



Revista da ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

www.ramb.org.br



Artigo original

A saúde suplementar em perspectiva bioética[☆]

Regina Ribeiro Parizi Carvalho^{a,*}, Paulo Antônio de Carvalho Fortes^b e Volnei Garrafa^a

^a Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

^b Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 3 de maio de 2013

Aceito em 30 de junho de 2013

On-line em 9 de novembro de 2013

Palavras-chave:

Saúde suplementar

Participação público-privada

Bioética

Universalização da saúde

R E S U M O

Objetivo: Descrever e analisar, mediante a perspectiva da Bioética de Intervenção, os contextos legal, institucional e ético, os conflitos e a regulamentação da saúde suplementar no Brasil, desde a aprovação da lei em 1998 até 2010.

Métodos: Pesquisa de caráter qualitativo, utilizando a Bioética de Intervenção como referencial teórico. Estudo bibliográfico e documental da legislação, regulamentação e quadro assistencial, além de entrevistas com membros da Câmara de Saúde Suplementar.

Resultados: Houve melhoria dos registros e regras de atuação das empresas, do fluxo de informação e das garantias contratuais e financeiras aos consumidores. Persistem conflitos no acesso aos serviços e procedimentos, reajustes de mensalidades, políticas sobre autonomia e honorários médicos. Há disputa com o setor público pela rede de serviços de saúde, com aumento dos custos e não melhoria na qualidade da assistência.

Discussão: A participação privada na saúde demanda avaliações comparativas e aperfeiçoamento da regulação público-privada na assistência, assim como promoção de maior equilíbrio no financiamento e reavaliação do modelo de atenção à saúde.

Conclusão: Necessidade de revisão do marco regulatório considerando o caráter suplementar, complementar ou duplicativo da assistência, os atores sociais envolvidos, as questões bioéticas e políticas nas relações entre Saúde Suplementar e Sistema Único de Saúde.

© 2013 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Supplemental care from a bioethical perspective

A B S T R A C T

Objective: To describe and analyze, from the perspective of Intervention Bioethics, the legal, institutional and ethical contexts, the conflicts and regulations of supplemental health care in Brazil, since the approval of the regulatory law in 1998 until 2010.

Methods: Qualitative research, using Intervention Bioethics as the theoretical reference. Bibliographical and documental study of the legislation, regulations and assistential framework, as well as interviews with members of the Supplemental Health Board.

Results: There was improvement in the records and rules of action in private health companies, as well as flow of information, contractual and financial guarantees provided to

Keywords:

Supplemental health

Public-private partnerships

Bioethics

Universalization of health

[☆] Trabalho realizado na Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: pariziregina@gmail.com (R.R.P. Carvalho)

0104-4230/\$ – see front matter © 2013 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.017>

consumers. Conflicts persist regarding access to services and procedures, price increases, policies on autonomy and medical fees. There is a dispute with the public sector regarding the network of health services, with rising costs and no improvement in quality of care.

Discussion: Private participation in health demands comparative assessments and improvement of public-private care regulation, as well as promoting greater balance in the funding and reevaluation of the health care model.

Conclusion: It is necessary to review the regulatory framework considering the supplementary, complementary or duplicate characteristic of assistance, the social actors involved, bioethical and political issues regarding associations between Supplemental Health Care and the National Health System (SUS).

© 2013 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

A assistência dos planos e seguros privados de saúde, denominados de Saúde Suplementar no Brasil, foram regulamentados há mais de 10 anos com o objetivo de equacionar conflitos, expostos na justificação do projeto que deu origem às Leis n° 9656 de 03 de junho de 1998¹ e n° 9961 de 28 de janeiro de 2000,² que criaram a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os principais conflitos estavam relacionados às restrições de coberturas de procedimentos assistenciais, exclusão de faixas etárias nos produtos, reajustes abusivos de mensalidades, ausência de garantias aos consumidores diante da insolvência de empresas e a falta de regulação e fiscalização pelo Poder Executivo, uma vez que a Constituição Brasileira, em 1988, definiu a saúde como atribuição do Estado.³

Vários estudos no campo da saúde suplementar têm analisado as necessidades de saúde da população assistida, a prevalência de doenças, as condições econômicas, a configuração da regulamentação, a judicialização e o financiamento da saúde,⁴⁻⁷ mas poucos são os estudos que consideram os conflitos relacionados aos aspectos éticos envolvidos na elaboração das políticas da saúde suplementar. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é estudar, descrever e analisar – mediante a perspectiva epistemológica da Bioética de Intervenção (BI) – os contextos legal, institucional e ético de Bem como os conflitos e a regulamentação da assistência médica suplementar no Brasil, desde a aprovação da Lei n° 9656/98 até o ano de 2010.

Métodos

O estudo adotou o método qualitativo de pesquisa em saúde, utilizando a BI⁸⁻¹¹ como referencial teórico de análise, que, entre outros aspectos, dedica-se ao tema da equidade, incorporando a saúde suplementar aos macropreproblemas bioéticos persistentes ou cotidianos enfrentados por grande parte da população dos chamados países periféricos.¹²

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. A etapa inicial tratou da revisão bibliográfica dos marcos conceituais, legais e institucionais das questões da saúde, da bioética, da assistência à saúde e dos planos e seguros privados de saúde no Brasil e no cenário internacional. Na abordagem, além dos conceitos, foram pesquisados os condicionantes, a regulação

institucional brasileira e o processo regulatório da saúde suplementar no país.

A literatura institucional foi pesquisada principalmente junto à ANS, baseada nos dados nacionais e internacionais de assistência à saúde, nas normas, pautas e consultas públicas realizadas pela agência, bem como nas publicações de entidades representativas e instituições que compõem a Câmara de Saúde Suplementar (CSS).¹³

A segunda etapa constituiu-se da realização de entrevistas com representantes de instituições que compunham a CSS, tendo como objetivo ampliar a representatividade do estudo e das análises relativas aos conflitos, mediante a expectativa dos diferentes segmentos que mais interagem no cotidiano da assistência suplementar. Foi constituída uma amostra de conveniência com 12 representantes de instituições da CSS,¹³ representando, respectivamente, os beneficiários, operadoras de planos e seguros, prestadores de serviços e gestores do setor público e suplementar.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) e faz parte da tese de doutorado intitulada “A Saúde Suplementar no Brasil em Perspectiva Bioética”, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB.

Resultados

Marco regulatório

A Constituição Federal³ estabeleceu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, criando o Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁴ Também deixou livre à iniciativa privada a assistência à saúde, dando condições para que as pessoas pudessem ter acesso às ações e serviços diferenciados em saúde, sobretudo ao permitir dedução da contribuição fiscal de parte dos gastos com a assistência privada.¹⁵

Antes de 1988 já existiam dois níveis de participação do setor privado na assistência à saúde: o da prestação direta de serviços e o de planos e seguros privados. Nessa concepção foi regulamentada a saúde suplementar, mediante a aprovação das Leis n° 9656/98¹ e n° 9961/2000,² criando a ANS vinculada ao Ministério da Saúde, com atribuições de registro, normatização e controle das empresas operadoras de planos e seguros privados de saúde.

Esse marco regulatório carrega importantes conflitos e desafios, pois a assistência dos planos é denominada suplementar, mas na prática é disponibilizada de forma duplicativa

Tabela 1 – Proporção por tipo de Resolução Normativa - RN, ANS, 2002 a 2010

RN/ANS	%
Administrativas/operacionais/financeiras	66,70%
ANS	24,30%
Assistência à saúde	6,60%
Consumidores	2,50%

Fonte: Dados ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 20/06/2011.

em relação ao SUS para determinados extratos da população brasileira, os quais também têm garantia de acesso aos serviços públicos e contam com o benefício da renúncia fiscal de parte dos gastos privados na saúde.¹⁵

Questões normativas

A ANS, no período de 2002 a 2010, publicou 243 Normas Regulamentadoras (RN),¹³ que foram agrupadas conforme seu conteúdo preponderante na [tabela 1](#), uma vez que as normas tratam, com frequência, de mais de um aspecto, como o administrativo-financeiro e o assistencial-operacional, entre outros.

Verifica-se, pela análise de conteúdo, que o órgão regulador procurou disciplinar o registro das operadoras, as garantias contratuais, financeiras e de cobertura assistencial ao consumidor, em relação aos conflitos existentes, sobretudo os relacionados na pauta de aprovação da Lei n° 9656/98.

Na assistência à saúde predominou o que ficou estabelecido em lei,¹ como o Plano Referência (mínimo), apresentando algumas resoluções normativas⁹ que ampliaram o rol de cobertura e de procedimentos. A RN n° 139,¹⁶ em 2006, introduziu a avaliação de desempenho dos planos baseada na análise de indicadores de morbimortalidade e dos programas de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, mantendo a opção segmentar de planos com cobertura ambulatorial/hospitalar ou hospitalar com atendimento pré-natal.

Em relação aos consumidores, foi normatizada a confidencialidade dos dados de saúde do beneficiário, a questão de caução nos serviços de saúde e a portabilidade de carência, além do processo sobre comprovação de doenças ou lesões pré-existentes e a instituição do procedimento de Notificação de Investigação Preliminar (NIP)¹⁷ mediante denúncia do beneficiário.

Questões administrativo-operacionais

A análise da distribuição dos médicos,¹⁸ da rede de serviços¹⁹ e das operadoras¹³ foi outro recorte do estudo, estimulado pelo número de queixas dos beneficiários e apresentado na [tabela 2](#).

Os dados mostram que há uma estreita relação entre os percentuais do número de médicos, de estabelecimentos de serviços, bem como de operadoras de planos de saúde, que conformam a rede assistencial, compartilhada pelo SUS e pelo setor suplementar, concentrada na região sudeste, de maior poder aquisitivo no país.

Tabela 2 – Proporção do número de Médicos, Serviços e Operadoras, por região geográfica; Brasil, 2011

Região geográfica	Médicos ^a (%)	Serviços ^b (%)	Operadoras ^c (%)
Norte	4,20	4,50	2,90
Nordeste	16,80	20,60	14,20
Centro-oeste	7,50	8,80	6,70
Sudeste	56,50	45,20	61,20
Sul	14,90	20,80	15,30

^a Fonte: CFM. Disponível em: <http://www.portalmdico.org.br>. Acesso em 15/02/2012.

^b Fonte: CNES. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Natureza.asp? Acesso em 27/03/2012.

^c Fonte: ANS. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_03A.DEF. Acesso em 27/03/2012.

A questão da cobertura nacional do setor suplementar, assim como da assistência pública, envolve uma questão estrutural que compromete o acesso aos serviços, diante da heterogênea distribuição da rede assistencial no país. O ranking de reclamações dos órgãos de defesa do consumidor, como o da Fundação PROCON²⁰ do Estado de São Paulo, reflete essa realidade nos índices de reclamações, que acontece mesmo nos estados que têm maior nível de oferta de serviços.

O aumento das reclamações sobre o acesso à assistência suplementar também é reflexo do desenvolvimento econômico do país, que repercutiu no aumento do número de beneficiários de planos e seguros privados de 2003 para 25% em dezembro de 2011, sendo mais de 70% desse universo na modalidade de planos coletivos.

Questões econômico-financeiras

Houve melhora do controle econômico-financeiro, embora os critérios utilizados pela ANS para reajustes por faixas etárias e da média baseada nos reajustes dos planos coletivos empresariais sejam questionados devido aos valores, que pressionou o índice acima da inflação geral do país, que segundo o IBGE²² foi de 102,85% enquanto o da saúde foi de 133%, no período de 2000 a 2011.

Pesquisa publicada pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS)²³ mostrou o crescimento dos custos com exames, consultas e internações hospitalares, entre os anos 2008 a 2010: as consultas sofreram um aumento médio de 15,8%, enquanto a média de gastos com internações hospitalares subiu 17,5%.

Os conflitos com a categoria médica, em relação aos reajustes dos honorários, continuaram ocorrendo durante todo o período estudado. Mesmo com a edição da Classificação Brasileira de Honorários e Procedimentos Médicos- CBHPM,²⁴ em 2003, que identifica os valores do trabalho clínico e do valor agregado da utilização de tecnologias nos procedimentos, não houve melhora, segundo as entidades médicas, da política de reajustes praticada pelas operadoras de planos de saúde.

Manifestação de membros da Câmara de Saúde Suplementar

A análise do conteúdo das 12 entrevistas, com representantes de instituições na CSS, mostra que esses consideram a saúde um direito fundamental no Brasil. A maioria atribui ao crescimento da participação privada o fato de o Estado não garantir o acesso à assistência integral universal.

Parte dos atores considerou que houve avanços na regulamentação relacionados ao saneamento do mercado, que passou a contar com empresas mais estruturadas, aumentando as garantias contratuais e financeiras aos beneficiários e normatizando as regras de atuação das operadoras no mercado.

Os mais críticos foram os representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), das entidades e cooperativas médicas, todavia com diferentes orientações: o representante do CNS considerou a influência do mercado na ANS; os médicos mencionaram a insuficiência da lei na relação com os prestadores de serviços; e as cooperativas médicas criticaram o excesso regulatório por parte do Estado.

O representante da defesa do consumidor apontou conflitos nas políticas de reajuste dos planos e de acesso aos serviços, enquanto as entidades médicas discorreram sobre a questão da autonomia profissional e dos reajustes de honorários médicos. A central sindical, por sua vez, indicou como principal preocupação a extensão de cobertura aos aposentados.

O setor empresarial dos prestadores de serviços avaliou que os principais conflitos estavam no maior grau de exigência da população, que vem mudando de classe social e aumentando a demanda por rede assistencial. Por outro lado, as operadoras de planos disseram que os problemas estavam relacionados à gestão, em compatibilizar a atenção individual com a coletiva, pois o envelhecimento e a acelerada incorporação de novas tecnologias na saúde comprometem o financiamento da área.

O modelo assistencial focado na lógica de procedimentos, a persistência de conflitos na relação com os prestadores de serviços e com o SUS foram os problemas apontados pelo representante da ANS, enquanto o representante do CNS referiu que o principal conflito está em não priorizar o setor público diante do crescimento econômico do país.

Quanto às expectativas da regulamentação da assistência suplementar, tanto os representantes da defesa do consumidor quanto dos trabalhadores e da área médica têm reservas em relação ao futuro, apontando a necessidade de diminuição da influência das empresas na agência reguladora, maior regulação qualitativa, ampliação do setor público na assistência e maior regulação na relação com os prestadores de serviços.

O entrevistado da ANS, especificamente, apontou para “a necessidade de preencher o vazio jurídico na relação entre o SUS e a saúde suplementar, bem como com os prestadores de serviços”, enquanto o representante do CNS avaliou que no seu entendimento depende do projeto político, ou seja, de: “o governo decidir se o crescimento econômico do país servirá para políticas que promovam maior equidade na assistência à saúde ou apenas para enriquecer, ainda mais, o setor privado da saúde”.

Muitos entrevistados também mencionaram que a dinâmica estabelecida pela ANS, na Câmara, não favorece a gestão de conflitos, uma vez que a instância é consultiva e que o fórum termina sendo um mero espaço de divulgação da opinião sobre o tema pautado.

Discussão

A Bioética é uma disciplina que preconiza a ética aplicada à análise dos fenômenos e condições de vida de todos os seres, inclusive do ambiente que habitamos, tendo como horizonte a responsabilidade para com as gerações atuais e futuras. Trata dos valores éticos e morais que devem ser agregados ao desenvolvimento econômico dos povos, em conjunto com as dimensões humanas e sociais.²⁵

Na assistência à saúde há uma variedade de fatores que interferem nos resultados da atenção dispensada aos usuários, sendo todos igualmente importantes e que se retroalimentam, como as questões éticas que balizarão as políticas, que por sua vez estabelecerão direitos na legislação, baseados nos conhecimentos técnico-científicos da área. Assim, ao se avaliar políticas e segmentos assistenciais, é preciso levar em consideração se existe uma conjugação coerente entre os elementos acima mencionados e se os resultados encontrados são aceitáveis.

No Brasil e com as ideias expandidas para a América Latina, Garrafa et al.,²⁶ desde os anos 1990, vêm apontando a equidade como princípio fundamental nas discussões das políticas sociais e na mediação de conflitos que ocorrem na assistência à saúde.

Uma característica peculiar da bioética brasileira é ter sido construída no contexto da reforma sanitária, decorrente das mudanças constitucionais verificadas no campo da saúde, na última década do século passado.⁹ Foi nesse cenário, acompanhando o processo internacional de globalização, que surgiu a BI, território conceitual e aplicado do conhecimento ético que tem a equidade e a defesa dos cidadãos mais frágeis e vulneráveis de eixos e centrais na análise das políticas de redução de desigualdades produzidas pelos sistemas econômicos.²⁷

A BI delinea-se a partir da compreensão da saúde como qualidade de vida e direito humano universal. Nesse sentido, reconhece o contexto social como campo legítimo de estudos e intervenção, a partir da proposta de politização das questões morais constantes de sua agenda, em uma ótica expandida às situações de exclusão verificadas principalmente nos países do hemisfério sul, e, sobretudo, no contexto latino-americano.^{8,10}

O tema da equidade, no entanto, tem sido aplicado com diferentes entendimentos, pois trata-se de conceito polisêmico, que, conforme ressalta Almeida,²⁸ reflete valores e escolhas, de uma dada sociedade, em um determinado momento histórico.

Estudo realizado por Fortes,²⁹ em 2010, entrevistando estudiosos brasileiros de Bioética, apontou cinco ideias centrais sobre equidade. A mais expressiva constatação do estudo, também defendida pela BI, foi a de tratamento diferenciado diante de condições e necessidades desiguais que se apresentam para as pessoas, com o objetivo de alcançar um horizonte mais igualitário, almejado na saúde.

A saúde suplementar poderia ser uma medida de equidade, do ponto de vista econômico. Mas estudiosos como Carvalho,³⁰ refutam essa sugestão ao apontar o benefício da renúncia fiscal permitida pelo Estado brasileiro na assistência privada de saúde,¹⁵ que resultaria em um menor pagamento de impostos por parte das pessoas e do empresariado, que utilizam e patrocinam a assistência privada de saúde. O Estado, nesse caso, perceberia um menor recolhimento de impostos, diminuindo o poder de investimentos no setor público, ou seja, para os mais necessitados.

Uma das aplicações do princípio da equidade seria sobre a contribuição tributária, pois além de promover maior justiça fiscal e social na distribuição de recursos, na saúde ela permitiria, ao Estado, reforço ao patrimônio público na ampliação da rede de serviços. Essa possibilidade, contudo, não ocorre no financiamento indireto e/ou na compra de serviços privados, além de aumentar a dificuldade do Estado na regulação do mercado, sobretudo quando o ente público não é o maior financiador³¹ e nem o maior prestador direto dos serviços de saúde.³²

Um expressivo número de países,³³⁻³⁵ atualmente, conta com participação público-privada na assistência à saúde. No entanto, alguns deles têm procurado compatibilizar seu marco regulatório de forma que a participação privada concorra para a expansão da cobertura populacional e de serviços, seja na ampliação da assistência ambulatorial e farmacêutica, na questão do conforto hospitalar ou mesmo naqueles casos em que a população tem que optar entre a assistência pública ou privada.

Entre outros aspectos levantados nas entrevistas realizadas na pesquisa e que merecem ser discutidos criticamente no contexto da BI – aqui tomada como referência epistemológica – está a manutenção dos conflitos com relação ao acesso aos serviços e procedimentos, dos reajustes de mensalidades decorrentes do aumento dos custos dos planos, de políticas discutíveis relacionadas com a autonomia dos beneficiários e profissionais, entre elas o estabelecimento de carências diante da comprovação de doenças pré-existentes e os problemas, apontados pelos representantes dos consumidores, da heterogênea distribuição da rede assistencial no país.

Com relação aos problemas acima elencados, a BI, entre outras coisas, considera fundamental a discussão dos chamados quatro “pês” para o exercício de uma prática sanitária ética e responsável, especialmente em situações de vulnerabilidade e com relação à gestão pública: prevenção, proteção, precaução e prudência.¹¹ O tema da prevenção é usado em questões que envolvam possíveis danos e iatrogenias (por ação ou por omissão); a precaução é evocada em situações em que os riscos envolvidos não estão devidamente considerados, como acontece muitas vezes em decisões com relação ao acesso dos usuários aos planos de saúde; a prudência é lembrada com relação aos cuidados necessários frente ao uso indiscriminado de certos avanços tecnológicos; enquanto o referencial da proteção objetiva incluir no debate o tema da vulnerabilidade relacionada com a proteção indispensável aos mais necessitados, sendo fundamental diferenciar o conceito de vulnerabilidade em relação ao de risco.¹²

Outro aspecto que merece debate está relacionado à forte concentração da rede assistencial, dos profissionais¹⁸ e serviços,¹⁹ nas capitais dos estados e nas regiões mais

desenvolvidas. Assim, é importante discutir como a assistência suplementar pode contribuir na expansão geográfica dos serviços e não apenas de como alcançar extratos populacionais em mobilidade social, os quais em grande parte também estão concentrados nas regiões mais desenvolvidas do país.

A BI interpreta que essas questões encerram uma série de interesses, conflitos e divergências, que devem ser explicitados e debatidos, bem como as proposições e os acordos possíveis, pois são inerentes à própria vida humana. Não é aceitável, portanto, expor parte da sociedade a maiores gastos, sofrimento e dor, em função da falta de acesso aos serviços,³⁶ porquanto existam duas formas de assistência à saúde no país, que não alcançam as necessidades concretas da população globalmente considerada.

Conclusão

O marco regulatório que efetivou a aprovação da Lei nº 9656/1998 da saúde suplementar refletiu parte da demanda de setores da sociedade que mais se mobilizaram na regulamentação. Contudo, mesmo o Estado assumindo o controle das políticas e a fiscalização dos planos e seguros privados, não houve aprofundamento, na época, com relação ao melhor modelo de participação do setor suplementar, na relação com o SUS.

A regulamentação, no período de 2000 a 2010, apresentou avanços em relação às regras de registro, atuação e fiscalização das operadoras no mercado, bem como no estabelecimento de garantias contratuais, financeiras e de coberturas assistenciais aos beneficiários. O mesmo aconteceu com o fluxo de dados dos beneficiários, entre operadoras e órgão regulador, melhorando o nível de informação, quantitativa e qualitativa, com a rede prestadora de serviços e com a sociedade.

O setor pouco avançou do modelo assistencial referenciado na lista de doenças e procedimentos, bem como na qualidade da assistência. No entanto, iniciou, em 2006, um programa de avaliação de desempenho das operadoras, introduzindo novos cuidados com o objetivo de aumentar as medidas de gestão de saúde dos beneficiários e a qualidade do atendimento, cujos resultados estão em fase inicial.

A assistência dos planos e seguros privados, durante esse período da regulamentação, não favoreceu uma melhor distribuição da rede de serviços e de profissionais no país, uma vez que a maioria das operadoras está concentrada nas regiões mais industrializadas e desenvolvidas do país. Também não vem auxiliando na diminuição dos custos da assistência à saúde, diante dos reajustes das mensalidades acima dos índices inflacionários gerais do país.

Nos mais de 10 anos da lei, a saúde suplementar merece ser reanalisada quanto à lógica de participação no sistema de saúde, pois a forma duplicativa de assistência, disponibilizada para determinados extratos da população, tem levado a uma relação concorrencial com o setor público, disputando rede de serviços, elevando preços e dificultando a contratação de recursos humanos no SUS, fato que vem contribuindo para o aumento de iniquidades na área da atenção coletiva.

Vale reiterar que parte das dificuldades do SUS tem origem no fato de que, hoje, o Estado não é o maior financiador,

nem o maior prestador direto de serviços de saúde no país, o que impõe desafios, inclusive, na regulação do setor suplementar. Essas dificuldades na área pública vêm concorrendo para o aumento da adesão da população brasileira aos planos e seguros privados de assistência à saúde, o que tem levado a dificuldades de assistência também na rede de serviços privados, exigindo da agência reguladora, das operadoras de planos e dos prestadores de serviços à adoção de novas medidas gerenciais e operacionais, para aumentar a eficiência e eficácia do setor.

Tais medidas são necessárias, mas não suficientes, ao se analisar o quadro internacional, bem como o da população brasileira, que vem aumentando o poder de consumo e de necessidades na área de bem estar social nas diferentes regiões geográficas, assim como envelhecendo e aumentando a demanda por serviços de saúde. É certo que essa transferência de parcela da população para a assistência privada, vem desonerando o Estado de parte das despesas com a saúde, em que pese a falta de dados e estudos sobre a renúncia fiscal nessa área. Assim, também deveria ser contabilizado, além dos gastos, o que o setor público deixou de arrecadar, para melhor análise sobre a eficiência da medida.

Os dados analisados apontam para a necessidade de avaliação e reformulação do modelo de atenção, inclusive, diante da intrínseca relação e interdependência que ocorre no compartilhamento da rede de serviços e dos profissionais que atuam na saúde, em que pese o falso divórcio que ocorre na operacionalização da assistência. Nesse sentido, é fundamental a revisão do marco regulatório da assistência suplementar no Brasil, tendo como diretriz avaliar se a participação desse segmento na assistência à saúde em relação ao SUS deve ocorrer de maneira complementar, suplementar ou duplicativa, de forma a ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde da população.

Essas ações devem ser promovidas em conjunto com a revisão das políticas fiscais no setor, que concorram para a diminuição de iniquidades, como pagamentos do próprio bolso e falta de acesso aos serviços, sobretudo para a população de baixa renda.

A análise dos conflitos e desafios da assistência suplementar no Brasil, sob a perspectiva bioética, particularmente da BI, está vinculada aos compromissos ético e constitucional da saúde como direito fundamental do cidadão, que devem ser efetivados pelo conjunto da sociedade brasileira, necessitando, para tanto, promover mudanças na regulação público-privada, tendo como meta a cobertura universal da assistência à saúde no país.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília (DF): Senado; 1998.
2. Brasil. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília (DF): Senado; 2000.
3. Brasil Constituição Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
4. Mascarenhas NP. Análise de um processo de construção: a regulação da saúde suplementar no Brasil [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.
5. Oliveira JAD. Demandas jurídicas por coberturas assistenciais: estudo de caso: CASSI [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.
6. Scheffer M. Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.
7. Kanamura AH. Gastos elevados na assistência médico-hospitalar de um plano de saúde [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.
8. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*. 2003;17(5-6):399-416.
9. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16 Supl 1:719-29.
10. Nascimento WF, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde Soc*. 2011;20(2):287-99.
11. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética (CFM)*. 2005;13(1):125-34.
12. Leite DF, Barbosa PFT, Garrafa V. Auto-hemoterapia, intervenção do Estado e bioética. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(2):183-8.
13. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 13 mar 2010]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>
14. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [citado 25 fev 2009]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil.03/Leis/L8080.htm>
15. Brasil. Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do Imposto de Renda e dá outras providências [citado 12 abr 2012]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil.03/leis/L7713.htm>
16. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 139, de 24 de novembro de 2006. Institui o programa de qualificação da saúde suplementar [citado 20 maio 2011]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>
17. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada. RN nº 226, de 05 de agosto de 2010. Institui o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar – NIP e altera a redação do art. 11 da Resolução Normativa – RN nº 48, de 19 de setembro de 2003 [citado 20 maio 2011]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao>
18. CFM. Conselho Federal de Medicina. Brasília (DF); 2011 [citado 15 jun 2011]. Disponível em: http://portal.org.br/index.php?option=com_resolucoes&Itemid=36
19. CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Brasília (DF); 2012 [citado 27 mar 2012]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod.Ind.Natureza.asp?VEstado=00>
20. PROCON. Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor – Ranking de Reclamações 2010 [citado 8 out 2012]. Disponível em: http://www.procon.sp.gov.br/pdf/acs_ranking_2010.pdf

21. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2012 [citado 8 out 2012]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/defthotm.exe?anstabnet/dados/TABNET.03A.DEF>
22. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. Estudo de 2010 a 2011. Brasília (DF); 2010 [citado 8 out 2012] Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/precos/ipcae/default.shtm>
23. UNIDAS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Pesquisa Nacional UNIDAS 2010; 2011 [citado 6 maio 2012]. Disponível em: http://www.unidas.org.br/periodicos/arq_periodicos/pequisa2010.pdf
24. CFM. Conselho Federal de Medicina; 2003. Resolução CFM 1.673/03. Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. 5ª ed. Brasília (DF); 2003 [citado 15 fev 2012]. Disponível em: <http://sbhci.org.br/wp-content/uploads/2003/09/cbhpm.5a.ed.04.20101.pdf>
25. Waage J, Banerji R, Campbell O. The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015. *Lancet*. 2010;376:991–1023.
26. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética*. 1997;5(1):27–33.
27. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervenção (verbete). In: Tealdi JC, editor. *Dicionário latino americano de bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colômbia/Unesco; 2008. p. 161–4.
28. Almeida C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad Saúde Pública*. 2002;18 Supl.:23–36.
29. Fortes PAC. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(1):47–50.
30. Carvalho GO. Financiamento da Saúde no Brasil: um debate sobre a vinculação constitucional de recursos para a saúde, dívida pública e projeto de reforma tributária. Organização: Eurípedes Balsanulo Carvalho. Editor: Luiz Carlos Aiex Alves. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Câmara de Políticas da Saúde; 2010. p. 95-104.
31. OMS. Organização Mundial de Saúde. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 [citado 8 out 2012]. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
32. IBGE. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária – 2009 [citado 6 maio 011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/default.shtm>
33. Maarse JA, Hans M, editors. *The Privatisation of European Health Care: A Comparative Analysis in Eight Countries*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2004.
34. Poullier JP. *Privatisation in Health Care Financing in Forty European Political Entities*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2004. p. 199–226.
35. Drechsler D, Jütting J. Different countries, different needs: the role of private health insurance in developing countries. *J Health Politics Policy Law*. 2007;32:497–534.
36. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares- POF; 2008/2009. Brasília (DF); 2010 [citado 16 fev 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/.a_visualiza.php?id