estado, em sua concepção, teve que acompanhar as mudanças mundiais, adequando-se a elas e foram necessárias reformas, visando

redimensionar e revestir-se de novas competências e funções, deixando de ser mero promotor direto de crescimento econômico, mas catalisador e facilitador do desenvolvimento econômico.

A Constituição Federal, de 05 de outubro de 1998, determinou que é papel do Estado regular, normatizar e estabelecer as regras de mercado, como por exemplo, o art. 170.

Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios:

- I - soberania nacional;
 - II - propriedade privada;
 - III - função social da propriedade;
 - IV - livre concorrência;
 - V - defesa do consumidor;
 - VI - defesa do meio ambiente;
 - VII - redução das desigualdades regionais e sociais;
 - VIII - busca do pleno emprego;
 - IX - tratamento favorecido para as empresas de pequeno porte constituídas sob as leis brasileiras e que tenham sua sede e administração no País.
- Parágrafo único. É assegurado a todos o livre exercício de qualquer atividade econômica, independentemente de autorização de órgãos públicos, salvo nos casos previstos em lei.
- (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL (1988), art. 170)

A Constituição também preconizou os princípios de universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao mesmo tempo reconheceu que a saúde é livre a atuação da iniciativa privada.

Na década de 1990, com a desestatização de empresas e setores através de privatizações, foi necessária a criação de agências regulatórias para garantir que os serviços oferecidos pelas empresas privadas atendessem a “contento” as necessidades da população. Com isso foram criadas agências em diversos setores como:

TABELA 01 - AGÊNCIAS REGULATÓRIAS FEDERAIS

	AGÊNCIA	MINISTÉRIO	CRIAÇÃO	LEI
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica	Minas e Energia	1996	9.427
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações	Comunicações	1997	9.472
ANP	Agência Nacional de Petróleo	Minas e Energia	1997	9.478
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária	Saúde	1999	9.782
ANA	Agência Nacional de Águas	Meio Ambiente	2000	9.984
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar	Saúde	2000	9.961
ADA	Agência de Desenvolvimento da Amazônia	Integração Social	2001	2.157-5*
ANTAQ	Agência Nacional de Transportes Aquaviários	Transportes	2001	10.233
ANTT	Agência Nacional de Transportes Terrestres	Transportes	2001	10.233

FONTE: MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO.

NOTA: Elaboração Própria.

* Medida Provisória.

Cabe à agência regulatória mediar a relação entre interesses públicos e privados, respeitando os princípios relativos às duas esferas, segundo a Lei, de forma neutra e imparcial.

Algumas premissas básicas devem ser firmadas para que o órgão regulador possa exercer eficazmente as funções de reguladora e fiscalizadora do Estado:

- Necessidade de possuir autonomia técnica, administrativa e financeira, para ficar imune as imposições político-partidárias;
- Necessidade de expedir normas operacionais e de serviço, de forma a poder acompanhar o ritmo do desenvolvimento tecnológico e o atendimento das demandas populares;
- Necessidade de aplicar sanções com rapidez, respondendo aos reclames da população e as exigências dos serviços; e
- Necessidade de associar a participação destes usuários no controle e fiscalização dos serviços. (AZEVEDO, 1998, p. 142)

Para Fachin (1998), quando as agências reguladoras são dotadas de mais autonomia, tenta-se na verdade criar um instrumento mais transparente do controle do que as antigas estruturas burocráticas. A estruturação de uma entidade reguladora deve garantir a equidistância em relação aos atores sociais envolvidos e dificultar a sua captura por qualquer área de interesse. O modelo proposto coloca a

agência reguladora no centro de um triângulo equilátero, tendo o governo em um dos vértices e os operados (empresas reguladas) e os usuários nos outros dois vértices, obtendo uma equidistância da agência, desses agentes.



FONTE: FACHIN (1998).
NOTA: Elaboração própria.

Para que a sua autonomia seja assegurada, a agência é instituída como autarquia, definida como serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita própria para executar atividades típicas da Administração Pública, que requereriam para o seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada.

Para Binenbojm (2005), o acentuado grau de autonomia dado a essas administrações públicas deve respeitar a clássica hierarquia existente entre os atos legislativos e atos administrativos e que todo e qualquer ato está sujeito ao princípio da legalidade, inscrito no art. 37, caput, da Constituição Federal.

Reforça ainda que, a fiscalização e o controle legislativo sobre a atividade regulatória das agências, visam garantir a sua independência e assegurar que a lei que definiu as suas atribuições esteja sendo cumprida. Esse controle gera a segurança e confiança da sociedade sobre os atos praticados pelas agências.

O controle parlamentar pode versar, de modo ilimitado, sobre toda a atividade desempenhada pela agência, inclusive no tocante aquela prevista para realizar-se em épocas futuras – ressalvadas a necessidade de sigilo em fazer das características da matéria regulada. Poderá questionar-se não apenas a gestão interna da agência, mas também exigir a justificativa para as decisões de cunho regulatório. Caberá fiscalizar inclusive o processo administrativo que antecedeu a decisão regulatória produzida pela agência, com ampla exigência de informações sobre as justificativas técnico-científicas das ações adotadas. (JUSTEN FILHO, 2002, p. 588).

O ex-Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva mostrou em fevereiro de 2003, seu descontentamento com o poder das agências regulatórias e declarou: “terceirizaram o poder político no Brasil”² devido ao aumento das tarifas telefônicas, por parte da ANATEL, sem o conhecimento dos ministérios.

O deputado Walter Pinheiro propôs em 2003, que o governo enviasse ao Congresso projeto para que as funções das agências fossem revisadas e que fossem estabelecidos limites para a sua atuação. Em 2004, o Governo Federal encaminhou ao Congresso uma proposta sobre a nova Lei Geral das Agências Regulatórias, que visava promover mudanças no modelo de organização institucional e funcionamento das agências. Por sua vez, o ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, deu declarações de que era contra a criação da referida lei, afirmando que a autonomia das agências deveria ser mantida. O projeto de lei recebeu o número 3.337 e até 2012 não havia sido votado na Câmara.

Para Barroso (2003), não é apropriado as agências regulatórias receberem as competências do governo, sendo responsáveis por políticas públicas, outorgando e concedendo serviços, porém algumas delas exercem esse poder.

Sobre o acúmulo de funções das agências e a atuação delas, Santos (2004, p. 4) destacou:

No caso da absorção da atividade de formulação de políticas, inexistente previsão legal: essa absorção se deu por omissão e desestruturação dos ministérios supervisores. Uma das causas prováveis deste aumento exagerado do campo de atuação das agências é o esvaziamento dos

² O Estado de São Paulo. Lula quer rever papel das agências reguladoras. 20 fev 2003.

quadros, da falta de capacitação técnica e da omissão dos ministérios, responsáveis pela formulação das políticas setoriais, no exercício de suas competências legais, situação que deriva das políticas de ajuste fiscal e redução do aparelho do Estado adotadas há mais de dez anos no Governo Federal. Em vista do vácuo existente, em que os ministérios não demonstravam capacidade, aptidão ou mesmo disposição de atuar em suas competências, as agências passaram não só a regular e fiscalizar o setor, como a atuar na formulação de políticas públicas, sendo o ministério mero homologador da política traçada pela agência.

Essa situação evidencia a necessidade de que os ministérios sejam fortalecidos, mediante a composição de quadros técnicos especializados capazes de produzirem análises, relatórios, diagnósticos e cenários para a proposição de políticas públicas que deverão ser implementadas pelas agências, sob pena de perpetuar-se, paripasso à concessão de autonomia ou independência às agências, um processo de descontrole, quando não de apropriação indevida de competências. (SANTOS, 2004, p. 4)

Ainda sobre os poderes concedidos às agências, Barbosa Gomes (2003) afirmou que as agências brasileiras importaram o conceito e o padrão específico do Estado. Faltam-lhes:

Um maior rigor na delimitação de seus poderes e na compatibilização destes com os princípios constitucionais; um controle efetivo pelo Senado do processo de designação dos seus dirigentes; um controle mais eficaz de suas ações pelo Judiciário e pelos órgãos especializados do Congresso; e por fim, uma maior preocupação com o estabelecimento, em seu benefício, de um mínimo lastro democrático, de sorte a evitar que elas se convertam em instrumento de dominação de uma determinada tendência político ideológica. (BARBOSA GOMES, 2003)

Reconhece-se que o surgimento das agências teve grande valia para que os consumidores tivessem serviços de qualidade, diversificados e com preços justos e controlados e ainda procuraram manter a viabilidade econômica das empresas. Para isso o Governo propôs modificações, para que elas fossem dotadas de maior transparência.

Umas das evidências sobre o aumento do poder das agências se deu na medida em que as leis que as instituíram, transfeririam para elas as competências legais típicas do poder concedente. As agências passaram a elas mesmas o poder concedente, que é de responsabilidade da União, devendo ser exercido, segundo as diretrizes e prioridades emanadas pelo chefe do Poder Executivo.

As agências não só editam normas, como são responsáveis pela concessão, pois elas são o poder concedente e ao mesmo tempo normatizadoras da exploração do serviço. Diante de tanto poder a elas concedido, o risco da captura torna-se maior diante de grupos e empresas/indústrias bem organizados, que possam exercer pressões para alcançar seus objetivos e obter vantagens.

Toda a autonomia recebida pelas agências reguladoras visa diminuir o risco de influência por parte dos políticos, mas por outro lado também dificulta as precauções em caso de comportamento abusivo de seus funcionários, incorrendo novamente no risco da captura.

2.2 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

A partir da década de 70, os PROCONs de todo o país começaram a receber reclamações de usuários de planos de saúde, sobre a conduta de algumas operadoras e neste período o Estado não regulava o setor, nem havia leis ou medidas provisórias que garantissem a população um atendimento normatizado, por parte dos convênios de planos de saúde vigentes.

A partir de 1989 já tramitavam no Congresso Nacional 18 projetos de lei sobre esse tema, porém as ações mais efetivas começaram a ser vistas a partir de 1994, quando foi aprovado o projeto do Senador Hiran Saraiva. Logo após, o projeto foi remetido a Câmara, recebendo o número 4.425/94, em que os planos deveriam oferecer cobertura universal de todas as patologias elencadas pelo Código Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS).

2.2.1 Lei 9.656/98

O governo diante de tantos projetos apresentados, em 1996 criou um grupo de trabalho com a participação dos Ministérios da Saúde, Justiça e Fazenda. Este grupo foi responsável pela elaboração da proposta de regulamentação encaminhada ao Congresso. O Conselho Nacional de Saúde analisou a proposta durante um ano e realizou audiências públicas com todos os setores envolvidos, tendo uma grande participação neste processo dos Órgãos de Defesa do Consumidor, de usuários dos planos de saúde e entidades médicas, para que a cobertura de atendimentos fosse ampliada.

A Câmara também criou uma comissão especial para estudar a regulamentação da área da saúde, com base nos projetos que tramitavam no Legislativo, as propostas do governo e do Conselho Nacional de Saúde, além dos 24 novos projetos recebidos e 131 emendas, das quais apenas 13 foram incorporadas.

No período discutia-se:

- Que as operadoras de saúde deveriam demonstrar sua capacidade de produção de serviços integrais de assistência a saúde;
- A necessidade de tornar mais clara ao consumidor as exclusões de cobertura de seus contratos;
- A importância da comparação de preço entre as várias operadoras com base em um produto padrão; e
- Uma melhor avaliação do consumidor quanto ao preço do produto com cobertura reduzida em relação ao produto com cobertura assistencial integral.

De acordo com a UNIDAS (2005), a criação deste modelo estabeleceu que a regulação seria realizada a partir da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), com suas diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNPS). O órgão regulador básico era composto pela SUSEP e pelo

CNPS, tendo como conceito a regulação da atividade econômica, atribuição do Ministério da Fazenda. O Ministério da Saúde apenas assessorava.

Durante o primeiro semestre de 1998, o projeto de regulamentação ao ser debatido no Senado, sofreu duas alterações: o fortalecimento do polo assistencial da regulação; e o consequente fortalecimento do papel do Ministério da Saúde no processo.

Neste contexto surgiu no Senado o sistema de regulação bipartite: a regulação da atividade econômica na esfera do Ministério da Fazenda e da atividade de produção dos serviços de saúde, da assistência à saúde, no Ministério da Saúde.

Houve também a criação da Câmara de Saúde Suplementar (CSS), com ampla participação dos agentes do setor e da sociedade, como órgão consultivo permanente na regulação da assistência à saúde.

Após diversas audiências públicas terem sido realizadas pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado, no dia 12 de maio de 1998, o plenário do Senado aprovou o texto, que foi sancionado no mês seguinte pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso.

Em 03 de junho de 1998 foi publicada a Lei nº 9.656, que dispôs sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e deu início ao marco regulatório da saúde suplementar, promovendo grandes mudanças na atuação das operadoras de saúde.

Em 05 de junho de 1998 foi editada a Medida Provisória 1.665/98 alterando a Lei 9.656/98, exatamente como havia sido negociada no Senado. O marco regulatório foi formado pelo conjunto da referida Lei e pela Medida Provisória, reeditada quase que mensalmente até agosto de 2001, devido a legislação vigente, tendo atualmente a numeração MP 2.177-44.

O marco regulatório aprovado em junho de 1998 só entrou em vigor em janeiro de 1999. Neste intervalo, foram editadas pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), várias resoluções necessárias para viabilizar as exigências da legislação.

Com todas as transformações, a Lei de Planos de Saúde teve como principais aspectos:

- Definição como operadora toda ou qualquer pessoa jurídica de direito privado responsável pela administração de planos de saúde, incluindo o segmento comercial e o não lucrativo;
- Instituição do plano-referência, que engloba a assistência médico-ambulatorial e hospitalar, inclusive parto, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS), o que não se aplica às autogestões;
- Cobertura de transplantes de rim e córnea;
- Cobertura da assistência em saúde mental;
- Ressarcimento ao SUS toda vez que um usuário de plano de saúde for atendido em hospital público;
- Proibição do limite de internação hospitalar;
- Limitação dos prazos de carência, com máximo de 24 horas para urgências e emergências;
- Proibição de vedar a participação do usuário em razão de idade, deficiência ou doença;
- Rescisão unilateral de contratos individuais e familiares só é admitida em caso de fraude do consumidor ou inadimplência por mais de 60 dias consecutivos ou não;
- Proibição de carência por dia de atraso no pagamento nos contratos individuais e familiares;
- Assistência ao recém-nascido nos primeiros 30 dias de vida;
- Admissão do aumento por mudança de faixa etária, com exceção dos maiores de 60 anos há mais de 10 dias no mesmo plano ou sucessor;
- Regulamentação dos descredenciamentos de hospitais;
- Garantia ao ex-funcionário (à exceção do demitido por justa causa) e ao aposentado de manutenção da condição de beneficiário por período parcial ou integral, de acordo com o tempo que tiver mantido o vínculo empregatício – desde que tenha contribuído com parcela da mensalidade;
- Possibilidade de adaptação do contrato antigo às regras definidas pela nova legislação;
- Estabelecimento de mecanismos para controle da gestão econômica-financeira ou administrativa dos planos, para evitar situação de risco ao atendimento e queda na qualidade dos serviços prestados.

(UNIDAS, 2005, p. 31)

Cabe salientar que o marco legal (Lei 9.656/98 e MP 1.665/98) foi muito questionado no Judiciário em três pontos principais:

- Sua retroatividade, mesmo que limitada, aos contratos anteriores à Lei;
- O ressarcimento ao SUS; e
- Abrangência sobre as seguradoras.

A legislação vigente desde 1999 e o modelo bipartite de regulação começaram a demonstrar fragilidades. A tarefa em si e o ineditismo do processo, com a separação da regulamentação e fiscalização econômico-financeira da regulamentação e fiscalização da assistência à saúde, dificultaram a coordenação e impediram a unidade estratégica, necessária ao processo de regulação.

As atribuições conferidas ao CONSU resultaram na elaboração de 23 resoluções, dentre as quais várias violam o texto da própria lei que deveriam regulamentar, afrontando os princípios do Código de Defesa do Consumidor e da Constituição Federal.

2.2.2 Lei 9.961/00

Em 28 de janeiro de 2000 foi promulgada a Lei 9.961/00, que dispôs sobre a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme abaixo:

Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de

gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

(LEI N° 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000, ART, 1°, PARÁGRAFO ÚNICO)

A ANS desde então é reconhecida como uma autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde, que acumulou as atribuições da Saúde e da Fazenda na regulamentação do setor, com a finalidade de promover a defesa do interesse público na área da saúde suplementar, através da regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência privada a saúde. Possui autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com total liberdade para tomar decisões técnicas, implementá-las, escolher e definir seu corpo diretivo.

É responsável também pela elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde (coberturas), normas para o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), segmentação dos planos, critérios e controle de qualidade e fiscalização dos planos de saúde, recolhimento de informações econômico-financeiras das operadoras, entrada e saída de empresas, entre outras tarefas.

A ANS em seu início teve que enfrentar duas situações críticas: a ausência de informações estruturadas sobre o setor; e a inexistência de quadro de pessoal próprio. Diferentemente das agências da área da infraestrutura, não passou a regular uma atividade antes realizada por organizações estatais que foram privatizadas. Nestes setores o Estado detinha todas as informações de produção e tecnologia de regulação anterior.

Após a sua implantação, passou a regular uma atividade privada: já existente; extremamente complexa; em um setor essencial; e que nunca havia sido objeto de regulação do Estado. Assumiu também as competências do CONSU, como as de fiscalizar e regulamentar o setor, tendo agido em desconformidade com as leis 9.656/98 e 9.961/00, na regulamentação de algumas questões como:

a) Cobertura

De acordo com a Lei 9.656/98, *caput* do art. 10, os planos de saúde devem obrigatoriamente cobrir todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS). Ou seja, impede para os contratos assinados a partir de 1999 e para os antigos adaptados a nova legislação, a exclusão e/ou restrição de cobertura de toda e qualquer doença da vasta Classificação de Doenças da OMS.

Entretanto, na mesma lei, o art. 11, permite a suspensão de cobertura de doenças e lesões preexistentes por 24 meses, contados da data de contratação do plano de saúde.

Por meio de Medida Provisória foi inserida outra disposição contrária ao art. 10, *caput*, quando submete à ANS a definição da amplitude de coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade. Isso significa que se passou a admitir uma limitação da abrangência da cobertura assistencial por meio da “regulação” da ANS.

b) Doenças preexistentes

O art. 11, *caput*, estabelece que “é vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos produtos de que tratam o inciso 1 e o § 1º do art. 1º da Lei 9.656/98, após 24 meses de vigência do contrato, cabendo a operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor ou beneficiário.

Significa que centenas de procedimentos relacionados às doenças e/ou lesões das quais o consumidor já tinha conhecimento no momento da contratação do plano podem não ser incluídos na atenção à saúde do consumidor portador de doença preexistente pelo prazo de 24 meses.

Isto contribuiu para a exclusão inaceitável de procedimentos e tratamentos essenciais para a recuperação da saúde e a manutenção da vida do consumidor. A relação, lamentavelmente ampla, de exclusões por longos dois anos é composta de

muitos procedimentos, dos quais grande parte deles é imprescindível no acompanhamento de doenças de alta letalidade quando não são tratadas precocemente, como câncer, AIDS, insuficiência renal, cardiopatias, dentre outras.

Neste caso poderiam ser eliminados da cobertura apenas procedimentos com eficácia duvidosa ou aqueles que poderiam ser substituídos por outros procedimentos equivalentes de menor custo, sem prejuízo do diagnóstico ou tratamento do paciente.

Esta medida impacta no Sistema Único de Saúde (SUS), já que os usuários de planos de saúde que tiverem restrição dos procedimentos elencados recorrerão ao serviço público, prejudicando o acesso da população mais carente e repassando ao setor público o gasto do setor privado.

c) Atendimento de urgências e emergências

A legislação preconiza que o consumidor, após 24 horas da contratação do plano tenha direito ao atendimento de urgência e emergência. Esta determinação viola a própria lei, pois restringe a assistência a saúde neste tipo de atendimento e garante apenas 12 horas de atendimento ambulatorial.

Cabe salientar que existem casos de urgências e emergências que demandam procedimentos de estabilização, tendo assim que utilizar centro cirúrgico ou UTI por mais de 12 horas. A exclusão de atendimento em cumprimento a carência estabelecida cria situações inaceitáveis do ponto de vista ético, médico e legal, já que significa ruptura da assistência à saúde após determinado período.

2.2.3 Diretorias da ANS

A ANS é composta por 6 diretorias: Diretoria Colegiada (DICOL); Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES); Diretoria de Gestão (DIGES); Diretoria de

Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE); Diretoria de Fiscalização (DIFIS); e Diretoria de Normas de Habilitação de Produtos (DIPRO).³

O diretor presidente é escolhido entre os membros da Diretoria Colegiada e pelo Presidente da República. Acumula os cargos de diretor geral da Agência, presidente da Diretoria Colegiada, presidente da Câmara de Saúde Suplementar e secretário executivo do Conselho de Saúde Suplementar. Essa diretoria rege a ANS de acordo com um contrato de gestão, assinado anualmente com o Ministério da Saúde.

Esse acúmulo de cargos gera discussões no setor de saúde, questionando-se a legitimidade e transparência da agência nos casos em que os planos de saúde entram com recursos, referente às determinações da ANS e há dúvidas sobre a imparcialidade no momento de avaliação destas apelações.

2.2.4 A sua importância no mercado nacional

Antes de 1998, sem uma legislação específica, tentava-se resolver os conflitos entre usuários e planos de saúde, com a aplicação do Código de Defesa do Consumidor - CDC. Não existiam critérios para a exclusão de procedimentos, cobertura, fixação de carências, reajustes de mensalidades e definição de doenças preexistentes.

Com tantos conflitos e reclamações nos PROCONs, Tribunais e mídia, a saúde suplementar carecia de uma legislação, regras, normas e fiscalização. Após a aprovação da Lei nº 9.656/1998 a população passou a ter seus direitos protegidos no que diz respeito à sua assistência e as operadoras de planos privados de saúde tiveram que adequar seus serviços e condutas para atender as determinações da referida Lei.

³ As diretorias, bem como suas atribuições são divulgadas pela ANS, através: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/organograma>.

Com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o setor passou, ao longo desses 12 anos, a ser cada vez mais regulado, com aplicações de multas severas nos casos do não cumprimento das exigências da agência.

Os usuários passaram a ter mais força e poder para denunciar as operadoras diretamente à ANS e ver resultados. Sem dúvida, a regulação trouxe melhorias para a saúde privada. O contrato entre operadoras e usuários passou a ser claro e todos sabem quais são os seus direitos e deveres, graças à legislação existente. Lembrando que ainda existem contratos não adaptados à Lei 9.656/1998, visto que foram firmados até 31 de dezembro de 1998, ou seja, antes da vigência da citada lei federal.

Existiam más condutas por parte de muitas operadoras nas modalidades de seguradoras e medicinas de grupo. Muitos beneficiários precisavam de atendimento e descobriam que não havia mais cobertura para aquele determinado procedimento, os reajustes de mensalidades eram indiscriminados e sem nenhuma justificativa, as carências eram indefinidas, com exclusão de doenças cardíacas e crônicas ou limitação de cobertura, ou seja, tinham mais obrigações no que diz respeito ao pagamento de seus planos, do que benefícios em tê-los, pois quando mais precisavam, encontravam dificuldades em liberações de procedimentos, como cirurgias e exames. Alguns planos também discriminavam seus beneficiários pela sua faixa etária e em casos de doenças preexistentes ou até mesmo em casos de doenças psiquiátricas.

A Lei nº. 9.656/1998 representou um marco para a população que optou ter um plano de saúde, em busca de uma melhor assistência e também para as operadoras de planos privados de assistência à saúde que atuavam no mercado.

Se por um lado são reconhecidos os benefícios trazidos pela regulação, por outro, questiona-se o fato da agência não regular também os prestadores de serviços (hospitais, clínicas, laboratórios e médicos). As falhas de mercado ainda podem ser percebidas no setor, como assimetria de informações entre pacientes-médicos e beneficiários-operadoras, assim como o risco moral e a judicialização.

2.2.5 Resoluções normativas

Desde a criação da ANS até 31/12/2012, foram criadas 317 resoluções normativas, 171 instruções normativas, 3 instruções normativas conjuntas, 95 resoluções de diretoria colegiada, 7 resoluções especiais, 1.347 resoluções operacionais e 25 súmulas normativas, além de decretos, leis e medidas provisórias que envolvem a agência.

Nos últimos 12 anos, as operadoras de saúde receberam uma verdadeira enxurrada de resoluções normativas, em sua maioria com aplicação a partir da data de publicação da decisão, não tendo muitas vezes prazo hábil para cumpri-las. As normas em sua quase totalidade são revogadas por completo ou parcialmente, causando mais transtornos às operadoras, pois precisam despender funcionários exclusivamente para acompanhamento diário das decisões da agência reguladora e fiscalizadora, assim como para atendê-las em curto espaço de tempo. A grande maioria também é publicada nas sextas-feiras no final do dia causando ônus, pois as operadoras só podem ter conhecimento na semana seguinte, gerando ainda mais transtornos e demandando ainda mais trabalho.⁴ Vale salientar que o foco de qualquer operadora de planos de saúde, independente de sua modalidade, é a assistência à saúde, porém com tantas resoluções e instruções normativas torna-se difícil manter o foco principal, por ter que atender a tantas determinações em curtos prazos, sob o risco de penalidades, multas, sanções e processos administrativos.

Analisando as 317 resoluções normativas, criadas por sua diretoria colegiada e assinadas por seu presidente, ao longo dos últimos 12 anos, primeiramente pode-se obter a evolução da publicação das RNs no período, conforme o gráfico 01.

⁴ Informações fornecidas pela Dra. Sandra Maria Calbar, advogada da Fundação Copel e ex assessora jurídica da Associação das Entidades Paranaenses de Autogestão em Saúde – ASSEPAS.

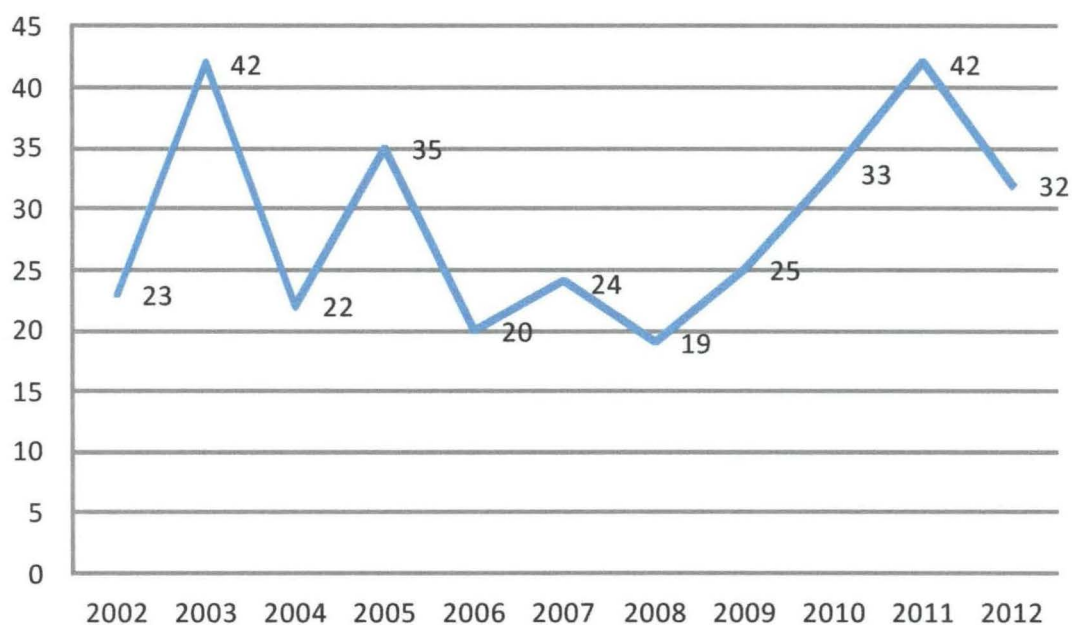


GRÁFICO 01 – RESOLUÇÕES NORMATIVAS - ANS 2002-2012
 FONTE: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS.
 NOTA: Elaboração própria.

A ANS lançou uma média de 28,82 resoluções normativas ao ano, sendo que das 317 resoluções, 286 tiveram que ser cumpridas a partir da sua data de publicação. Apenas 31 tiveram prazos maiores, ou seja apenas 9,78%.

Após pesquisa e análise de todas as normas expedidas pela ANS, através da divulgação das suas publicações em seu *site*, foi possível elaborar um *ranking* com os dez assuntos mais abordados:

- 96 sobre alterações nas resoluções vigentes;
- 84 sobre alterações no Regimento Interno, referente a mudanças de cargos comissionados e assuntos internos da agência;
- 23 sobre o ressarcimento SUS e os reajustes periódicos da tabela praticada para esse ressarcimento (TUNEP);
- 16 sobre processos administrativos, penalidades, sanções e infrações;
- 15 sobre as regras para os contratos firmados entre operadoras e prestadores de serviços;
- 13 sobre critérios para reajuste de mensalidade, informando o teto máximo a ser aplicado;

- 12 sobre envio de informações mensais dos beneficiários de cada plano;
- 12 sobre o envio de informações de produtos – SIP⁵;
- 11 sobre a atualização do rol de procedimentos; e
- 10 sobre concessão de autorização de funcionamento para as operadoras.⁶

Além dessas, existem as resoluções que tratam da troca de informações entre planos e hospitais, envio de informações periódicas das operadoras, programa de qualificação da saúde suplementar, determinação de recursos mínimos, programa de promoção a saúde e prevenção de doenças, diversificação dos ativos garantidores, registro e avaliação contábil de títulos e valores imobiliários, arrecadação de receitas pela ANS, cadastro de planos privados, alienação de carteira das operadoras, portabilidade de carências, débitos tributários com a ANS, imposição de programa transmissor de arquivos com dados econômico-financeiros dos planos, migração de contratos, garantia de atendimento aos beneficiários, como devem ser os materiais publicitários, margem de solvência das operadoras, variação de preço por faixa etária, fiscalização proativa, programa de acreditação das operadoras, normas de divulgação de informações dos prestadores nos sites dos planos e envio de dados operacionais.

Dentre as resoluções, as que mais impactaram as autogestões, modalidade a ser descrita no Capítulo 3, são:

- a) Ressarcimento ao SUS - Resoluções Normativas n°. 4, 43, 92, 110, 120, 131, 177, 185, 239, 240, 248, 251, 253 e 271.

Segundo a Lei n° 9.656/1998, o ressarcimento ao SUS é necessário sempre que um usuário de plano de saúde for atendido no serviço público.

⁵ SIP – Sistema de Informação de Produtos, ANS.

⁶ O *ranking* foi feito através do levantamento de todas as resoluções normativas, publicadas e divulgadas no site da ANS - Legislação - <http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>.

As resoluções não apenas determinam novas normas de ressarcimento, seja por novos programas ou outras determinações, mas também sobre os reajustes periódicos na Tabela Única Nacional de Equivalência de procedimentos – TUNEP. Abaixo, o trecho inicial da Resolução Normativa nº. 239, de 05 de novembro de 2010.

Art. 1º Fica aprovada, nos termos do art. 32, §1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e do art. 4º da Resolução Normativa – RN nº 185, de 30 de dezembro de 2008, alterada pela RN nº 217, de 13 de maio de 2010, a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, conforme anexo desta Resolução.

§1º A TUNEP terá como finalidade o ressarcimento, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dos atendimentos prestados a seus beneficiários pelas entidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, referentes às competências dos meses de outubro de 2006 a dezembro de 2007.

(RESOLUÇÃO NORMATIVA – ANS/MS, Nº 239, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2010)

A RN 253, publicada em 5 de maio de 2011, muda a regra para o ressarcimento, abolindo a TUNEP para o ressarcimento, como segue abaixo:

Art. 3º O ressarcimento ao SUS será cobrado de acordo com os valores praticados pelo SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR. (1,5)

§ 1º A regra prevista neste artigo se aplica aos atendimentos das competências a partir de janeiro de 2008.

§ 2º O ressarcimento ao SUS para os atendimentos das competências até dezembro de 2007 será cobrado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP, aprovada para as referidas competências.

(RESOLUÇÃO NORMATIVA – ANS/MS, Nº 253, DE 05 DE MAIO DE 2011)

Esse ressarcimento é bastante polêmico entre as operadoras de saúde e o judiciário, que por ter sido definido e aprovado em lei, os recursos destas empresas não tem tido sucesso.

O primeiro ponto controverso é de que todos os cidadãos, com ou sem planos de saúde, pagam impostos, em que um percentual desse montante é repassado a saúde, ou seja, optaram por um plano privado, mas continuam contribuindo para a saúde pública, o que poderia caracterizar uma bitributação.

O segundo é que a tabela de ressarcimento definida pela ANS, a TUNEP, utilizada para os atendimentos das competências até dez/2007 era reajustada anualmente e a partir de 01/2008 passou a adotar o IVR, como referência para o ressarcimento. Porém, os valores definidos nestes instrumentos são inflacionados em relação ao que o Governo paga ao SUS, pelos mesmos procedimentos. O IVR agrega 1,5% sobre o valor que de fato custou o atendimento.

O ressarcimento representa uma externalidade negativa para as operadoras, visto que a agência defende esta medida como uma distribuição de renda do setor privado para o público e que o atendimento do beneficiário do plano não deveria ter acontecido na rede pública e os planos defendem que não tem como controlar onde seus usuários buscam atendimento e que o acréscimo no valor do ressarcimento é abusivo, gerando muita discussão no judiciário sobre esse assunto.

- b) Requisitos para a celebração dos instrumentos Jurídicos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços hospitalares – Resoluções Normativas n°. 42, 54, 71, 241 e Instrução Normativa n° 49.

A agência por meio das normas citadas acima impõe requisitos mínimos, que devem constar dos instrumentos contratuais a serem firmados entre operadoras de planos de saúde e seus prestadores. Estipula cláusulas, inclusive de reajuste, exigindo que seja determinado um índice inflacionário e não mais a livre negociação entre as partes. Para exemplificar, abaixo a instrução normativa que trata deste assunto:

Art. 1º Esta IN regulamenta a forma e a periodicidade do reajuste, conforme disposto na alínea "c" do inciso VII do parágrafo único do artigo 2º das Resoluções Normativas - RNs nº 42, de 4 de julho de 2003, nº 54, de 28 de novembro de 2003 e nº 71, de 17 de março de 2004.

Art. 2º Para fins de aplicação desta IN define-se:

I - periodicidade do reajuste: é o intervalo de tempo cujos termos inicial e final são demarcados para efetivação do reajuste; e

II - forma do reajuste: a maneira pela qual as partes definem a correção dos valores dos serviços contratados.

Art. 3º A forma e a periodicidade do reajuste devem ser expressas no instrumento jurídico de modo claro, objetivo e de fácil compreensão.

Art. 4º As partes deverão escolher uma das seguintes formas de reajuste:

I - índice vigente e de conhecimento público;

II - percentual prefixado;

III - variação pecuniária positiva;

IV - fórmula de cálculo do reajuste.

(INSTRUÇÃO NORMATIVA – ANS/MS, Nº 49, DE 17 DE MAIO DE 2012)

A referida instrução ainda informa que o prazo para as operadoras adequarem todos os contratos seria de 180 dias, a contar da data de publicação da norma. Vale salientar que caso ocorra uma fiscalização *in loco*, pela ANS e encontrar alguma irregularidade, o plano recebe multa de R\$ 35.000,00, conforme art. 45 da resolução normativa nº 124, de 30 de março de 2006.

Outro caso de mudança de instrumento jurídico é tratado pela RN nº 241, de 03 de dezembro de 2010, que estabelece a obrigatoriedade de as operadoras de planos privados de assistência à saúde ajustar seus contratos com os prestadores de serviço que apresentem como parte integrante de seus serviços a utilização de medicamentos de uso restrito a hospitais e clínicas.

Essa resolução trouxe dificuldades às autogestões, pois já pagavam por esses medicamentos através de uma tabela específica acordada com os hospitais, tendo adicionada ainda uma margem de comercialização de medicamento (varia entre 10 e 38%, dependendo da negociação entre as partes). Com tal resolução, além de pagar esses valores, os planos teriam que pagar também pela seleção,

programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos. Teoricamente, o pagamento da margem seria cancelado, porém os hospitais não aceitaram perder esse rendimento e os planos tiveram que arcar com essa determinação.⁷

c) Garantia de atendimento – Resolução Normativa n°. 259.

No dia 17 de junho de 2011 foi publicada a resolução que estabelece prazos para os atendimentos médicos dos beneficiários das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Caso não tenha rede credenciada na cidade ou o médico não tenha disponibilidade para atendimento, a operadora de planos de saúde terá que arcar com o transporte ou reembolsar integralmente a despesa pelo pagamento do atendimento.

Essa decisão gerou grande impacto, pois algumas operadoras de planos de saúde abrangem todo o estado do Paraná e tem beneficiários em cidades pequenas, como por exemplo, Peabiru, onde não tem médicos com todas as especialidades nem hospital geral. A decisão da ANS provocou o seguinte questionamento entre as operadoras: se o próprio governo não oferece atendimento em todos os municípios do território nacional, como pode exigir que os planos privados de saúde ofereça?

2.2.6 ANS X Poder Judiciário

Existe no mundo jurídico amplo debate sobre o modelo de administração do Estado e os poderes dados às agências reguladoras, considerados pelos advogados, quase legislativos e quase judiciais.

A total independência precisa ser revista, pois a agência através de sua Diretoria Colegiada toma decisões, define regras e as aprecia, sem qualquer

⁷ Informações cedidas pela Associação das Entidades Paranaenses de Autogestão em Saúde – ASSEPAS.

auditoria ou participação dos demais agentes, através de consultas públicas, no que se refere às decisões relevantes para o mercado como um todo. O processo seria mais transparente e legítimo se houvesse a possibilidade de que recursos superiores, para as determinações da agência, pudessem ser apreciados pelo Ministro ao qual a agência é vinculada.

Sobre o Ressarcimento ao SUS, há muita discussão sobre esse pagamento, apesar de estar amparado pela lei.

Abaixo, o Desembargador Federal Rogério Vieira de Carvalho, do Tribunal Federal da 2ª Região, afirmou que:

"Não há como responsabilizar, de antemão, as empresas seguradoras e operadoras de plano de saúde por ressarcimento daquilo que não se negaram a oferecer a seus associados. Penso que somente quando o contrato, firmado entre as partes, deixar de cumprir sua função social e, portanto, onerar o Estado – em virtude do ilícito – há espaço para o ressarcimento em questão. Neste momento, o ilícito contratual interessa não somente às partes contratantes envolvidas, mas a toda a sociedade. E isto porque este inadimplemento gerou desequilíbrio no sistema. Sob este prisma, penso que há sobeja razoabilidade e proporcionalidade para a exigência contida no art. 32 da Lei nº 9.656/98, afigurando-se perfeitamente compatível com a ordem constitucional."

(APELAÇÃO CÍVEL Nº 200251010102973. DESEMBARGADOR FEDERAL: ROGÉRIO VIEIRA DE CARVALHO. JUÍZO FEDERAL DA 28ª VF DO RIO DE JANEIRO. AUTOR: SANAMED – SAÚDE SANTO ANTÔNIO - SECÇÃO DO RIO DE JANEIRO. RÉU: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. DATA DE JULGAMENTO: 15 DE FEVEREIRO DE 2006.)

Apesar de algumas operadoras terem tentado reverter a decisão, através de processos contra a ANS, não tiveram liberação do ressarcimento, visto que a Lei nº 9.656/1998, art. 32 é muito clara:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos

dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

(LEI N° 9.656 DE 03 DE JUNHO DE 1998, ART 32)

De acordo com a sentença proferida pela Juíza Federal, Gisele Lemke⁸, referente à norma expedidas pela ANS, em 2010, a Ordem dos Advogados do Brasil - Paraná e Caixa de Assistência dos Advogados ingressaram com ação ordinária, ajuizada na Justiça Federal do Paraná, contra a ANS, sob nº 5024328-57.2010.404.7000. A ação judicial deu-se em face da Resolução Normativa nº. 195, a qual classifica e caracteriza os planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação e institui a orientação para a contratação de planos privados de assistência à saúde.

A OAB-PR e CAA-PR firmaram com a UNIMED contratos de plano privado de saúde, para a assistência aos advogados do Paraná e em 24/05/2010 recebeu um comunicado da cooperativa médica, informando que em virtude da RN nº. 195, não poderia mais ser incluído novos titulares, diante da impossibilidade da operadora efetuar cobrança da contraprestação diretamente aos beneficiários e que os contratos deveriam ser aditados para adequação a esta resolução.

A RN determina que a cobrança das mensalidades seja feita diretamente pelas contratantes ou por administradoras de benefícios, gerando assim, um aumento de custos para os contratantes, fazendo com que o contrato deixe de ser vantajoso.

As autoras da referida ação defendem a ilegalidade e inconstitucionalidade dessa resolução, por extrapolar as atribuições da ANS e que as exigências nela contidas ferem a liberdade de contratação e o ato jurídico perfeito. Na ação, requer-se a tutela antecipada para a suspensão da incidência da citada norma e anulação dos artigos 8º, 14 e 26 de tal resolução, possibilitando a inclusão de novos membros no plano de saúde, a continuidade da cobrança de mensalidades pela cooperativa médica e a não obrigatoriedade da realização de aditivo contratual.

O teor dos dispositivos da Resolução Normativa n. 195 da ANS, citadas no processo judicial:

⁸ A sentença foi divulgada no site da Caixa de Assistência dos Advogados do Paraná, no endereço http://www.caapr.org.br/img/pdf/Acao_Unimed.pdf.

Art. 8º O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei no 9.656, de 1998.

Art. 14. A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança das contraprestações pecuniárias diretamente ao beneficiário, exceto nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998.

Art. 26. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos vigentes que permaneçam incompatíveis com os parâmetros fixados nesta resolução na data de sua entrada em vigor não poderão receber novos beneficiários.⁹

(RESOLUÇÃO NORMATIVA – ANS/MS, Nº 195, DE 14 DE JULHO DE 2009)

Foi concedida a tutela antecipada e o pedido das Autoras foi julgado procedente para declarar a nulidade dos artigos citados na ação, considerando que:

Em síntese, as normas dos arts. 8º, 14 e 26 da RN n. 195/2009 da ANS são ilegais e nulas, porquanto: a) estão além da competência normativa da ANS, que não abrange a possibilidade de criação de normas 'contra legem' ou contra o espírito da lei; b) são dotadas de vício de congruência (equivoco quanto à relação de causalidade e/ou de necessidade) entre motivo/finalidade e conteúdo, o que é um dos vícios dos atos administrativos, segundo a teoria supra exposta e ora adotada; c) ferem o princípio da proporcionalidade, eis que não são adequadas nem necessárias para ser atingida a finalidade proposta.

(AÇÃO ORDINÁRIA (PROCEDIMENTO COMUM ORDINÁRIO) Nº5024328-57.2010.404.7000. JUÍZA FEDERAL: GISELE LEMKE. JUÍZO FEDERAL DA 02ª VF DE CURITIBA. AUTOR: ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL - SECÇÃO DO PARANÁ. RÉU: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. DATA DE JULGAMENTO: 28 DE JUNHO DE 2011.)

⁹ Resolução Normativa nº. 195, da ANS, de 14 de julho de 2009.

Após análise dos autos, a Juíza Federal Gisele Lemke julgou procedente a nulidade dos artigos 8º, 14 e 26, todos da resolução nº 195, possibilitando a nova inclusão de beneficiários, bem como a cobrança das mensalidades dos advogados aderentes ao plano diretamente pela UNIMED e a não obrigatoriedade da realização de aditivo contratual.

Tem-se visto com frequência reclamações por parte das operadoras de planos de saúde sobre a forma de atuação da ANS. O processo de edição de leis no Brasil é lento e complexo e como solução criou-se mecanismos de aprovação de normas com urgência, as Medidas Provisórias. Sobre a ANS, que tem como missão regular a área da saúde suplementar através de Resoluções e Instruções Normativas, sem a necessidade de transformá-las em leis, fez com que incertezas fossem geradas no setor. Desde a sua criação, viu-se inúmeras regras, muitas vezes difíceis de serem executadas e editadas com pouca análise sobre os efeitos do tema, fazendo com que fossem reeditadas com muita frequência

CAPÍTULO 3

3 SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

No Brasil o sistema de saúde é misto, pois temos: o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pelo atendimento de aproximadamente 144 milhões de brasileiros, segundo informação contida no Portal Brasil, do Governo Federal; e a Saúde Suplementar, representada pelos planos de saúde de assistência privada é responsável pelo atendimento de aproximadamente 48,7 milhões de brasileiros, segundo informações da ANS.

O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e passou a ser responsável pelo atendimento de toda a população, contribuinte ou não, ou seja, o acesso gratuito a saúde passou a ser um direito de todos¹⁰. O sistema conta com hospitais credenciados, unidades de atenção primária, equipes de saúde da família, além da realização de consultas, exames, cirurgias, transplantes, internações e tratamentos de quimioterapia e radioterapia.

A saúde suplementar, representada por 6 modalidades de operadoras será tratada neste capítulo, em especial a modalidade de autogestão, responsável pelo atendimento de 5.321.836 milhões de beneficiários, em 2012. Serão abordadas também as especificidades desta modalidade, os efeitos da regulação sobre essas operadoras e indicadores econômico-financeiros de 3 autogestões que atuam no estado do Paraná, para que se possa analisar a atual situação destes planos, assim como estimar como será o cenário futuro .

¹⁰ Constituição Federal do Brasil, de 05 de outubro de 1988, art. 196.

3.1 SAÚDE SUPLEMENTAR

Embora desde a Constituição de 1998 houvesse o reconhecimento de que a saúde é livre a iniciativa privada, somente dez anos depois, com a Lei nº. 9.656/98, os planos e seguros privados de saúde passaram a ser caracterizados como um segmento relevante do sistema de saúde.

Não há consenso, na literatura, sobre o termo que deve ser utilizado para designar este setor. Além de saúde suplementar, também são comuns assistência médica suplementar e atenção médica supletiva, entre outras.

Este mercado está constituído por grande número de empresas (operadoras), organizadas sob diversas personalidades jurídicas, em dois grandes segmentos: o comercial, representado por empresas como as de medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras; e o não lucrativo, formado pelas autogestões.

Com base nas informações recolhidas no setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) define e reconhece oito modalidades de empresas que operam no mercado e que devem obedecer à regulamentação. São elas: medicinas de grupo, seguradoras especializadas em saúde, cooperativas médicas, autogestões (patrocinadas e não patrocinadas), administradoras, instituições filantrópicas, cooperativas odontológicas e odontologia de grupo.

3.2 MODALIDADES DE OPERADORAS

Nesta seção, serão discriminadas as operadoras de atendimento médico, excluindo as modalidades exclusivamente odontológicas.

3.2.1 Administradoras

São empresas que oferecem planos ou serviços de assistência a saúde, sendo que, no caso de administração de planos financiados por operadora, elas não assumem o risco decorrente da operação desses planos, nem possuem rede própria credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

3.2.2 Cooperativas Médicas

Nessa modalidade os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços, recebendo pagamento tanto pela sua produção individual, como pela divisão do resultado anual pela cooperativa. A organização da assistência prestada é bastante semelhante com a da medicina de grupo.

A UNIMED, a mais representativa desse segmento, organiza-se por unidades municipais, com ampla autonomia, vinculam-se a uma confederação nacional. Conseguem, dessa forma, uma ampla cobertura territorial.

Vale destacar que a abrangência das UNIMEDs é determinada pela organização formal desta modalidade, que tem práticas e terminologias específicas. As que atuam em todo o território nacional são a Unimed do Brasil, Aliança Cooperativista Nacional UNIMED e Central Nacional UNIMED.

3.2.3 Autogestões

A autogestão em assistência à saúde é o sistema em que a própria empresa ou outro tipo de organização institui e administra, sem finalidade lucrativa, o programa ou plano de saúde dos seus beneficiários, reduzindo os gastos decorrentes com a intermediação das empresas de planos de saúde do mercado.

O setor é representado pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), que possui abrangência nacional e está representada em todos os estados do país.

Por ser o tema central deste trabalho, a modalidade de autogestão é apresentada em detalhes no item 3.3.

3.2.4 Medicinas de Grupo

As empresas caracterizadas desta forma, em sua grande maioria, não oferecem assistência em serviços próprios, tendo que contratar serviços médicos de terceiros ou credenciando médicos, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica. O usuário, seja ele indivíduo, família ou empresa, vincula-se ao plano mediante pré pagamento e tem direito à cobertura prevista contratualmente, tanto na rede própria, quando há, como na rede conveniada.

As empresas dessa modalidade congregam-se em torno da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), do Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE) e do Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE).

3.2.5 Filantropias

As filantropias são operadoras sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, sendo necessária a obtenção de certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais. São, por exemplo e principalmente, os planos de saúde comercializados por Santas Casas.

3.2.6 Seguradoras

Nesta modalidade há a intermediação financeira de uma entidade seguradora, que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica ao prestador ou ao segurado, de acordo com condições contratuais.

Os seguros-saúde podem pagar diretamente aos profissionais e serviços credenciados ou efetuar o reembolso ao próprio segurado mediante a apresentação dos comprovantes das despesas medico-hospitalares realizadas. A Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG) é a entidade que congrega as empresas do setor de seguros.

3.3 OPERADORAS DE AUTOGESTÃO

Autogestão, cuja etimologia provém da junção das palavras *auto* (do grego *autós*: mesmo, próprio) e *gestão* (do latim *gestio*: ação de dirigir, administração), encontra-se definida como a “gestão de uma coletividade por ela mesma”.

No campo de assistência à saúde, a autogestão é a modalidade em que a própria organização administra, sem finalidade lucrativa, a assistência a saúde dos beneficiários a ela vinculados. Fazem parte deste segmento os planos de saúde destinados a empregados ativos e aposentados ou a participantes de entidades associativas, beneficentes, assistenciais, previdenciárias, sindicais e de cooperativa de usuários, bem como seus dependentes até o terceiro grau de parentesco.

As autogestões podem ser instituídas, mantidas ou patrocinadas por repartições públicas e empresas privadas, e podem ser criadas por condomínios, cooperativas, empregados de qualquer empresa, profissionais de classe, caixas de assistência, associações etc. A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), por exemplo, é patrocinada pelo Banco do Brasil e contribui

mensalmente com 4% da folha de pagamento de todos os funcionários, que também contribuem com 4% do seu salário.¹¹

A sua implantação e gerenciamento de um plano de saúde desta modalidade podem ser feitos dentro da própria estrutura da organização (autogestão patrocinada – estando vinculada à área de Recursos Humanos). Também pode ser administrada por uma sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos, criada para este fim ou por uma entidade já existente. As entidades de classe independentes ou cooperativas de usuários terão, como mantenedoras do plano, os próprios associados ou cooperados que a ele aderirem (modalidade de autogestão copatrocinada).

3.3.1 Especificidades

A autogestão em saúde constitui-se em um sistema que beneficia, de maneira equânime, os beneficiários, os profissionais e instituições de saúde e as próprias organizações patrocinadoras. Por não visar lucro, este segmento prima pela transparência de suas ações e da gestão dos recursos disponíveis. Na autogestão, a abrangência da assistência à saúde tem sido maior e a qualidade dos serviços prestados, melhor, geralmente com custos menores que os praticados pelos demais segmentos da saúde supletiva.

Entre as vantagens observadas nos planos de saúde das autogestoras temos:

- A eliminação de intermediários entre os beneficiários e prestadores de serviços de saúde;
- O pagamento dos serviços médicos e hospitalares efetivamente utilizados;
- Maior ou plena cobertura de patologias e respectivos tratamentos;

¹¹ Informações cedidas pela CASSI, Regional Paraná.

- A possibilidade de implementação de programas de prevenção de doenças e promoção à saúde; e
- A gestão conjunta da assistência à saúde e da medicina ocupacional.

Em comparação as demais modalidades este sistema demonstra ser um dos modelos mais adequados e eficazes para as organizações preocupadas com a qualidade de vida dos seus colaboradores. A gestão da assistência à saúde dos funcionários de uma empresa e seus dependentes se traduz em uma importante ferramenta de gestão de pessoas, pois permite a definição de programas de prevenção de doenças e promoção à saúde voltados às características e necessidades da população assistida, servindo também de instrumento de motivação e de melhoria do clima organizacional. Com um sistema bem administrado, a organização pode contabilizar, com sucesso, as ações nessa área para sua imagem institucional.

A flexibilidade no gerenciamento dos recursos é uma das principais vantagens da autogestão, possibilitando uma melhor relação custo/qualidade dos serviços contratados e o adequado controle dos gastos. Trata-se de um sistema que prioriza os beneficiários em todas as suas decisões, com atenção integral e preventiva, o que contribui de forma decisiva para o bom atendimento ao usuário.

A implementação de um sistema de autogestão em saúde em uma organização deve ser precedida de estudos que permitam melhor definir as suas características, o modelo de participação e os sistemas de controle das ações implementadas, entre outros aspectos. O sistema implantado pode ter administração própria, ser terceirizado ou ter uma gestão mista, contando ou não com recursos advindos da contribuição dos próprios colaboradores beneficiados. Os serviços médicos podem ser próprios, de rede credenciada ou do sistema de livre escolha, com a adoção da prática do reembolso.

Os sistemas de autogestão compreendem, geralmente, um maior número de serviços e atendem doenças e procedimentos que não tem cobertura pelos demais planos existentes no mercado de saúde suplementar. As organizações podem ainda desenvolver parcerias com os prestadores de serviços, possibilitando que os

beneficiados sejam vistos pelos médicos e instituições de saúde como um cliente preferencial.

Grande parte das autogestões oferecem coberturas específicas, mesmo que não regulamentadas, como atendimento de psicoterapia e assistência farmacêutica. Observa-se também a presença de coberturas para transplantes superiores aos obrigatórios (rins e córnea) pela legislação vigente. É significativo o número de autogestoras que assumem o compromisso com estes procedimentos, que possuem peso significativo no contexto geral de despesas.

A distribuição de medicamentos constitui-se em um dos diferenciais dos planos de saúde desta modalidade. Grande parte das autogestões não possui limites para o tipo de doença nem para diferentes categorias de beneficiários.

O mapeamento de riscos e a definição de programas de prevenção de doenças e promoção à saúde são ações que permitem, de maneira efetiva, envolver os colaboradores e dependentes na defesa da saúde. Constituem-se nas ferramentas mais adequadas de suporte ao gerenciamento de saúde, visando a redução da incidência de doenças e consequentemente, dos gastos.

A oferta destes 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. Os mais frequentes dirigem-se a pacientes diabéticos, hipertensos e com dependência químicas.

Outra vantagem significativa é a integração da medicina assistencial com a ocupacional, pois muitas vezes os usuários apresentam quadros clínicos vinculados a sua atuação profissional. Com o adequado gerenciamento de informações, na autogestão torna-se possível trabalhar ações dirigidas às necessidades do público assistido, definindo políticas de saúde integradas que incentivem a prevenção ao mesmo tempo em que assegurem benefícios amplos.

A prática de prevenção integrada à promoção da saúde busca a diminuição dos fatores de risco que contribuem para a manifestação das patologias ou a ocorrência de acidentes. Por meio de diagnósticos preliminares, é possível conhecer o estado de saúde da população assistida e estabelecer as prioridades e ações mais adequadas para o público avaliado.

Entre medidas efetivas para aprimorar os controles dos planos de assistência à saúde estão o gerenciamento da demanda, a hierarquização do acesso, o controle de autorizações prévias, a adequada orientação ao beneficiário e a eficaz gestão da informação. Modelos alternativos de atenção à saúde como os médicos de família, o atendimento pré-hospitalar e as internações domiciliares (*home care*) são também opções para melhoria dos serviços prestados, com resultados positivos tanto para a saúde dos usuários quanto para o custo da assistência.

3.3.2 Abrangência

Com um total de 214 operadoras, o segmento responde pelo atendimento de 5.321.836 beneficiários em todo o país, segundo dados da ANS, de dezembro de 2012. A região Sudeste concentra o maior número de operadoras, cerca de 53% dos planos de autogestão, com 113 empresas. O Sul concentra 17% dessas operadoras, com 36 planos de saúde.

TABELA 2 - OPERADORAS DE AUTOGESTÃO POR REGIÃO 2012

Região	Nº de autogestões	%
Brasil	214	100%
Sul	36	17%
Sudeste	113	53%
Centro-Oeste	31	14%
Norte	7	3%
Nordeste	27	13%

FONTE: DADOS E INDICADORES 2012 – ANS.

NOTA: Elaboração própria.

Entre 2006 e 2012 o número de autogestões sofreu redução de aproximadamente 29%. A queda ocorreu em virtude de muitas empresas não terem conseguido manter-se no mercado em decorrência dos crescentes e elevados custos da saúde, com a incorporação de novas tecnologias e reajustes dos serviços médicos e hospitalares e pelo aumento de normatização, regulação e fiscalização do setor.

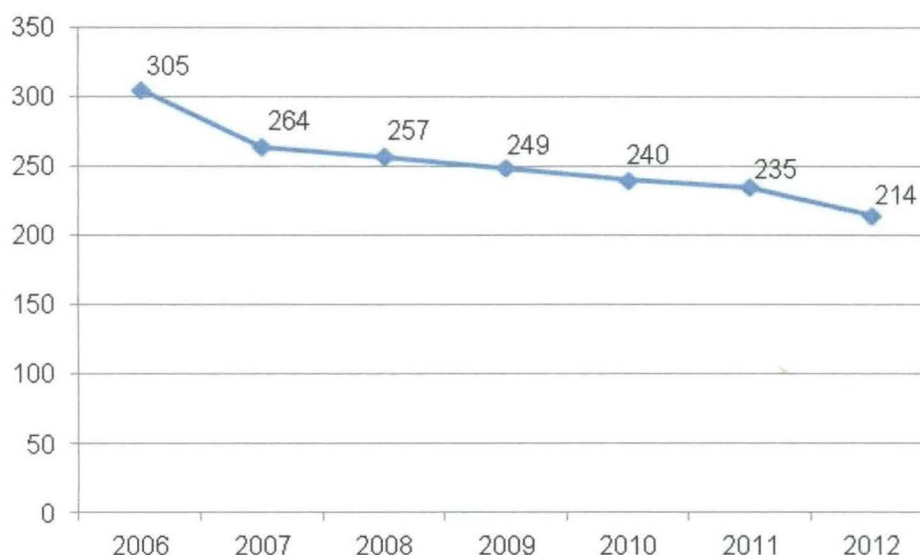


GRÁFICO 2 - NÚMERO DE OPERADORAS DE AUTOGESTÃO 2006 - 2012

FONTE: CADERNO DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR, 12/2012 – ANS/MS.

NOTA: Elaboração própria.

De acordo com os dados fornecidos pela ANS, o número de beneficiários das operadoras de autogestões tem sofrido oscilações ao longo do período analisado, compreendido entre 2000 e 2012. Porém, verifica-se que o número de usuários de planos de saúde (todas as modalidades) tem aumentado anualmente. No gráfico 3, fica evidenciado que a participação de beneficiários das autogestões tem decrescido ano a ano, não acompanhando o crescimento geral em decorrência do fechamento de planos de autogestão.

TABELA 3 - NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS NAS AUTOGESTÕES, TOTAL E PARTICIPAÇÃO DENTRE AS DEMAIS MODALIDADES 2000 - 2012

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Autogestões	5.256.051	5.199.533	5.211.274	5.032.756	5.177.816	5.137.342	5.169.963
Total	30.966.522	31.420.006	31.513.309	32.074.667	33.840.716	35.441.349	37.248.388
%	16,97%	16,55%	16,54%	15,69%	15,30%	14,50%	13,88%
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Autogestões	5.186.377	5.206.505	5.345.649	5.517.972	5.238.664	5.321.836	
Total	39.282.791	41.298.505	42.563.098	45.801.579	47.590.080	48.660.705	
%	13,20%	12,61%	12,56%	12,05%	11,01%	10,94%	

FONTE: CADERNO DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS/MS – 12/2006, 12/2007, 12/2008, 12/2009, 12/2010, 12/2011 e 12/2012.

NOTA: Elaboração própria.

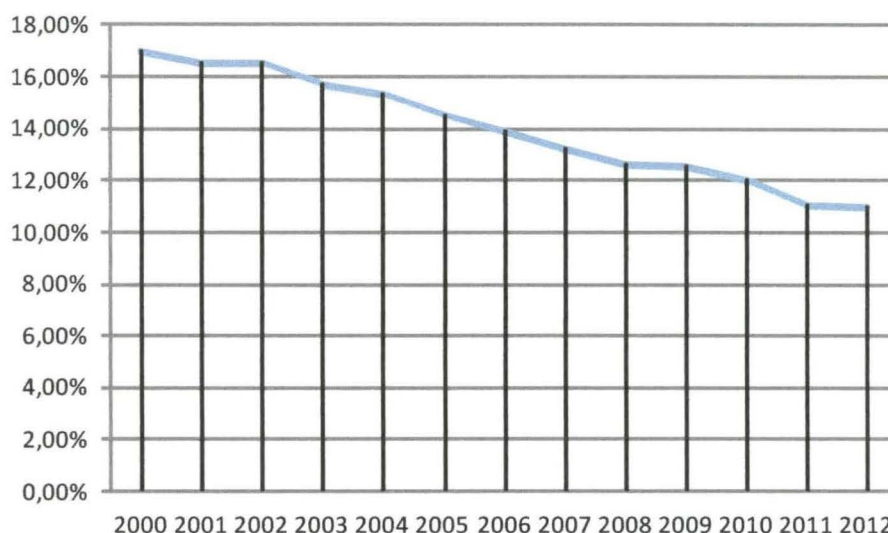


GRÁFICO 3 - CONCENTRAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DAS AUTOGESTÕES DENTRE O TOTAL DE USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE 2000 - 2012

FONTE: CADERNO DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS/MS – 12/2006 e 12/2012.

NOTA: Elaboração própria.

A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) mostra sua preocupação com o fechamento desses planos de saúde, principalmente pela população antes beneficiada com a assistência. É sabido que muitos dos trabalhadores que hoje contribuem com uma pequena porcentagem de seus salários e tem como dependentes seus cônjuges e filhos até a idade de 24 anos, com o fim deste benefício, não poderão contratar um plano particular para eles e seus agregados.

No Paraná temos como exemplo carteiros dos Correios; técnicos de manutenção da Copel e técnicos de operações da Sanepar. Caso o CORREIOS Saúde, a Fundação Copel e a Fundação Sanepar, deixassem de prestar assistência aos beneficiários de suas empresas correspondentes, dificilmente eles poderiam contratar um plano de saúde, pois não teriam recursos para pagar por um convênio médico para cada membro de sua família.

Outra informação relevante sobre essa modalidade é de que a distribuição de beneficiários dentre as faixas etárias determinadas pela Agência Nacional de Saúde, é bastante semelhante entre 19 e 58 anos. A maior participação se concentra entre

0 e 18 anos e mais de 59 anos. A primeira faixa etária corresponde em grande parte aos dependentes dos funcionários e a segunda aos ex-funcionários, aposentados, que continuam contando com o benefício. O gráfico 4 demonstra como foi a distribuição no período analisado.

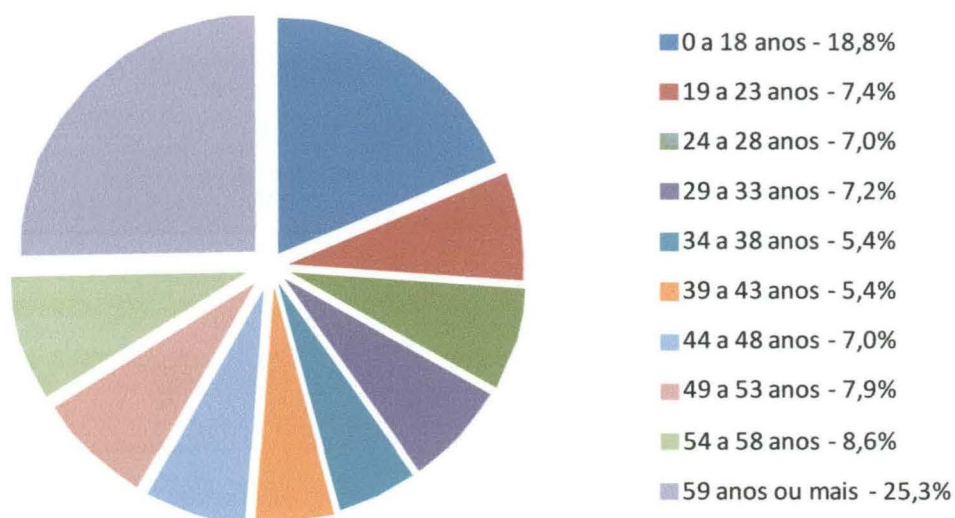


GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA
 FONTE: PESQUISA NACIONAL UNIDAS 2010.
 NOTA: Elaboração própria.

Sobre a população correspondente a 10ª faixa etária, as empresas participantes da pesquisa contam com 25,3% da sua população, acima de 60 anos (730.964 beneficiários), sendo 857 com mais de 100 anos.

Diferentemente na população geral coberta pela Saúde Suplementar este índice é de 11,2% e esses dados corroboram que o segmento de autogestão é o que possui maior proporção de idosos, o que evidencia a preocupação em mantê-los nos programas assistenciais.

No gráfico 5 fica evidenciada a diferença entre as autogestões e as demais modalidades no que diz respeito ao atendimento a população idosa.

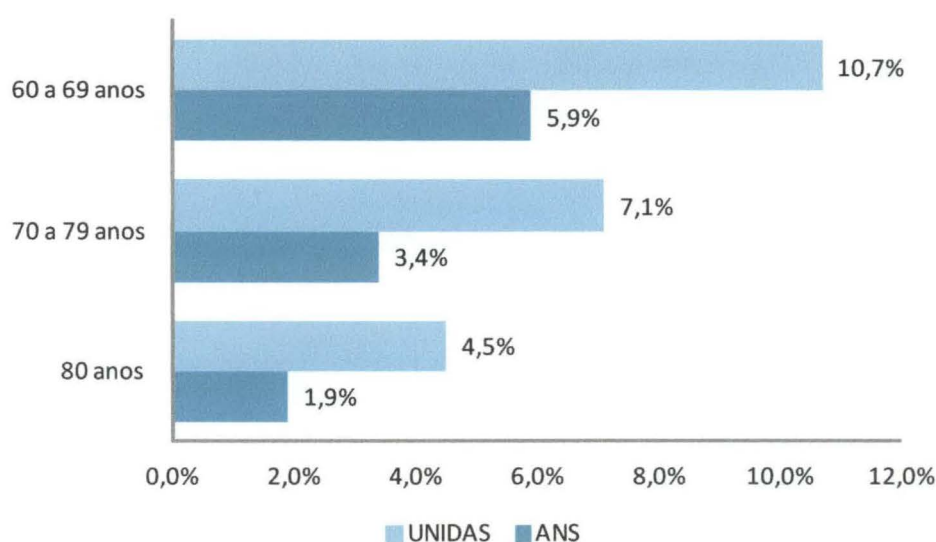


GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA COM IDADE ACIMA DE 60 ANOS, POR DECANATO, UNIDAS X ANS
 FONTE: PESQUISA NACIONAL UNIDAS – 2010.
 NOTA: Elaboração própria.

É importante também salientar que a expectativa de vida do brasileiro, passou em 2011, para 74 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que do ponto de vista atuarial isto inspira cuidado em virtude dessa elevação da expectativa de vida e a redução da taxa de fertilidade.

A perspectiva do cenário, portanto, é de diminuição da população jovem contribuinte, com aumento da quantidade de pessoas idosas, que utilizam mais serviços de saúde.

Segundo Camarano, Kanso e Mello (1999), o país terá aproximadamente 12% da sua população com 60 anos ou mais, em 2020. As autogestões por sua vez, já representam o segmento das operadoras de planos de saúde com maior percentual de idosos dentro da saúde suplementar, conforme o Caderno de Informação da Saúde Suplementar, da ANS, de setembro de 2012.

O segmento, historicamente, tem apresentado um perfil de maior cobertura e menor preço, por não ter finalidade lucrativa. Entretanto, a elevação dos custos dá-se prioritariamente pela absorção crescente de novas tecnologias e número de idosos nas carteiras, que utilizam com mais frequência os serviços de saúde.

O gráfico 6 demonstra a elevação média dos custos assistenciais por beneficiário em cada faixa etária correspondente, nos anos de 2006 e 2010. No período analisado fica evidenciado que os custos são mais elevados com a população acima dos 59 anos e também que tiveram o maior crescimento no intervalo de 4 anos.

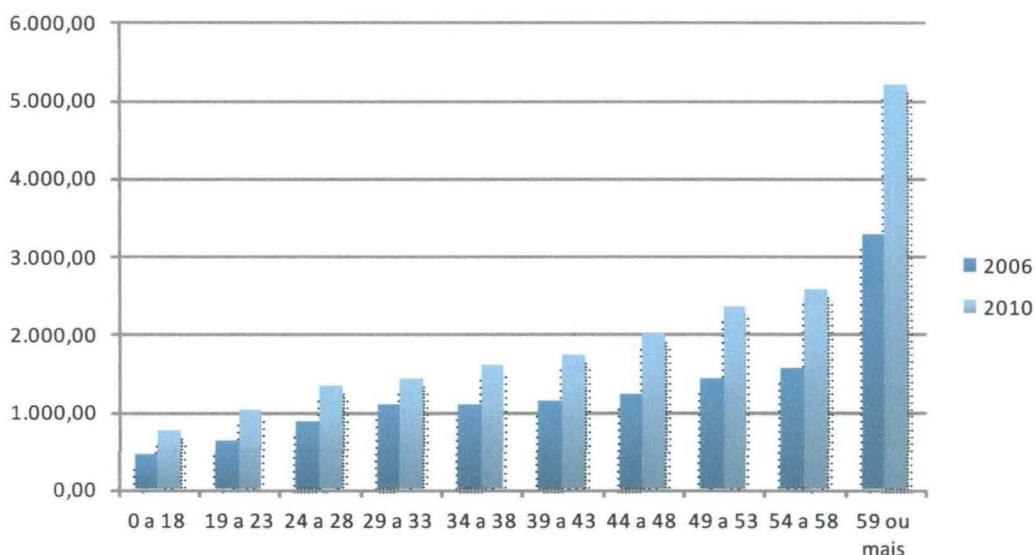


GRÁFICO 6 - CUSTO MÉDIO ASSISTENCIAL/ BENEFICIÁRIO/ ANO – 10 FAIXAS ETÁRIAS
2006 - 2010

FONTE: PESQUISA NACIONAL UNIDAS - 2006 e 2010.

NOTA: Elaboração própria.

O envelhecimento da população traz desafios para os setores público e privado, sobretudo nas áreas de saúde e previdência.

A saúde, além do aumento de sinistralidade em decorrência do processo de envelhecimento, é impactada pelos altos custos incorporados pela novas tecnologias utilizadas no setor assistencial.

Aliás, dentre todos os segmentos de operadoras de saúde, as autogestões apresentam a maior taxa de sinistralidade na maioria dos anos, conforme gráfico 8.

A taxa de sinistralidade corresponde a porcentagem entre a soma de despesas assistenciais e a soma de receitas das contraprestações. No ano de 2011 a sinistralidade média dos planos de saúde, segundo a ANS, foi de 82%. A agência estabelece que ela não deve ser superior a 70% e a elevação da taxa tem como causa as novas normas da agência, cujas adaptações elevam os custos, o aumento

de cobertura de atendimentos dos convênios, elevação dos custos da saúde (exames, consultas, internações e procedimentos cirúrgicos).

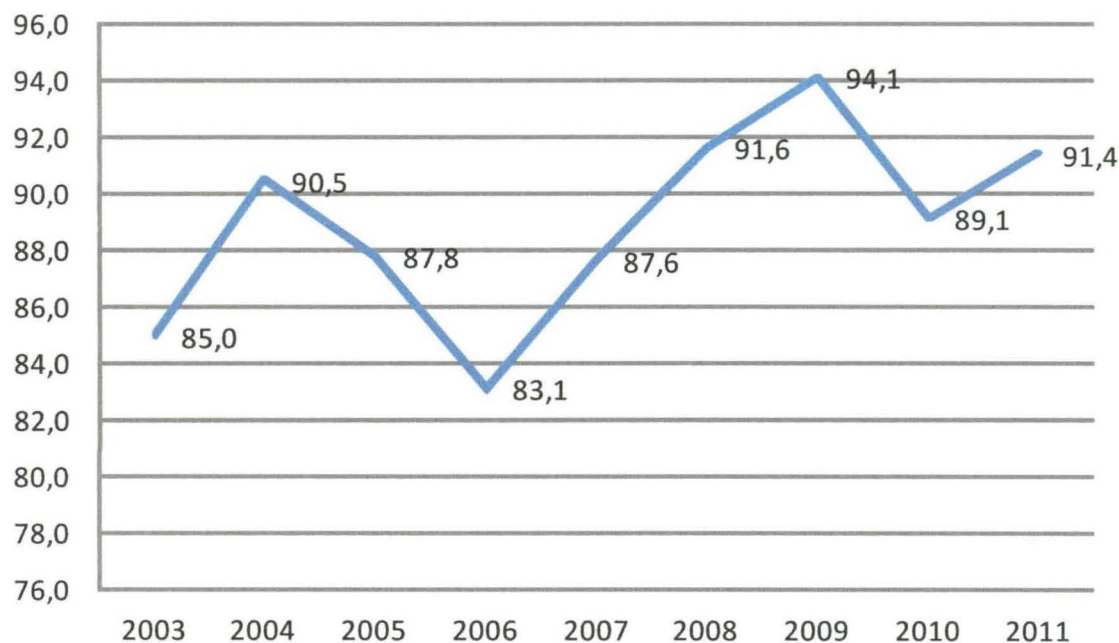


GRÁFICO 7 - TAXA DE SINISTRALIDADE – AUTOGESTÕES 2003-2006

FONTE: CADERNO DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS/MS - 12/2006, 12/2007, 12/2008, 12/2009, 12/2010 e 12/2011 – ANS.

NOTA: Elaboração própria.

Fica evidenciado que as autogestões apresentam uma maior taxa de sinistralidade comparada as demais modalidades, por concederem maior cobertura de atendimento, remunerarem melhor seus prestadores de serviços por atendimento de maior qualidade aos seus beneficiários, ressarcimento ao SUS, ou seja, custos que não podem ser repassados aos beneficiários, cabendo a cada plano cobrir seus déficits.

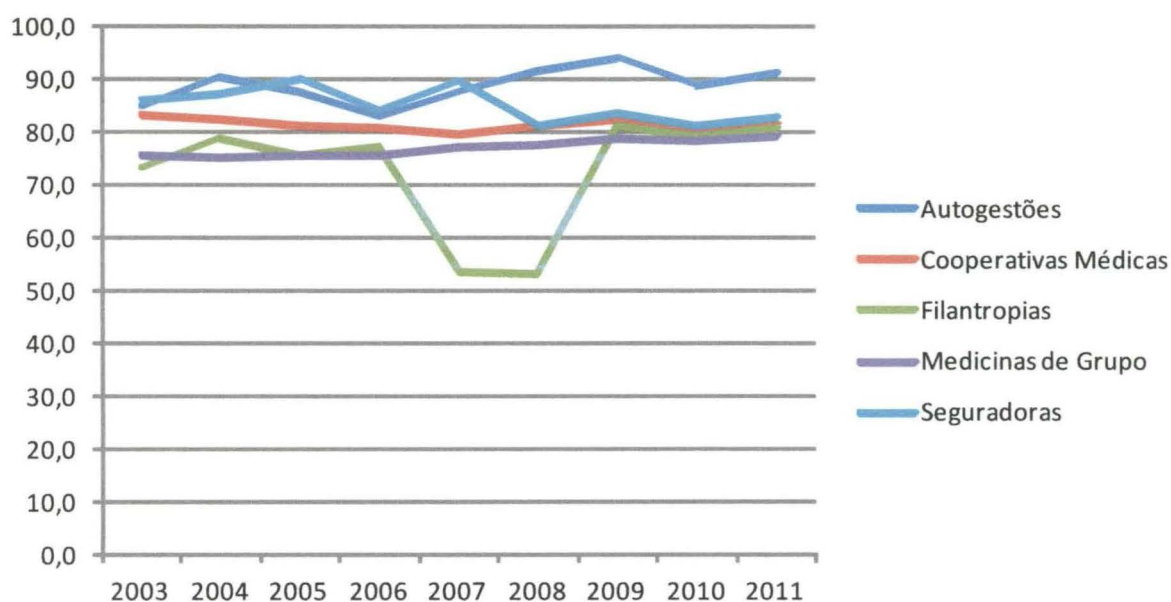


GRÁFICO 8 - TAXA DE SINISTRALIDADE DOS SEGMENTOS DE OPERADORAS 2003 - 2011
 FONTE: CADERNO DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS/MS - 12/2006, 12/2007, 12/2008, 12/2009, 12/2010 e 12/2011 – ANS.
 NOTA: Elaboração própria.

3.4 ANÁLISE ECONÔMICO-FINANCEIRA DE OPERADORAS DE AUTOGESTÃO

As operadoras de autogestão em saúde tem enfrentado o desafio de administrar suas despesas, que nos últimos anos, tem tido crescimento superior ao das receitas, principalmente pelo aumento dos custos assistenciais.

O aumento das despesas médico hospitalares das autogestões comparando os anos de 2004 a 2011 foi de 100,90%, superior ao acumulado da inflação geral (IPCA), que foi de 51,91% no período, conforme tabela 4.

TABELA 4 - CUSTO MÉDIO POR BENEFICIÁRIO DAS AUTOGESTÕES 2004-2011

Custo médio/ beneficiário	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variação
Consulta - Brasil	27,09	30,61	31,87	35,16	36,67	39,10	43,54	48,09	77,52%
Consulta - Paraná	29,00	37,80	42,00	42,00	42,00	42,00	45,00	54,00	86,21%
Internação Hospitalar	3.173,87	3.897,82	5.863,68	6.112,45	6.929,92	7.221,53	8.402,95	8.516,44	168,33%
Exames	18,79	19,99	18,64	20,70	23,92	29,69	26,93	29,15	55,14%
Atendimento Médico- Hospitalar	1.283,69	1.302,56	1.592,49	1.677,66	2.032,36	2.359,72	2.408,79	2.578,91	100,90%

FONTE: PESQUISA NACIONAL UNIDAS 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011.

NOTA: Elaboração própria.

A elevação expressiva das despesas assistenciais é ocasionada, em grande parte, pela maior utilização dos planos e pelo aumento dos custos da saúde, principalmente com consultas, internações e exames. O envelhecimento da população ajuda também a explicar esse cenário, principalmente nesta modalidade de operadoras, que possui um expressivo número de idosos como beneficiários.

A adoção de novas tecnologias também pressiona os custos. Um exemplo é a quantidade de exames de ressonância magnética, tomografia computadorizada e ultrassonografia realizados, que na CASSI¹², cresceu em 18%, 11% e 8%, respectivamente, comparando janeiro a outubro de 2012 com o mesmo período de 2011. O aumento das despesas com apenas esses três procedimentos somou R\$ 23 milhões no período.

Além da incorporação de novas tecnologias, nos últimos anos o custo assistencial tem crescido pelo aumento da expectativa de vida, obrigatoriedade de reajustes anuais a médicos, psicólogos, laboratórios, clínicas e hospitais e pelo aumento do rol de procedimentos estabelecidos pela ANS.

No que diz respeito as despesas administrativas, constam o pagamento de funcionários, encargos trabalhistas, aluguéis, condomínios, energia, telefone, manutenção e suporte técnico, impostos, taxas e contribuições.

Dentre as taxas devidas à Agência Nacional de Saúde Suplementar, existe a Taxa por Plano de Assistência a Saúde (TPS)¹³ em que as operadoras são obrigadas a paga-lá todos os anos, seja trimestralmente (R\$ 0,50 por beneficiário)

¹² Informações cedidas pela Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), Regional Paraná, em fevereiro de 2013.

¹³ Compõe a Taxa de Saúde Suplementar definida na Lei n°. 9.961/00.

ou em uma única parcela (R\$ 2,00 por beneficiário). A taxa é calculada pela média aritmética do número de beneficiários no último dia do mês, considerados os 3 meses que antecederam ao mês do recolhimento. Devem ser excluídos, para fins de base de cálculo, o total de beneficiários maiores de 60 anos, bem como aqueles que completam a idade no trimestre considerado. Para as autogestões por Departamento de Recursos Humanos, é concedido um desconto de 30%, a ser aplicado sobre o montante devido da taxa.

Apenas como exemplo, a CASSI que em 2011 tinha 746.830 beneficiários e aproximadamente 14% deles estavam com idade superior a 60 anos, teve que pagar a ANS a quantia de R\$ 1.284.547,60, referente a TPS.¹⁴

Existem também taxas relativas a registro e mudança de produto das operadoras, registro de novas operadoras, alteração de dados da operadora, para reajuste de contraprestação pecuniária e desconto por abrangência geográfica dos planos.

Os planos de saúde de autogestão tem se deparado com a elevação anual de suas despesas, conforme tabela 5 e também tiveram aumentos em suas receitas, obtidos exclusivamente pelas contraprestações (mensalidades ou contribuições pela folha de pagamento). Porém, o aumento das receitas não supriu a necessidade das despesas e em todos os anos, o resultado não foi satisfatório, tão pouco tranquilo.

TABELA 5 - RESULTADO DAS OPERADORAS DE AUTOGESTÕES (DESPESAS X RECEITAS) 2001-2011

DESPESAS ADMINISTRATIVAS E ASSISTENCIAIS											
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
D. Adm.	106.916.554	117.491.215	127.543.878	136.110.376	166.120.317	200.291.917	1.232.589.673	1.010.636.925	1.056.179.526	1.236.312.119	1.429.017.54
D. Assist.	370.508.742	420.905.952	457.938.518	602.719.065	821.357.946	890.519.584	5.672.063.642	6.489.428.172	7.275.042.140	7.644.581.011	8.538.270.67
Total	477.425.296	538.397.167	585.482.396	738.829.441	987.478.263	1.090.811.501	6.904.653.315	7.500.065.097	8.331.221.666	8.880.893.130	9.967.288.22
% D. Adm.	22,39%	21,82%	21,78%	18,42%	16,82%	18,36%	17,85%	13,48%	12,68%	13,92%	14,34%
%D. Assist.	77,61%	78,18%	78,22%	81,58%	83,18%	81,64%	82,15%	86,52%	87,32%	86,08%	85,66%
RECEITA DE CONTRAPRESTAÇÕES											
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Receita	425.533.661	481.389.850	550.017.990	674.593.251	788.993.420	910.999.038	6.212.808.665	6.200.832.305	7.365.197.389	8.576.255.020	9.337.418.35
RESULTADO											
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
EBTIDALM	-51.891.635	-57.007.317	-35.464.406	-64.236.190	-198.484.843	-179.812.463	-691.844.650	-1.299.232.792	-966.024.277	-304.638.110	-629.869.83

FONTE: CADERNO DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS/MS - 03/2006, 03/2007, 03/2008, 03/2009, 03/2010, 03/2011 e 03/2012 – ANS.

NOTA: Elaboração própria.

¹⁴ Informações cedidas pela Caixa de Assistência Dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), Regional Paraná, em fevereiro de 2013.

Esses resultados geram preocupação e em muitas operadoras, as empresas mantenedoras ou patrocinadoras precisam intervir para a permanência e continuidade do benefício aos seus funcionários e dependentes. O fato de serem em sua maioria empresas estatais, não quer dizer que arcarão com esse custo todos os anos e muitas delas já fecharam seus planos, para contratar planos empresariais, comercializados no mercado, na ilusão de que os custos diminuirão.

Para uma melhor análise é necessária uma avaliação mais criteriosa utilizando índices calculados a partir dos balanços patrimoniais divulgados pelas operadoras e publicados pela ANS¹⁵.

Na próxima seção são analisados os dados econômico - financeiros das operadoras: Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda (Fundação ASSEFAZ), com abrangência nacional; Fundação Sanepar de Assistência Social (Fundação SANEPAR), com abrangência estadual (Paraná); e Serviço Social das Estradas de Ferro (SESEF), com abrangência nacional.

3.4.1 Indicadores Operacionais e Econômico-Financeiros

Para a análise da Fundação ASSEFAZ, Fundação Sanepar e o SESEF, serão avaliados os seguintes índices abaixo, para que se possa verificar a “saúde” financeira desses planos de saúde, bem como estimar o cenário futuro.

- **DM** – Índice de Despesas Assistenciais ou despesas médicas. Mostra a relação entre as despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas). Calculado pela fórmula:

$$DM = \frac{\text{Eventos indenizáveis Líquidos}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$$

¹⁵ Anuário ANS – Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Planos de Saúde.

- **DA** – Índice de Despesas Administrativas. Mostra a relação entre despesas administrativas e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas). Calculado pela fórmula:

$$DA = \frac{\text{Despesas Administrativas}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$$

- **COMB** – Índice combinado. Mostra a relação entre despesas operacionais (administrativas e assistenciais) e as receitas (contraprestações efetivas). Calculado pela fórmula:

$$COMB = \frac{\text{Desp. Administrativas} + \text{Eventos indenizáveis líquidos}}{\text{Contraprestações efetivas}}$$

- **COMBA** – Índice combinado ampliado. Similar ao índice combinado acima, porém considera também o resultado financeiro. Calculado pela fórmula:

$$COMBA = \frac{\text{Desp. Administrativas} + \text{Eventos indenizáveis líquidos}}{\text{Contraprestações efetivas} + \text{Resultado financeiro líquido}}$$

- **ILC** – Índice de Liquidez Corrente. Mostra a relação entre os ativos conversíveis em dinheiro no curto prazo e as dívidas de curto prazo. Calculado pela seguinte fórmula:

$$ILC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

- **ILI** – Índice de Liquidez Imediata. Mostra a relação entre o ativo circulante disponível e o passivo circulante. Calculado pela seguinte fórmula:

$$LI = \frac{\text{Ativo Circulante Disponível}}{\text{Passivo Circulante}}$$

- **ILG** – Índice de Liquidez Geral. Mostra a capacidade de pagamento no longo prazo. Calculado pela fórmula:

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a longo prazo}}{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a longo prazo}}$$

- **ILL** – Índice de Liquidez com Lucro. Mostra a relação entre a soma do ativo circulante com o lucro líquido e o passivo circulante. É calculado pela fórmula:

$$ILL = \frac{\text{Ativo Circulante} + \text{Lucro Líquido}}{\text{Passivo Circulante}}$$

- **ILNCG** – O ILNCG representa o quanto a operadora emprega de recursos de curto prazo no financiamento de suas operações. É calculado pela seguinte fórmula:

$$ILNCG = \frac{T}{NCG} = \frac{\text{Ativo de Curto Prazo} - \text{Passivo de Curto Prazo}}{\text{Ativo Operacional} - \text{Passivo Operacional}}, \text{ onde}$$

T: o Saldo de Tesouraria (T) representa, principalmente, a diferença entre as aplicações financeiras e disponibilidades de curto prazo e os empréstimos e financiamentos bancários de curto prazo; e

NNCG: é a Necessidade de Capital de Giro (NCG), que representa a demanda de recursos de natureza operacional que, pelo seu forte vínculo com as operações, assume caráter de longo prazo.

- **PMCR** – Prazo médio de contraprestações a receber. Indica o tempo médio que a operadora leva para receber as vendas realizadas , já descontada a provisão para devedores duvidosos. Calculado pela fórmula:

$$\text{PMCR} = \frac{\text{Vendas}}{\text{Contraprestações Efetivas}} \times 360$$

- **PMPE** – Prazo médio de pagamento de eventos. Indica o tempo médio que a operadora leva para pagar os eventos assistenciais. Calculado pela fórmula:

$$\text{PMPE} = \frac{\text{Eventos a Liquidar}}{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos}} \times 360$$

- **GAT** – Giro do Ativo Total. Representa quantas vezes o ativo total se renovou pelas vendas. Ou seja, total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas). Calculado pela fórmula:

$$\text{GAT} = \frac{\text{Contraprestações Efetivas}}{\text{Ativo Total}}$$

- **IMOBILIZADO** – Imobilização do Ativo Total. Indica a parcela das aplicações de recursos (Ativo Total) investidos no Ativo Permanente. Calculado pela fórmula:

$$\text{IMOB} = \frac{\text{Ativo Permanente}}{\text{Ativo Total}}$$

- **ENDIVIDAMENTO** – Índice de Endividamento. Mostra a relação entre o exigível total e o ativo total. Calculado pela fórmula:

$$\text{ENDIV} = \frac{\text{Passivo Circulante} + \text{Exigível a longo prazo}}{\text{Ativo Total}}$$

- **ENDIVCP** – Índice de Endividamento de Curto Prazo. Mostra a relação entre o passivo circulante e o ativo total. Calculado pela fórmula:

$$\text{ENDIVCP} = \frac{\text{Passivo Circulante}}{\text{Ativo Total}}$$

- **ENDIVLP** – Índice de Endividamento de Longo Prazo. Mostra a relação entre o exigível a longo prazo e o ativo total. Calculado pela fórmula:

$$\text{ENDIVLP} = \frac{\text{Exigível a longo prazo}}{\text{Ativo Total}}$$

- **CE** – Composição do Endividamento. Indica quanto da dívida total vence no curto prazo. Calculado pela fórmula:

$$\text{CE} = \frac{\text{Passivo Circulante}}{\text{Exigível Total}}$$

- **ROA** – Taxa de retorno sobre o ativo total. Mostra a relação entre o resultado líquido e o ativo total. Calculado pela fórmula:

$$\text{ROA} = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Ativo Total}}$$

- **ROE** – Taxa de retorno sobre o patrimônio líquido. Mostra a relação entre o resultado líquido e o patrimônio líquido. Calculado pela fórmula:

$$\text{ROE} = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Patrimônio Líquido}}$$

- **MLB** – Margem de Lucro Bruto. Mostra a relação entre o resultado bruto e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas). Calculado pela fórmula:

$$\text{MLB} = \frac{\text{Resultado Bruto}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$$

- **MLO** – Margem de Lucro Bruto. Mostra a relação entre o resultado operacional e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas). Calculado pela fórmula:

$$\text{MLO} = \frac{\text{Resultado Operacional}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$$

- **MLL** – Margem de Lucro Líquido. Mostra a relação entre o resultado líquido e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas). Calculado pela fórmula:

$$\text{MLL} = \frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$$

- **MARGEM EBIT** – Margem EBIT (Lucro Antes de Juros e Imposto de Renda – LAJIR). Calculado pela fórmula:

$$\text{EBIT} = \frac{\text{Resultado Líquido} + \text{Despesas Financeiras} + \text{IR} + \text{CLSS} - \text{Imp. Diferidos}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$$

- **MARGEM EBITDA** – Margem EBIDA (Lucro antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização). Calculado pela fórmula:

$$\text{EBITDA} = \frac{\text{Res. Líquido} + \text{Desp. Financeiras} + \text{IR} + \text{CLSS} - \text{Imp. Diferidos} + \text{Depreciação} + \text{Amortização}}{\text{Contraprestações Efetivas}}$$

3.4.2 Análise dos Indicadores das Operadoras

A partir do cálculo de indicadores operacionais e econômico-financeiros é possível avaliar o desempenho das operadoras selecionadas no decorrer dos últimos anos, conforme tabelas 6, 7 e 8.

3.4.2.1 Fundação ASSEFAZ

Com base nos dados da Fundação ASSEFAZ, referente ao período de 2004 a 2011, pode-se verificar que na composição de despesas, as assistenciais se sobressaem perante as administrativas. A soma das duas superam as receitas ao longo dos anos, demonstrando que o plano tem prejuízo.

TABELA 6 - ÍNDICES OPERACIONAIS E FINANCEIROS – FUND. ASSEFAZ 2004-2011

FUND. ASSEFAZ	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Operacionais								
DM	0,94	0,99	0,87	0,87	0,93	0,81	0,84	0,84
DA	0,26	0,24	0,21	0,22	0,21	0,18	0,18	0,18
COMB	1,20	1,23	1,08	1,08	1,14	0,98	1,02	1,03
COMBA	1,16	1,20	1,06	1,07	1,13	0,97	1,01	1,01
Liquidez								
ILC	3,55	2,14	2,29	1,57	1,04	1,42	1,45	1,50
ILI	0,07	0,06	0,05	0,06	0,03	0,03	0,01	0,01
ILG	5,41	3,92	3,51	2,40	1,48	1,84	3,06	1,94
ILL	2,89	0,50	2,61	1,66	0,72	1,77	1,64	1,65
ILNCG	157,39	2,72	4,21	3,69	1,08	1,74	1,71	1,77
Ciclo Financeiro								
PMCR	36,94	19,13	35,66	36,27	25,43	25,95	22,43	23,33
PMPE	25,71	16,37	28,22	28,71	29,71	35,04	28,14	31,35
GAT	1,74	2,89	2,76	2,73	3,52	2,92	2,55	2,39
Capital								
IMOBILIZADO	0,39	0,60	0,51	0,34	0,35	0,23	0,05	0,07
ENDIVIDAMENTO	0,18	0,25	0,28	0,41	0,66	0,53	0,54	0,51
ENDIVCP	-	-	-	0,41	0,61	0,53	0,48	0,57
ENDICLP	-	-	-	-	0,06	0,04	0,04	0,03
CE	1,00	1,00	0,99	1,00	0,91	1,00	0,92	0,93
Rentabilidade								
ROA	-	-	-	0,04	-0,20	0,19	0,08	0,07
ROE	-	-	-	0,06	-0,58	0,44	0,17	0,15
MLB	-	-	-	0,13	0,08	0,19	0,16	0,16
MLO	-	-	-	0,00	-0,07	0,05	0,00	0,00
MLL	-	-	-	0,01	-0,06	0,06	0,03	0,03
MARGEM EBIT	-	-	-	0,02	-0,05	0,07	0,04	0,04
MARGEM EBITDA	-	-	-	0,03	-0,04	0,08	0,04	0,04

FONTE: ANUÁRIO – ANS/MS, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011.

NOTA: Elaboração própria.

Os índices de liquidez demonstram que o plano possui solvência, porém tem sofrido retração ao longo dos anos. O índice de liquidez imediata mostra que para cada real de dívida, sobra apenas R\$ 0,01 nos últimos anos. A solvência está sofrendo pela queda do disponível e pelo aumento das despesas ser superior ao aumento das receitas. No que diz respeito a liquidez de longo prazo existem muitas oscilações, porém o índice se mantém favorável.

Sobre o ciclo financeiro, houve melhora, pois o prazo médio de recebimento da receita obtida através das contraprestações diminuiu enquanto que o prazo médio de pagamento de terceiros aumentou, beneficiando o fluxo de caixa da operadora.

Quanto aos índices de capital, verifica-se através do imobilizado que a Fundação ASSEFAZ tem investido cada vez menos recursos na operadora. O

endividamento tem crescido ao longo do período, impulsionado principalmente pelo endividamento de curto prazo. A índice de composição do endividamento corrobora que a quase totalidade das despesas, são de curto prazo e nos últimos 2 anos sofreu alteração para 92% e 93%. Todos os índices de rentabilidade demonstraram resultados pouco satisfatórios, em virtude do plano não obter lucros e apresentar resultado deficitário.

Baseado nos índices apontados na tabela 6, verifica-se a Fundação ASSEFAZ precisa tomar cuidado com o crescimento contínuo das despesas, comparado as receitas, o seu endividamento de curto prazo e o mantimento de sua liquidez geral para poder arcar com dívidas de longo prazo que possam surgir. A sua rentabilidade merece atenção no que diz respeito aos prejuízos acumulados ao longo do período que acaba prejudicando a saúde financeira do plano.

3.4.2.2 Fundação SANEPAR

A análise dos indicadores operacionais da Fundação Sanepar não difere muito da análise da operadora anterior, pois as despesas assistenciais, que tiveram um aumento expressivo de 86% (2010) para 97% (2011) tem maior participação que as administrativas, que tem se mantido estáveis no decorrer dos anos verificados.

Pelo controle das despesas administrativas e queda das despesas assistenciais nos anos 2008, 2009 e 2010, a combinação das duas despesas em relação a receita das contraprestações teve resultado positivo.

Os índices de liquidez mostram que o plano de saúde tem solvência, exceto nas despesas imediatas, porém tanto obrigações de curto e longo prazo são cumpridas.

O ciclo financeiro conta com um prazo curto para recebimento e médio para pagamento de seus terceiros (médicos, hospitais, etc). O giro do ativo total demonstra que o plano consegue arcar com as suas despesas de curto prazo.

TABELA 7 – ÍNDICES OPERACIONAIS E FINANCEIROS – FUND. SANEPAR 2007-2011

FUND. SANEPAR	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Operacionais								
DM	-	-	-	0,92	0,88	0,81	0,86	0,97
DA	-	-	-	0,13	0,13	0,13	0,13	0,14
COMB	-	-	-	1,06	1,01	0,94	0,99	1,11
COMBA	-	-	-	1,04	0,95	0,89	0,93	1,04
Liquidez								
ILC	-	-	-	2,40	2,30	2,61	2,68	2,21
ILI	-	-	-	2,25	1,56	0,00	0,00	0,00
ILG	-	-	-	2,58	2,43	2,73	2,79	2,29
ILL	-	-	-	2,58	2,41	2,99	2,90	2,02
ILNCG	-	-	-	2,65	2,60	2,96	3,08	2,47
Ciclo Financeiro								
PMCR	-	-	-	6,07	8,76	8,66	9,32	8,46
PMPE	-	-	-	-	2,63	1,70	15,12	13,74
GAT	-	-	-	1,59	1,45	1,34	1,33	1,42
Capital								
IMOBILIZADO	-	-	-	0,07	0,04	0,03	0,00	0,00
ENDIVIDAMENTO	-	-	-	0,39	0,41	0,37	0,36	0,44
ENDIVCP	-	-	-	-	0,41	0,37	0,36	0,44
ENDICLP	-	-	-	-	-	-	-	-
CE	-	-	-	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Rentabilidade								
ROA	-	-	-	0,07	0,05	0,14	0,08	-0,08
ROE	-	-	-	0,11	0,08	0,22	0,12	-0,15
MLB	-	-	-	0,21	0,12	0,19	0,14	0,03
MLO	-	-	-	0,02	-0,03	0,05	0,00	-
MLL	-	-	-	0,04	0,03	0,10	0,06	-0,06
MARGEM EBIT	-	-	-	0,04	0,03	0,10	0,06	-0,06
MARGEM EBITDA	-	-	-	0,05	0,04	0,11	0,06	-0,05

FONTE: ANUÁRIO – ANS/MS, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011.

NOTA: Elaboração própria.

Quanto ao capital, o imobilizado demonstra que não tem havido investimento na operadora e que o seu endividamento, de curto prazo, tinha decrescido em 2009 e tornou a subir em 2011. A composição de endividamento é exclusivamente de curto prazo.

Os indicadores de rentabilidade não são expressivos, mais uma vez mostrando que a modalidade de autogestão que não visa lucro, não apresenta alta rentabilidade. Em 2011 os índices em sua maioria foram negativos pelo prejuízo obtido neste ano.

De um modo geral a Fundação Sanepar apresenta solidez financeira para arcar com as suas obrigações de curto e longo prazo. O foco precisa ser mantido no controle das despesas e endividamento para que mantenha-se sustentável frente a elevação dos custos no mercado da saúde.

3.4.2.3 SESEF

A operadora SESEF apresenta dados preocupantes de um modo geral. No que tange os indicadores operacionais, as despesas assistenciais tem sofrido redução e as administrativas aumento, ambos sistemáticos.

A liquidez do plano caminha para insolvência e somente o índice de liquidez geral tem resultado mais significativo, perante os demais, mas que também tem decrescido, gerando preocupação.

O ciclo financeiro demonstra que a situação do plano não é nada confortável, visto que o prazo médio de recebimento das contraprestações teve grande elevação comparando 2007 a 2011 e o prazo médio de pagamento de seus terceiros é altíssimo, gerando ainda mais problemas a operadora.

O endividamento é alto e crescente, impulsionado pelas dívidas de curto prazo, porém as de longo prazo também tem tido participação, mostrado na sua composição, que diferentemente das duas operadoras anteriores, tem um endividamento de curto prazo médio de 85,2%.

Os prejuízos acumulados anualmente são refletidos nos índices de rentabilidade que demonstram o quão preocupante é a atual situação do plano de saúde.

De forma geral o SESEF não consegue mais arcar com as suas despesas, tem um endividamento crescente e nenhuma rentabilidade. Os resultados líquidos verificados nos balanços patrimoniais apresentam apenas prejuízos e a permanência desta operadora no mercado torna-se cada vez mais difícil frente a todas as adversidades vistas através dos indicadores.

TABELA 8 – ÍNDICES OPERACIONAIS E FINANCEIROS – SESEF 2007-2011

SESEF	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Operacionais								
DM	-	-	-	1,20	0,95	0,69	0,75	0,61
DA	-	-	-	0,35	0,37	0,50	0,50	0,70
COMB	-	-	-	1,55	1,32	1,18	1,25	1,31
COMBA	-	-	-	1,55	1,32	1,18	1,24	1,28
Liquidez								
ILC	-	-	-	0,06	0,05	0,05	0,07	0,09
ILI	-	-	-	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
ILG	-	-	-	0,57	0,44	0,40	0,36	0,33
ILL	-	-	-	-0,66	-0,21	-0,05	-0,08	0,00
ILNCG	-	-	-	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00
Ciclo Financeiro								
PMCR	-	-	-	4,21	4,15	1,83	13,03	30,95
PMPE	-	-	-	204,61	430,65	769,70	836,88	-
GAT	-	-	-	1,88	1,56	1,26	1,12	0,95
Capital								
IMOBILIZADO	-	-	-	0,64	0,66	0,65	0,40	0,36
ENDIVIDAMENTO	-	-	-	1,74	2,26	2,48	2,80	3,04
ENDIVCP	-	-	-	1,44	1,97	2,13	2,33	2,63
ENDICLP	-	-	-	0,31	0,29	0,35	0,47	0,41
CE	-	-	-	0,83	0,87	0,86	0,83	0,87
Rentabilidade								
ROA	-	-	-	-1,04	-0,50	-0,23	-0,36	-0,25
ROE	-	-	-	1,40	0,40	0,15	0,20	0,12
MLB	-	-	-	-0,20	0,05	0,31	0,25	0,39
MLO	-	-	-	-0,55	-0,32	-0,18	-0,33	-
MLL	-	-	-	-0,55	-0,32	-0,18	-0,32	-0,27
MARGEM EBIT	-	-	-	-0,54	-0,30	-0,16	-0,31	-0,25
MARGEM EBITDA	-	-	-	-0,54	-0,30	-0,16	0,26	-0,15

FONTE: ANUÁRIO – ANS/MS, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011.

NOTA: Elaboração própria.

As empresas analisadas demonstram como a saúde suplementar, especificamente as autogestões, apresentam algumas semelhanças como quedas da sua liquidez, aumento de seu endividamento, dívidas de curto prazo, não apresentam liquidez imediata e possuem inexpressiva rentabilidade, demonstrando que a gestão destes planos deve ser feita de forma criteriosa e eficaz no controle de despesas, visto que não podem aumentar suas receitas, pois os planos não podem ser comercializados no mercado.

3.4.3 Sobrevivência ou morte das Autogestões

Diante de todas as especificidades citadas sobre as autogestões, sobre a sua importância no cenário nacional para 5.321.836 milhões de beneficiários, a cobertura oferecida a eles, utilização de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, atenção total voltada para o bem estar e saúde de seus beneficiários, esta modalidade merece uma atenção especial da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Vale salientar que a modalidade de autogestão é composta por pequenas, médias e grandes operadoras e que as decisões da agência tem mais impacto nas duas primeiras. Estas inclusive, muitas vezes prestam atendimentos em pequenas cidades do interior do país, onde até mesmo a saúde pública não se faz presente.

A ANS não faz distinção e lança todas as suas exigências sem observar e respeitar as diferenças apontadas neste trabalho. Não se pode negar que a regulação é importantíssima para o bom funcionamento do mercado na área da saúde, mas o modelo praticado precisa ser revisto para que as 214 empresas atuantes hoje consigam manter-se em funcionamento.

É necessário que se reavalie o processo regulatório, com objetivo de criar condições para a sustentabilidade das autogestões, levando este debate junto à ANS, à sociedade civil organizada e à classe política deixando claro que o objetivo não é o da desregulamentação e nem o atendimento das garantias financeiras de operação, mas sim pela flexibilização na forma e qualidade da regulamentação para as diferentes modalidades de operadoras e para os pequenos e médios planos de saúde.

A regulamentação da ANS precisa de um período natural de maturação, respeitando a curva de aprendizado dos setores envolvidos: operadoras; usuários; e prestadores do sistema, respeitando as particularidades dos segmentos discriminados por ela mesma. A agência precisa atuar pela qualidade da saúde suplementar, mas sem esquecer da sustentabilidade destas operadoras e isso não tem acontecido, nos seus 12 anos de atuação.

A ANS desde o seu surgimento tem aplicado uma série de determinações de natureza jurídica, financeira, contábil e assistencial, cercando as operadoras de todas as formas sem mensurar os efeitos de tantas exigências.

Para o Estado, é importante que a saúde suplementar permaneça atuante em conjunto com o Sistema Único de Saúde (SUS), pela universalização da saúde, que é direito de todos. É sabido que o SUS não consegue atender a toda a sua demanda e que milhões de brasileiros dependem do serviço público, por não ter condições de contratar um plano de saúde.

As autogestões possuem beneficiários limitados ao número de funcionários e dependentes, receita limitada pelo número de usuários, não podem ter lucros e como foi visto, muitas vezes não conseguem, tem uma perspectiva difícil sobre o futuro, principalmente para as pequenas e médias, pois será inviável mantê-las e nesse caso a ANS deveria se preocupar com esse impacto para o país, mais especificamente para o SUS, pois muitos dos trabalhadores beneficiados com seus planos de saúde não terão como pagar por um convênio médico e terão que recorrer a saúde pública.

Conforme a análise de indicadores realizada no item anterior, viu-se que as operadoras tem enfrentado dificuldades no que diz respeito ao resultado (receitas – despesas). Existe a preocupação sobre o que pode acontecer com a população coberta por esta modalidade, se o número de autogestões continuar decrescendo.

Foi mostrado também que o aumento dos custos assistenciais tem sido muito superiores ao índice de inflação e que estas operadoras não tem outras fontes de arrecadação, além do recebimento das contraprestações de seus beneficiários e isso tem gerado preocupação para as operadoras e sua população assistida.

As exigências, normas e resoluções devem vir acompanhadas de responsabilidade com as empresas que mantém a saúde suplementar do país e que pagam suas taxas devidas a ANS. As ações devem ser mensuradas e as autogestões deveriam receber tratamento diferenciado, pelo modelo apresentado e pela qualidade e atenção prestadas aos seus beneficiários desde o seu surgimento.

Da forma como a ANS atua, incisivamente sobre as autogestões, exigindo cada vez mais delas, com os custos crescendo exorbitantemente na saúde, tendo uma demanda fixa, com receita fixa, sendo reajustadas apenas nos dissídios

coletivos, as pequenas e médias operadoras serão engolidas. Muitas delas sucumbirão e milhões de beneficiários ficarão sem seus planos de saúde. Cabe salientar mais uma vez que isso impactará diretamente no SUS que terá que receber toda essa demanda.

CONCLUSÃO

O objetivo central deste trabalho foi avaliar a relação entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e as Autogestões. Com base em toda a descrição sobre as agências regulatórias, os benefícios trazidos por elas para os setores em que atuam, para tentar corrigir as falhas de mercado e atender aos anseios da população que muitas vezes é prejudicada.

Com o crescimento do Brasil e com a globalização da economia, foi necessária a criação e implementação de agências regulatórias em setores estratégicos como energia, telecomunicações, transportes e saúde.

A área da saúde, mais especificamente a saúde suplementar, precisava de uma normatização frente ao crescimento de reclamações de beneficiários que não tinham um órgão específico para buscar seus direitos, que foram contratados e que estavam sendo pagos.

A criação da ANS trouxe muitas melhorias de atendimento e cobertura de procedimentos aos beneficiários dos planos de saúde, mas o que se questiona é o excessivo número de regulamentações sem prévia análise com a sociedade, através de audiências públicas, com um alto número de resoluções revogadas, fazendo com que as operadoras precisem ficar a mercê do “vai e vem” da agência.

O que as operadoras solicitam, não é a desregulamentação e sim a revisão da forma de atuação da ANS, que parece ser feita de forma desorganizada e impensada. As operadoras de saúde veem-se encurraladas pelas exigências da agência, pois além de terem que atendê-la em curtos espaços de tempo, sob o risco de sanções, penalidades e multas elevadas, precisam manter o seu foco no atendimento de seus beneficiários.

As autogestões desempenham um papel importante e diferenciado aos seus beneficiários, com ampla cobertura de atendimento, medicamentos, exames e procedimentos. Por não visarem lucro e não terem como comercializar os seus planos, a sua receita é exclusiva do percentual descontado de seus funcionários, independente do número de dependentes. Estes planos realizam um excelente

trabalho visando apenas o bem estar e a saúde de seus beneficiários que são os donos dos seus planos.

O questionamento principal para a realização desse estudo foi do porque a Agência Nacional de Saúde Suplementar, que é atrelada ao Ministério da Saúde não avalia o impacto de tantas exigências. Não há estudo, não há mensuração dos resultados e o que se vê uma relação unilateral, pois as operadoras precisam pagar todas as suas taxas a ANS e não recebem nada em contrapartida.

Tem sido cada vez mais difícil manter uma autogestão, devido a grande elevação dos custos, acima da inflação, aumento da regulação, pressão de médicos e hospitais por reajustes cada vez maiores e beneficiários cada vez mais exigentes e cientes de seus direitos. Como pode ser visto, o número de autogestões tem caído a cada ano e esse cenário é preocupante, pois o SUS da forma como atua hoje, não conseguirá atender essa demanda.

Se a ANS não começar a focar na sustentabilidade dessas operadoras, lembrando mais uma vez, que não atuam para lucrar e sim para beneficiar seus usuários, as pequenas e médias autogestões talvez não consigam mais se manter no mercado e para o país, o impacto será negativo, pois essa população desassistida terá que recorrer ao sistema público que já não consegue atender a contento a atual demanda.

A saúde suplementar deve atuar em conjunto com o SUS e as autogestões merecem maior atenção pelo serviço prestado e por sua missão, caso contrário o caos na saúde pública poderá ser ainda maior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, E. A. **Agências reguladoras. Revista de direito administrativo**. Rio de Janeiro: V213, I-VII, p. 141-148, jul./set. 1998. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista4/parte1c.htm>>. Último acesso em: 15/11/2012.

BARBOSA GOMES, J. B. **Agências Reguladoras: A "metamorfose" do Estado e da Democracia**. Disponível em: <http://www.mundojuridico.adv.br/sis_artigos/artigos.asp?codigo=32>, em junho de 2003. Último acesso em: 20/11/2012.

BARROSO, L. R. **Agência não é poder**. Mimeo, s.e, s.d.

BECKER, G. S. A theory of competition among pressure groups for political influence. **Quaternaly Journal of Economics**, Oxford, n. 98, 1983, p. 371-400.

BINENBOJM, G. As Agências Reguladoras Independentes e Democracia no Brasil. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**, Salvador, Instituto de Direito Público da Bahia, n°. 3, ago-set-out, 2005. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br>>. Último acesso em: 13/11/2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL, **Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998**. República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455&id=455>. Último acesso em: 08/11/2012.

BRASIL, **Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. República Federativa do Brasil, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm>. Última consulta em 08/11/2012. Último acesso em: 16/12/2012

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Agências Reguladoras**. Disponível em: <<<http://www.planejamento.gov.br/noticia.asp?p=not&cod=2308&cat=251&sec=26>>>. Último acesso em: 24/12/2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/materiais-por-tipo-de-publicacao/periodicos>> Último acesso em: 10/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Anuário – Aspectos Economico-Financeiros das Operadoras de Planos de Saúde**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/materiais-por-tipo-de-publicacao/periodicos>> Último acesso em: 10/02/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Instrução Normativa nº 49, de 17 de maio de 2012**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=2115> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Legislação**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao>> Último acesso em: 08/11/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 4, de 19 de abril de 2002**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=601> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 42, de 04 de julho de 2003**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=563> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 43 17 de julho de 2003**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=562> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 54, de 28 de novembro de 2003**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=736> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 71, de 17 de março de 2004**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=766](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=766)> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 92, 16 de março de 2005**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=915](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=915)> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 110, de 08 de agosto de 2005**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=980](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=980)> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 120, de 08 de dezembro de 2005**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1026](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1026)> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 131, de 06 de junho de 2006**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1063](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1063)> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 177, 03 de novembro de 2008**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1345](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1345)> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 185, 30 de dezembro de 2008**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1386](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1386)> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 239, 06 de novembro de 2010**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1579](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1579)> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 240, de 03 de dezembro de 2010**. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1613> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 241, de 03 de dezembro de 2010**. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1614> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 248, de 02 de março de 2011**. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1660> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 251, de 19 e abril de 2011**. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1721> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 253, de 05 de maio de 2011**. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1739> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 259, 17 de junho de 2011**. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1758> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 271, de 11 de outubro de 2011**. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1849> Último acesso em: 19/09/2012.

BRASIL. Portal Brasil. **Sistema Único de Saúde – SUS**. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento>>. Último acesso em: 21/03/2013.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (2ª Região) **Apelação cível nº 361025-AC (200251010102973)**. Apelante: SANAMED – Saúde Santo Antônio. Apelada: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Relator: Desembargador Rogério Vieira de Carvalho. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/861241/apelacao-civel-ac-361025-20025101010297-3-trf2>> Último acesso em: 10/12/2012.

CAIXA DOS ADVOGADOS DO PARANÁ – CAA/PR. **Sentença da Ação Ordinária nº 5024328-57.2010.404.7000**. Disponível em: <http://www.caapr.org.br/img/pdf/Acao_Unimed.pdf>. Último acesso em: 15/01/2013.

CAMARANO, A. A; KANSO, S; e MELLO, J. L. **Como vive o idoso brasileiro?** Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq_06_Cap_01.pdf>. Último acesso em: 31/01/2013

FACHIN, R. C. Reforma do Estado e Agências de regulação: O caso do Rio Grande do Sul. Trabalho apresentado no **Seminário Internacional “Reestruturação e Reforma do Estado: Brasil e América Latina no Processo de Globalização”**. São Paulo, FEA/FIA/USP, 18-21 de maio 1998.

FIANI, R. **Teoria da regulação econômica: estado atual e perspectivas futuras**. Rio de Janeiro, NUCA-IE-UFRJ, Texto para Discussão n. 423, 1998.

GROTTI, D. A. M. As Agências Reguladoras. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**, Salvador, Instituto de Direito Público da Bahia, nº. 6, mai/jun/jul de 2006. Disponível em: <<http://www.direitodoestado.com.br>>. Último acesso em: 10/11/2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Em 2011 esperança de vida ao nascer era de 74,08 anos**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2271&id_pagina=1>. Último acesso em 05/02/2013.

JUSTEM FILHO, M. **O Direito das Agências Reguladoras Independentes**. Ed. Dialética, 2002, p. 588.

KRUGMAN, P. **Realidades do Sistema de Saúde dos EUA**. Gazeta do Povo. Curitiba, 3 de agosto de 2009. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/colunistas/conteudo.phtml?id=911144&tit=Realidades-do-sistema-de-saude-dos-EUA>> Último acesso em: 06/01/2013.

MARQUES, C. L.; SCHIMITT, C. H.; LOPES, J. R. L.; PFEIFFER, R. A. Castellanos. **Saúde e Responsabilidade 2 – A nova assistência privada a saúde**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2008.

PAIVA, M. A. P.; MARREIROS, A. C.; AGUIAR, C. G. C.; SANTOS, K. B. A. **Agências Reguladoras: entre a autonomia pública e a autonomia privada**. s.e, s.d.

PECI, A. **Novo Marco Regulatório para o Brasil da Pós Privatização: O Papel das Agências Reguladoras em Questão**. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_1999/AP/AP13.pdf>. Último acesso em: 10/12/2012.

PELTZMAN, S. Toward a More General Theory of Regulation. **Journal of Law and Economics**, Chicago, 1976, n°. 19, p. 211.

PINDYCK, R. S.; RUBINFELD, D. L. **Microeconomia**. 6ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006, p. 502.

PIRES, J. C.; PICCININI, M. S. A regulação dos setores de infra-estrutura no Brasil. In: **A economia brasileira nos anos 90**. BNDES, Rio de Janeiro, 1999.

RAMOS, J. e FONTES, C. Lula quer rever o papel das agências reguladoras. **Jornal o Estado de São Paulo**, São Paulo, 20. Fev. 2003. p. 25. Disponível em: <<http://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/20030220-39937-nac-25-eco-b6-not>>. Último acesso em: 21/07/2012.

SANTOS, L. A. **Regulando a Regulação: A Nova Legislação das Agências Reguladoras Federais no Brasil**. 2004. Disponível em: <<http://www.regulacao.gov.br/publicacoes/artigos/regulando-a-regulacao-a-nova-legislacao-das-agencias-reguladoras-federais-no-brasil>> Último acesso em: 01/11/2012.

STIGLER, G. J. The theory of economic regulation. **Bell Journal of Economics and Management Science** 2, Spring, 1971, p. 3-21.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE – UNIDAS. **14º Congresso – Marco Regulatório (ANS)**. Disponível em: <http://www.unidas.org.br/institucional/arq_inst/14_congresso/marco_regulatorio.pdf.> Último acesso em: 14/05/2012.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE – UNIDAS. **Autogestão em Saúde no Brasil: 1980-2005: História da Organização e Consolidação do Setor**. São Paulo: UNIDAS, 2005.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE – UNIDAS. **Sustentabilidade da Autogestão**. Coletânea das apresentações do I Seminário dos Dirigentes e Gestores das Instituições de Autogestão em Saúde. São Paulo: UNIDAS, 2011.

VICENTINI, C.; FULANETTI, F.; SCHEFFER, M.; ARAÚJO, S. **A História da Autogestão em Saúde no Brasil**. São Paulo: CIEFAS – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência a Saúde, 2000.

VISCUSI, W.; VERNON, J.; HARRINGTON, J. **Economics of regulation and antitrust**, 4 ed. Cambridge, Massachusetts Institute of Technology, 2005.

ANEXOS

Os Balanços Patrimoniais das operadoras de autogestão das empresas Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda (FUNDAÇÃO ASSEFAZ), Fundação Sanepar de Assistência Social (FUNDAÇÃO SANEPAR) e Serviço Social das Estradas de Ferro (SESEF) são mostrados abaixo. Todos os balanços foram utilizados nos cálculos dos índices destes planos de saúde e obtidos através do Anuário ANS – Aspectos econômico - financeiros das operadoras de planos de saúde de 2005 a 2011.

ANEXO 1 – BALANÇO PATRIMONIAL DA FUNDAÇÃO ASSEFAZ 2004 - 2011

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Endereço			Informações Cadastrais					
SCS QD. 4 BLOCO A ED. ASSEFAZ 1			Registro: 34692-6 CNPJ: 00.628.107/0001-89					
BRASILIA, DF, 70304-908			Autogestão, NPATR, região 3.					
Tel.: (61) 2180101			Beneficiários: 99.651 (2005) 92.940 (2004)					
Repr. Legal: RENATO CARRERI PALOMBA								
Ativo (x mil)	2005	2004	Passivo (x mil)	2005	2004	DRE (x mil)	2005	2004
Circulante	36.947	61.600	Provisões Técnicas	5.843	3.507	Contraprestações efetivas	198.239	164.418
Disponível	1.045	1.276	Circulante	17.270	17.335	Eventos inden. líquidos	(196.136)	(155.367)
Realizável	35.902	60.324	Eventos a liquidar	8.920	11.095	Desp. de comercialização	-	-
Aplicações	20.845	39.742	PEONA	-	-	Outras rec./desp. oper.	11.549	14.839
Créditos ops. de saúde	10.532	16.870	Débitos ops. de saúde	8.350	-	Despesas administrativas	(48.022)	(41.987)
Desp. comerc. diferidas	-	-	Débitos diversos	-	6.240	Resultado operacional	(34.370)	(18.096)
Outros valores e bens	4.525	3.712	Empréstimos a pagar	-	-	Result. financ. líquido	5.067	6.018
Realizável a longo prazo	867	788	Outros débitos	-	6.240	Result. patrimonial	822	617
Aplicações	-	-	Exigível a longo prazo	-	-	Result. não operacional	223	(85)
Outros créditos	867	788	Result. exerc. futuros	-	-	Result. antes imp./part.	(28.257)	(11.546)
Permanente	30.769	32.183	Patrimônio líquido	45.471	73.728	Imposto de renda	-	-
Investimentos	3.358	3.123	Capital/patr. social	73.728	85.273	Contribuição social	-	-
Imobilizado	27.412	29.059	Reservas	-	-	Partic. no resultado	-	-
Diferido	-	-	Lucros/prej. acumulados	(28.257)	(11.546)	RESULTADO LÍQUIDO	(28.257)	(11.546)
TOTAL DO ATIVO	68.584	94.570	TOTAL DO PASSIVO	68.584	94.570			

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZEND

Endereço			Informações Cadastrais					
SCS QD. 4 BLOCO A ED. ASSEFAZ 1			Registro: 34692-6		CNPJ: 00.628.107/0001-89			
BRASILIA, DF, 70304-908			Autogestão, NPATR, região 3.					
Tel.: (61) 2180101			Beneficiários: 93.470 (2006) 99.651 (2005)					
Repr. Legal: RENATO CARRERI PALOMBA								
Ativo (x mil)	2006	2005	Passivo (x mil)	2006	2005	DRE (x mil)	2006	2005
Circulante	54.371	36.947	Provisões Técnicas	10.783	5.843	Contraprestações efetivas	235.518	198.239
Disponível	1.124	1.045	Circulante	23.768	17.270	Eventos inden. líquidos	(204.569)	(196.136)
Realizável	53.247	35.902	Eventos a liquidar	16.034	8.920	Desp. de comercialização	-	-
Aplicações	24.879	20.845	PEONA	-	-	Outras rec./desp. oper.	22.280	11.549
Créditos ops. de saúde	23.333	10.532	Débitos ops. de saúde	-	8.350	Despesas administrativas	(49.448)	(48.022)
Desp. comerc. Diferidas	70	-	Débitos diversos	7.734	-	Resultado operacional	3.781	(34.370)
Outros valores e bens	4.966	4.525	Empréstimos a pagar	-	-	Result. financ. líquido	3.158	5.067
Realizável a longo prazo	1.527	867	Outros débitos	7.734	-	Result. patrimonial	887	822
Aplicações	-	-	Exigível a longo prazo	-	-	Result. não operacional	(228)	223
Outros créditos	1.527	867	Result. exerc. futuros	-	-	Result. antes imp/part.	7.598	(28.257)
Permanente	29.539	30.769	Patrimônio líquido	50.885	45.471	Imposto de renda	-	-
Investimentos	3.559	3.358	Capital/patr. social	43.287	73.728	Contribuição social	-	-
Imobilizado	25.753	27.412	Reservas	-	-	Partic. no resultado	-	-
Diferido	227	-	Lucros/prej. acumulados	7.598	(28.257)	RESULTADO LÍQUIDO	7.598	(28.257)
TOTAL DO ATIVO	85.437	68.584	TOTAL DO PASSIVO	85.437	68.584			

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Endereço			Informações Cadastrais							
SCS QD. 4 BLOCO A ED. ASSEFAZ 1			Registro: 34692-6		Dt Req ANS: 16/12/98		CNPJ: 00.628.107/0001-89			
BRASILIA, DF, 70304-908			Autogestão AUTSM – região 4							
Repr. Legal: HELIO BERNARDES			Beneficiários: 87.988 (dez/2008) 90.633 (dez/2007)							
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA										
Ativo (x mil)		2008	2007	Passivo (x mil)		2008	2007	DRE (x mil)	2008	2007
Circulante		49.262	60.729	Circulante		47.295	38.675	Contraprestações efetivas	275.111	258.056
Disponível		1.318	2.330	Prov. Técnicas		16.914	10.900	Eventos inden. Ilíquidos	(255.845)	(224.142)
Realizável		47.944	58.399	Eventos a liquidar		21.112	17.873	Result. Oper c/ planos	19.266	33.914
Aplicações		25.719	27.938	Débitos ops. de saúde		1.166	1.095	Desp. de comercialização	(111)	-
Créditos ops. de saúde		19.437	26.073	Déb Ops não Rel c/ Planos		-	-	Outras rec./desp. oper.	21.269	20.667
Desp. comerc. Diferidas		-	-	Trib e Enc. Soc. a Recolher		3.386	1.783	Despesas administrativas	(58.452)	(55.714)
Outros valores e bens		2.788	4.389	Emprest e Financ. a pagar		-	-	Resultado operacional	(18.028)	(1.133)
Realizável a longo prazo		1.415	1.562	Outros		4.717	7.025	Result. financ. líquido	2.471	2.906
Aplicações		-	-	Exigível a longo prazo		4.590	-	Result. patrimonial	312	1.124
Outros créditos		1.415	1.562	Result. exerc. futuros		-	-	Result. não operacional	(40)	527
Permanente		27.446	32.089	Patrimônio líquido		26.238	55.705	Result. antes imp./part.	(15.285)	3.424
Investimentos		3.803	4.348	Capital/patr. social		52.371	45.471	Imp. Renda / Imp. Diferidos	-	-
Imobilizado		23.643	27.740	Reservas		-	3.334	Contribuição social	-	-
Diferido		-	-	Lucro/Prej./Ganho/Perda		(26.133)	6.900	Partic. no resultado	-	-
TOTAL DO ATIVO		78.123	94.380	TOTAL DO PASSIVO		78.123	94.380	RESULTADO LÍQUIDO	(15.285)	3.424

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Endereço			Informações Cadastrais					
SCS QD. 4 BLOCO A ED. ASSEFAZ 1			Registro: 34692-6 Dt Req ANS: 16/12/98 CNPJ: 00.628.107/0001-89					
BRASILIA, DF, 70304-908			Autogestão AUTSM - região 4					
Repr. Legal: HELIO BERNARDES			Beneficiários: 85.489(dez/2009) 87.985(dez/2008)					
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA								
Ativo (x mil)	2009	2008	Passivo (x mil)	2009	2008	DRE (x mil)	2009	2008
Circulante	84.684	49.262	Circulante	59.665	47.295	Contraprestações efetivas	325.118	275.111
Disponível	1.780	1.318	Prov. Técnicas	24.481	16.914	Eventos inden. líquidos	(262.253)	(255.845)
Realizável	82.904	47.944	Eventos a liquidar	25.529	21.112	Result. Oper c/ planos	62.865	19.266
Aplicações	57.113	25.719	Débitos ops. de saúde	283	1.166	Desp. de comercialização	(138)	(111)
Créditos ops. de saúde	23.433	19.437	Déb Ops não Rel c/ Planos	-	-	Outras rec./desp. oper.	12.084	21.269
Desp. comerc. Diferidas	-	-	Trib e Enc. Soc. a Recolher	3.639	3.386	Despesas administrativas	(57.568)	(58.452)
Outros valores e bens	2.358	2.788	Emprest e Financ. a pagar	-	-	Resultado operacional	17.242	(18.028)
Realizável a longo prazo	1.676	1.415	Outros	5.733	4.717	Result. financ. líquido	3.508	2.471
Aplicações	-	-	Exigível a longo prazo	4.890	4.590	Result. patrimonial	(85)	312
Outros créditos	1.676	1.415	Result. exerc. futuros	-	-	Result. não operacional	36	(40)
Permanente	25.171	27.446	Patrimônio líquido	46.977	26.238	Result. antes imp./part.	20.701	(15.285)
Investimentos	2.308	3.803	Capital/patr. social	26.238	52.371	Imp. Renda / Imp. Diferidos	-	-
Imobilizado	22.285	23.643	Reservas	-	-	Contribuição social	-	-
Diferido + Intangível	579	-	Lucro/Prej./Ganho/Perda	20.739	(26.133)	Partic. no resultado	-	-
TOTAL DO ATIVO	111.532	78.123	TOTAL DO PASSIVO	111.532	78.123	RESULTADO LÍQUIDO	20.701	(15.285)

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Endereço			Informações Cadastrais					
SCS QD. 4 BLOCO A ED. ASSEFAZ 1			Registro: 34692-6 Dt Req ANS: 16/12/98 CNPJ: 00.628.107/0001-89					
BRASILIA, DF, 70304-908			Autogestão AUTSM - região 4					
Repr. Legal: HELIO BERNARDES			Beneficiários: 81.563(dez/2010) 85.490(dez/2009)					
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA								
Ativo (x mil)	2010	2009	Passivo (x mil)	2010	2009	DRE (x mil)	2010	2009
Circulante	103.926	84.684	Circulante	71.436	59.665	Contraprestações efetivas	365.466	325.118
Disponível	635	1.780	Prov. Técnicas	55.522	24.481	Eventos inden. líquidos	(308.515)	(262.253)
Aplicações	77.482	57.113	Eventos a liquidar	-	25.529	Result. Oper c/ planos	56.951	62.865
Créditos ops. de saúde	22.775	23.433	Débitos ops. de saúde	2.749	283	Desp. de comercialização	(139)	(138)
Desp. comerc. Diferidas	-	-	Déb Ops não Rel c/ Planos	11	-	Outras rec./desp. oper.	14.299	12.084
Titulos e Créd. a receber	2.477	2.192	Trib e Enc. Soc. a Recolher	6.099	3.639	Despesas administrativas	(65.187)	(57.568)
Outros	557	166	Emprest e Financ. a pagar	-	-	Resultado operacional	5.925	17.242
Não Circulante	132.607	26.848	Outros	7.055	5.733	Result. financ. líquido	6.829	3.508
Realizável a longo prazo	2.904	1.676	Não Circulante	5.973	4.890	Result. patrimonial	779	(85)
Aplicações	-	-	Resultado Diferido	-	-	Result. não operacional	-	36
Outros	2.904	1.676	Patrimônio líquido	159.124	46.977	Result. antes imp./part.	13.533	20.701
Investimentos	28.254	2.308	Capital/patr. social	46.977	26.238	Imp. Renda / Imp. Diferidos	-	-
Imobilizado	101.065	22.285	Reservas	-	-	Contribuição social	-	-
Diferido + Intangível	385	579	Lucro/Prej./Ganho/Perda	112.147	20.739	Partic. no resultado	-	-
TOTAL DO ATIVO	236.533	111.532	TOTAL DO PASSIVO	236.533	111.532	RESULTADO LÍQUIDO	13.533	20.701

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA

Endereço			Informações Cadastrais					
SCS QD. 4 BLOCO A ED. ASSEFAZ 1			Registro: 34692-6 Dt Reg ANS: 16/12/98 CNPJ: 00.628.107/0001-89					
BRASILIA, DF, 70304-908			Autogestão AUTSM - região 4					
Repr. Legal: HELIO BERNARDES			Beneficiários: 75.980(dez/2011) 81.467(dez/2010)					
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA								
Ativo (x mil)	2011	2010	Passivo (x mil)	2011	2010	DRE (x mil)	2011	2010
Circulante	115.240	103.754	Circulante	76.963	71.436	Contraprestações efetivas	383.862	365.466
Disponível	858	635	Prov. Técnicas	60.805	55.522	Eventos inden. líquidos	(323.970)	(308.515)
Aplicações	87.239	77.482	Débitos ops. de saúde	3.258	2.749	Result. Oper c/ planos	59.892	56.951
Créditos ops. de saúde	24.872	22.775	Déb Ops não Rel c/ Planos	392	11	Resultado Bruto	60.231	56.981
Desp. comerc. Diferidas	-	-	Trib e Enc. Soc. a Recolher	4.613	6.099	Outras rec/desp. oper.	14.667	14.270
Titulos e Créd. a receber	2.142	2.477	Emprest e Financ. a pagar	-	-	Despesas administrativas	(70.889)	(65.192)
Outros	130	385	Outros	7.894	7.055	Desp. de comercialização	(187)	(139)
Não Circulante	45.119	39.800	Não Circulante	5.488	5.973	Result. financ. líquido	7.612	4.653
Realizável a longo prazo	3.411	2.904	Exigível a longo prazo	5.488	5.973	Result. patrimonial	518	779
Aplicações	-	-	Resultado Diferido	-	-	Result. antes imp./part.	11.952	11.352
Outros	3.411	2.904	Patrimônio líquido	77.908	66.144	Imp. Renda / Imp. Diferidos	-	-
Investimentos	7.753	7.436	Capital/patr. social	66.144	46.977	Contribuição social	-	-
Imobilizado	31.114	29.075	Reservas	11.952	-	Partic. no resultado	-	-
Diferido + Intangível	2.841	385	Outros	(188)	19.167	RESULTADO LÍQUIDO	11.952	11.352
TOTAL DO ATIVO	160.359	143.554	TOTAL DO PASSIVO	160.359	143.554			

ANEXO 2 – BALANÇO PATRIMONIAL DA FUNDAÇÃO SANEPAR 2007 - 2011

FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Endereço			Informações Cadastrais					
RUA ÉBANO PEREIRA 309			Registro: 33864-8 CNPJ: 77.375.897/0001-62					
CURITIBA, PR, 80410-240			Autogestão sem Mantenedor, PATRM.					
Tel.: (41) 32193838			Beneficiários: 20.933 (2007) 20.438 (2006)					
Repr. Legal: CLAUDIA TRINDADE								
Ativo	2007	2006	Passivo	2007	2006	DRE	2007	2006
Circulante	19.625.871	-	Circulante	8.162.816	-	Contraprestações efetivas	33.583.780	-
Disponível	18.402.497	-	Prov. Técnicas (-PEONA)	4.168.476	-	Eventos inden. líquidos	(31.041.675)	-
Realizável	1.223.373	-	Eventos a liquidar	-	-	Desp. de comercialização	-	-
Aplicações	-	-	PEONA	-	-	Outras rec/desp. oper.	2.740.357	-
Créditos ops. de saúde	566.456	-	Débitos ops. de saúde	2.421.238	-	Despesas administrativas	(4.503.646)	-
Desp. comerc. Diferidas	-	-	Débitos diversos	911.251	-	Resultado operacional	778.815	-
Outros valores e bens	656.917	-	Déb. Ops. N rel. C/ Planos	-	-	Result. financ. líquido	644.469	-
Realizável a longo prazo	497.879	-	Outros	661.851	-	Result. patrimonial	-	-
Aplicações	-	-	Exigível a longo prazo	-	-	Result. não operacional	40.585	-
Outros créditos	497.879	-	Result. exerc. futuros	-	-	Result. antes imp./part.	1.463.869	-
Permanente	936.997	-	Patrimônio líquido	12.897.930	-	Imp. Renda / Imp. Diferidos	-	-
Investimentos	-	-	Capital/patr. social	-	-	Contribuição social	-	-
Imobilizado	936.997	-	Reservas	12.897.930	-	Partic. no resultado	-	-
Diferido	-	-	Lucro/Prej./Ganho/Perda	-	-	RESULTADO LÍQUIDO	1.463.869	-
TOTAL DO ATIVO	21.060.746	-	TOTAL DO PASSIVO	21.060.746	-			

FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Endereço			Informações Cadastrais					
RUA ÉBANO PEREIRA 309			Registro: 33864-8 Dt Req ANS: 17/12/98 CNPJ: 77.375.897/0001-62					
CURITIBA, PR, 80410-240			Autogestão AUTSM					
Repr. Legal: CLAUDIA TRINDADE			Beneficiários: 21.237 (dez/2008) 20.960 (dez/2007)					
			FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL					
Ativo (x mil)	2008	2007	Passivo (x mil)	2008	2007	DRE (x mil)	2008	2007
Circulante	22.518	19.626	Circulante	9.806	8.163	Contraprestações efetivas	34.506	33.58
Disponível	15.309	18.402	Prov. Técnicas	5.255	4.168	Eventos inden. Ilíquidos	(30.492)	(31.042)
Realizável	7.209	1.223	Eventos a liquidar	223	-	Result. Oper c/ planos	4.014	2.54
Aplicações	5.325	-	Débitos ops. de saúde	2.977	2.421	Desp. de comercialização	-	-
Créditos ops. de saúde	839	566	Déb Ops não Rel c/ Planos	-	-	Outras rec./desp. oper.	(672)	2.74
Desp. comerc. Diferidas	-	-	Trib e Enc. Soc. a Recolher	363	391	Despesas administrativas	(4.349)	(4.504)
Outros valores e bens	1.044	657	Emprest e Financ. a pagar	-	-	Resultado operacional	(1.007)	77
Realizável a longo prazo	485	498	Outros	988	1.182	Result. financ. líquido	2.144	64
Aplicações	-	-	Exigível a longo prazo	-	-	Result. patrimonial	-	-
Outros créditos	485	498	Result. exerc. futuros	-	-	Result. não operacional	(0)	4
Permanente	837	937	Patrimônio líquido	14.035	12.898	Result. antes imp./part.	1.137	1.46
Investimentos	-	-	Capital/patr. social	-	-	Imp. Renda / Imp. Diferidos	-	-
Imobilizado	837	937	Reservas	14.035	12.898	Contribuição social	-	-
Diferido	-	-	Lucro/Prej./Ganho/Perda	-	-	Partic. no resultado	-	-
TOTAL DO ATIVO	23.841	21.061	TOTAL DO PASSIVO	23.841	21.061	RESULTADO LÍQUIDO	1.137	1.46

FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Endereço			Informações Cadastrais					
RUA ÉBANO PEREIRA 309			Registro: 33864-8 Dt Req ANS: 17/12/98 CNPJ: 77.375.897/0001-62					
CURITIBA, PR, 80410-240			Autogestão AUTSM - região 3					
Repr. Legal: CLAUDIA TRINDADE			Beneficiários: 21.838(dez/2009) 21.277(dez/2008)					
			FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL					
Ativo (x mil)	2009	2008	Passivo (x mil)	2009	2008	DRE (x mil)	2009	2008
Circulante	27.132	22.518	Circulante	10.388	9.806	Contraprestações efetivas	38.056	34.506
Disponível	9	15.309	Prov. Técnicas	5.645	5.255	Eventos inden. líquidos	(30.751)	(30.492)
Realizável	27.122	7.209	Eventos a liquidar	146	223	Result. Oper c/ planos	7.305	4.014
Aplicações	25.259	5.325	Débitos ops. de saúde	3.301	2.977	Desp. de comercialização	-	-
Créditos ops. de saúde	916	839	Déb Ops não Rel c/ Planos	-	-	Outras rec./desp. oper.	(569)	(672)
Desp. comerc. Diferidas	-	-	Trib e Enc. Soc. a Recolher	369	363	Despesas administrativas	(4.957)	(4.349)
Outros valores e bens	948	1.044	Emprest e Financ. a pagar	-	-	Resultado operacional	1.779	(1.007)
Realizável a longo prazo	455	485	Outros	926	988	Result. financ. líquido	2.158	2.144
Aplicações	-	-	Exigível a longo prazo	-	-	Result. patrimonial	-	-
Outros créditos	455	485	Result. exerc. futuros	-	-	Result. não operacional	-	(0)
Permanente	772	837	Patrimônio líquido	17.972	14.035	Result. antes imp./part.	3.937	1.137
Investimentos	-	-	Capital/patr. social	-	-	Imp. Renda / Imp. Diferidos	-	-
Imobilizado	738	837	Reservas	17.972	14.035	Contribuição social	-	-
Diferido + Intangível	34	-	Lucro/Prej./Ganho/Perda	-	-	Partic. no resultado	-	-
TOTAL DO ATIVO	28.359	23.841	TOTAL DO PASSIVO	28.359	23.841	RESULTADO LÍQUIDO	3.937	1.137

FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Endereço			Informações Cadastrais		
RUA ÉBANO PEREIRA 309			Registro: 33864-8 Dt Req ANS: 17/12/98 CNPJ: 77.375.897/0001-62		
CURITIBA, PR, 80410-240			Autogestão AUTSM - região 3		
Repr. Legal: CLAUDIA TRINDADE			Beneficiários: 22.228(dez/2010) 21.893(dez/2009)		
			FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL		
Ativo (x mil)	2010	2009	Passivo (x mil)	2010	2009
Circulante	30.588	27.132	Circulante	11.393	10.388
Disponível	44	9	Prov. Técnicas	6.484	5.645
Aplicações	28.361	25.259	Eventos a liquidar	-	146
Créditos ops. de saúde	1.096	916	Débitos ops. de saúde	-	3.301
Desp. comerc. Diferidas	-	-	Déb Ops não Rel c/ Planos	-	-
Títulos e Créd. a receber	1.087	948	Trib e Enc. Soc. a Recolher	411	369
Outros	-	-	Emprest e Financ. a pagar	-	-
Não Circulante	1.211	1.228	Outros	4.498	926
Realizável a longo prazo	426	455	Não Circulante	-	-
Aplicações	-	-	Resultado Diferido	-	-
Outros	426	455	Patrimônio líquido	20.405	17.972
Investimentos	-	-	Capital/patr. social	-	-
Imobilizado	738	738	Reservas	20.405	17.972
Diferido + Intangível	46	34	Lucro/Prej/Ganho/Perda	-	-
TOTAL DO ATIVO	31.799	28.359	TOTAL DO PASSIVO	31.799	28.359

DRE (x mil)	2010	2009
Contraprestações efetivas	42.305	38.056
Eventos inden. líquidos	(36.177)	(30.751)
Result. Oper c/ planos	6.128	7.305
Desp. de comercialização	-	-
Outras rec./desp. oper.	(681)	(569)
Despesas administrativas	(5.582)	(4.957)
Resultado operacional	(136)	1.779
Result. financ. líquido	2.549	2.158
Result. patrimonial	21	-
Result. não operacional	-	-
Result. antes imp./part.	2.434	3.937
Imp. Renda / Imp. Diferidos	-	-
Contribuição social	-	-
Partic. no resultado	-	-
RESULTADO LÍQUIDO	2.434	3.937

FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Endereço			Informações Cadastrais		
RUA ÉBANO PEREIRA 309			Registro: 33864-8 Dt Reg ANS: 17/12/98 CNPJ: 77.375.897/0001-62		
CURITIBA, PR, 80410-240			Autogestão AUTSM - região 3		
Repr. Legal: JOSE LUIZ COSTA TABORDA RAUEN			Beneficiários: 22.527(dez/2011) 22.240(dez/2010)		
			FUNDAÇÃO SANEPAR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL		
Ativo (x mil)	2011	2010	Passivo (x mil)	2011	2010
Circulante	30.459	30.588	Circulante	13.808	11.393
Disponível	12	44	Prov. Técnicas	8.125	6.484
Aplicações	27.939	28.361	Débitos ops. de saúde	3.828	-
Créditos ops. de saúde	1.055	1.096	Déb Ops não Rel c/ Planos	-	-
Desp. comerc. Diferidas	-	-	Trib e Enc. Soc. a Recolher	432	411
Títulos e Créd. a receber	1.163	1.087	Emprest e Financ. a pagar	-	-
Outros	291	-	Outros	1.424	4.498
Não Circulante	1.142	1.211	Não Circulante	-	-
Realizável a longo prazo	389	426	Exigível a longo prazo	-	-
Aplicações	-	-	Resultado Diferido	-	-
Outros	389	426	Patrimônio líquido	17.793	20.405
Investimentos	-	-	Capital/patr. social	-	-
Imobilizado	708	738	Reservas	17.793	20.405
Diferido + Intangível	45	46	Outros	-	-
TOTAL DO ATIVO	31.601	31.799	TOTAL DO PASSIVO	31.601	31.799

DRE (x mil)	2011	2010
Contraprestações efetivas	44.902	42.305
Eventos inden. líquidos	(43.368)	(36.177)
Result. Oper c/ planos	1.534	6.128
Resultado Bruto	1.534	6.128
Outras rec./desp. oper.	(812)	(681)
Despesas administrativas	(6.480)	(5.582)
Desp. de comercialização	-	-
Result. financ. líquido	3.145	2.549
Result. patrimonial	-	21
Result. antes imp./part.	(2.612)	2.434
Imp. Renda / Imp. Diferidos	-	-
Contribuição social	-	-
Partic. no resultado	-	-
RESULTADO LÍQUIDO	(2.612)	2.434

ANEXO 3 – BALANÇO PATRIMONIAL DO SESEF 2007 - 2011

SERVIÇO SOCIAL DAS ESTRADAS DE FERRO - SESEF

Endereço			Informações Cadastrais		
AV. FRANCISCO BICALHO S/N 4 ANDAR - ESTA 0001 RIO DE JANEIRO, RJ, 20220-310 Repr. Legal: JORGE LUIZ MOURA			Registro: 31230-4 Dt Req ANS: 22/12/98 CNPJ: 33.909.540/0001-41 Autogestão AUTMN Beneficiários: 23.806 (dez/2008) 36.234 (dez/2007) PLANSFER		
Ativo (x mil)	2008	2007	Passivo (x mil)	2008	2007
Circulante	2.189	2.122	Circulante	44.940	33.426
Disponível	99	194	Prov. Técnicas	-	-
Realizável	2.090	1.928	Eventos a liquidar	40.478	29.853
Aplicações	-	-	Débitos ops. de saúde	87	58
Créditos ops. de saúde	410	511	Déb Ops não Rel c/ Planos	-	-
Desp. comerc. Diferidas	-	-	Trib e Enc. Soc. a Recolher	3.456	1.924
Outros valores e bens	1.680	1.416	Emprest e Financ. a pagar	-	-
Realizável a longo prazo	5.674	6.179	Outros	919	1.591
Aplicações	10	43	Exigível a longo prazo	6.659	7.110
Outros créditos	5.664	6.136	Result. exerc. futuros	-	-
Permanente	14.966	14.954	Patrimônio líquido	(28.770)	(17.282)
Investimentos	-	-	Capital/patr. social	-	-
Imobilizado	3.489	3.476	Reservas	-	2.625
Diferido	11.477	11.477	Lucro/Prej./Ganho/Perda	(28.770)	(19.907)
TOTAL DO ATIVO	22.830	23.254	TOTAL DO PASSIVO	22.830	23.254

DRE (x mil)	2008	2007
Contraprestações efetivas	35.542	43.685
Eventos inden. líquidos	(33.838)	(52.525)
Result. Oper c/ planos	1.704	(8.839)
Desp. de comercialização	-	(1)
Outras rec./desp. oper.	(146)	(136)
Despesas administrativas	(12.999)	(15.128)
Resultado operacional	(11.441)	(24.105)
Result. financ. líquido	(2)	9
Result. patrimonial	14	15
Result. não operacional	19	(82)
Result. antes imp/part.	(11.410)	(24.162)
Imp. Renda / Imp. Diferidos	-	-
Contribuição social	-	-
Partic. no resultado	-	-
RESULTADO LÍQUIDO	(11.410)	(24.162)

SERVIÇO SOCIAL DAS ESTRADAS DE FERRO - SESEF

Endereço			Informações Cadastrais		
AV. FRANCISCO BICALHO s/n RIO DE JANEIRO, RJ, 20220-310 Repr. Legal: JORGE LUIZ MOURA			Registro: 31230-4 Dt Req ANS: 22/12/98 CNPJ: 33.909.540/0001-41 Autogestão AUTMN Beneficiários: 17.807(dez/2010) 17.749(dez/2009) PLANSFER		
Ativo (x mil)	2010	2009	Passivo (x mil)	2010	2009
Circulante	3.815	2.615	Circulante	53.023	48.018
Disponível	29	233	Prov. Técnicas	44.556	-
Aplicações	-	0	Eventos a liquidar	-	41.630
Créditos ops. de saúde	925	144	Débitos ops. de saúde	139	224
Desp. comerc. Diferidas	-	-	Déb Ops não Rel c/ Planos	-	-
Títulos e Créd. a receber	2.824	2.211	Trib e Enc. Soc. a Recolher	-	5.228
Outros	37	26	Emprest e Financ. a pagar	-	-
Não Circulante	18.916	19.974	Outros	8.328	935
Realizável a longo prazo	5.245	5.208	Não Circulante	10.588	7.906
Aplicações	-	10	Resultado Diferido	-	-
Outros	5.245	5.198	Patrimônio líquido	(40.879)	(33.335)
Investimentos	-	-	Capital/patr. social	-	-
Imobilizado	4.559	4.070	Reservas	-	-
Diferido + Intangível	9.111	10.695	Lucro/Prej./Ganho/Perda	(40.879)	(33.335)
TOTAL DO ATIVO	22.731	22.589	TOTAL DO PASSIVO	22.731	22.589

DRE (x mil)	2010	2009
Contraprestações efetivas	25.566	28.374
Eventos inden. líquidos	(19.167)	(19.471)
Result. Oper c/ planos	6.400	8.903
Desp. de comercialização	-	-
Outras rec./desp. oper.	(1.998)	81
Despesas administrativas	(12.852)	(14.090)
Resultado operacional	(8.451)	(5.105)
Result. financ. líquido	303	168
Result. patrimonial	15	14
Result. não operacional	-	(191)
Result. antes imp/part.	(8.133)	(5.116)
Imp. Renda / Imp. Diferidos	-	-
Contribuição social	-	-
Partic. no resultado	-	-
RESULTADO LÍQUIDO	(8.133)	(5.116)

SERVIÇO SOCIAL DAS ESTRADAS DE FERRO - SESEF

Endereço			Informações Cadastrais					
AV. FRANCISCO BICALHO s/n			Registro: 31230-4		Dt Reg ANS: 22/12/98		CNPJ: 33.909.540/0001-41	
RIO DE JANEIRO, RJ, 20220-310			Autogestão AUTMN					
Repr. Legal: JORGE LUIZ MOURA			Beneficiários: 16.363(dez/2011) 17.807(dez/2010)					
			PLANSFER					
Ativo (x mil)	2011	2010	Passivo (x mil)	2011	2010	DRE (x mil)	2011	2010
Circulante	5.439	3.815	Circulante	58.563	53.023			
Disponível	64	29	Prov. Técnicas	47.912	44.556	Contraprestações efetivas	21.144	25.566
Aplicações	-	-	Débitos ops. de saúde	169	139	Eventos inden. líquidos	(12.887)	(19.167)
Créditos ops. de saúde	1.818	925	Déb Ops não Rel c/ Planos	-	-	Result. Oper c/ planos	8.257	6.400
Desp. comerc. Diferidas	-	-	Trib e Enc. Soc. a Recolher	-	-	Resultado Bruto	8.257	6.400
Titulos e Créd. a receber	3.533	2.824	Emprest e Financ. a pagar	-	-	Outras rec./desp. oper.	(16)	(1.998)
Outros	25	37	Outros	10.482	8.328	Despesas administrativas	(14.713)	(12.852)
Não Circulante	16.828	18.916	Não Circulante	9.105	10.588	Desp. de comercialização	-	-
Realizável a longo prazo	5.267	5.245	Exigível a longo prazo	9.105	10.588	Result. financ. líquido	502	303
Aplicações	-	-	Resultado Diferido	-	-	Result. patrimonial	315	15
Outros	5.267	5.245	Patrimônio líquido	(45.401)	(40.879)	Result. antes imp./part.	(5.654)	(8.133)
Investimentos	-	-	Capital/patr. social	-	-	Imp. Renda / Imp. Diferidos	-	-
Imobilizado	3.548	4.559	Reservas	-	-	Contribuição social	-	-
Diferido + Intangível	8.013	9.111	Outros	(45.401)	(40.879)	Partic. no resultado	-	-
TOTAL DO ATIVO	22.267	22.731	TOTAL DO PASSIVO	22.267	22.731	RESULTADO LÍQUIDO	(5.654)	(8.133)