

BRUNO CABÚS GOIS

**PLANOS ODONTOLÓGICOS EM ANÁLISE:
REGULAÇÃO E REMUNERAÇÃO AOS PRESTADORES
DE SERVIÇOS**

**Araçatuba – SP
2006**

BRUNO CABÚS GOIS

**PLANOS ODONTOLÓGICOS EM ANÁLISE:
REGULAÇÃO E REMUNERAÇÃO AOS PRESTADORES
DE SERVIÇOS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de MESTRE.

ORIENTADOR: Prof. Titular Dr. Orlando Saliba

Araçatuba – SP

2006

Dedicatória

Aos meus pais, fonte inesgotável de bons exemplos.

À minha mulher, pelo apoio incondicional neste projeto.

À minha filha, obra divina que inundou minha vida de amor, por toda sua paciência com minha ausência neste tempo que passou.

Agradecimentos

A Deus por todas as bênçãos que vêm me agraciando todos estes anos.

A meu avô Samuel, *in memoriam*, que em seu lugar todo especial continua a me inspirar com sua integridade e persistência.

A minha avó Martha, *in memoriam*, inspiração de dedicação e amor para toda minha família.

A meu irmão Samuel, apoio inestimável em minha vida.

A todos os meus tios, avós, primos, sobrinhos, pelo convívio amoroso em um lar tão especial.

A meu irmão Henrique, que me acompanha antes mesmo de eu saber que eu mesmo existia.

Aos meus amigos Alex, Jeidson, Luiz e Natan por este convívio tão divertido enquanto longe de casa, levo todos comigo em meu coração.

A meus colegas da pós que sempre pude contar a qualquer hora, mesmo sem solicitar estavam lá defendendo meus interesses, foi incrível.

A meu orientador, Prof. Dr. Orlando Saliba, por acreditar em mim.

A Profa. Dra. Nemre, todas as palavras de carinho seriam pouco para descrever com quanta estima a senhora me agraciou.

A Profa. Clea, que acreditou em mim até quando eu duvidei.

A Profa. Suzy, exemplo de dedicação, só de chegar perto a gente já está aprendendo.

A todos os demais professores do departamento, sempre disponíveis e solícitos com seu tempo e conhecimento.

Aos colaboradores do departamento, profissionais com uma dedicação invejável.

Aos funcionários da biblioteca, exemplos de disponibilidade.

A todos os amigos que fiz em Araçatuba, estarão sempre comigo. E espero poder receber a todos em minha terra da mesma forma que fui recebido por aqui. Em especial a Regina, Nino, Jana, Karina, tô esperando vocês lá.

A toda a família Saliba que nos recebe em seu seio de forma tão acolhedora que fiquei com vontade de trazer toda minha família de Maceió pra cá só pra ver a festa!

**“Uma Jornada com milhões de milhas
começa com um simples passo.”**

Lao-Tsu

Nota Explicativa

O objetivo dos trabalhos que compõem esta dissertação é iniciar nosso olhar sobre o estado atual da saúde suplementar na odontologia. Na primeira etapa dos trabalhos procurou-se entender os fatos históricos que haviam determinado o cenário atual e ao chegarmos no marco regulatório decidiu-se por aprofundar-se um pouco mais e tentar descobrir a influência que a classe odontológica, através de suas entidades representativas, tiveram na composição das linhas mestras que direcionam a atuação dos atores que compõem a saúde suplementar no Brasil, em especial na odontologia.

Este aprofundamento foi feito através da análise das atas de reuniões resultas dos encontros na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, dando origem ao artigo *“Planos e Cooperativas Odontológicas: Representação junto a agência de Saúde Suplementar – ANS.”*. Através deste estudo procurou-se observar, principalmente, as reivindicações das entidades de classe que representam a odontologia junto a ANS. Após este estudo observaram-se alguns pontos de discussão relevantes que ao nosso olhar mereciam aprofundamento, entre eles a remuneração dos profissionais da odontologia pelas empresas operadoras de planos e convênios, visto que não há regulamentação e ou controle específicos que determinem os valores dos honorários pagos pelas empresas operadoras, diferentemente do que ocorre com os procedimentos a serem ofertados aos usuários que sofrem rígido controle e são determinados pela ANS.

Surgiu então nosso segundo olhar sobre a odontologia na saúde suplementar, a busca por entender melhor a remuneração de honorários ofertada pelas empresas operadoras aos cirurgiões dentistas credenciados ou

funcionários destas empresas, surgindo o estudo, *“Honorários praticados por empresas operadoras de planos odontológicos sob procedimentos “preventivos”*”. Ao aprofundarmos nosso olhar sobre a remuneração percebemos que ela fazia parte de um contexto maior, inserida na administração de recursos humanos, e mudamos nosso olhar passando a perceber a remuneração de honorários profissionais como uma ferramenta capaz de direcionar positivamente a adoção de práticas voltadas para a saúde, foi então que estendemos nosso trabalho para não só constatar os valores dos honorários ofertados pelas empresas operadoras de planos e convênios, como também avaliar a disposição de alguns procedimentos, metodologicamente classificados como preventivos, nesta remuneração.

Acontecendo em ordem cronológica os estudos supracitados tentam clarificar alguns pontos relevantes ao entendimento do funcionamento de planos odontológicos no setor privado. Deve ser ressaltada a incipiência da literatura nesta área, o que nos faz crer que este é um importante passo de uma longa jornada neste vasto campo das políticas em saúde pública.

Esperamos que os estudos aqui percorridos possam de alguma forma incentivar e auxiliar o surgimento de seguintes, sendo levados a imaginar que após excessivos estudos subseqüentes surjam efetivas práticas e procedimentos que objetivem a prevenção e promoção da saúde bucal dos usuários de planos de saúde odontológicos, bem como a satisfação profissional dos agentes sociais envolvidos em sua produção.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas	12
Lista de figuras	13
Lista de tabelas e quadros	14
1. Introdução	
1.1. Contextualização ao sistema de saúde suplementar no Brasil	15
1.2. Regulação e controle	17
1.3. Particularidades sobre planos odontológicos	20
2. Capítulo I – Representação da odontologia junto a Agencia Nacional	21
2.1. Resumo	22
2.2. Abstract	23
2.3. Introdução	24
2.4. Revisão da Literatura	26
2.5. Metodologia	31
2.6. Resultados	33
2.7. Conclusão	37
2.8. Considerações Finais	38
3. Capítulo II – Honorários e procedimentos odontológicos, uma relação	39
3.1. Resumo	40
3.2. Abstract	41
3.3. Introdução	42
3.4. Metodologia	45
3.5. Resultados	47
3.6. Conclusão	50
3.7. Considerações Finais	51
4. Considerações finais e recomendações	54
5. Referências bibliográficas	57

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agencia Nacional de Saúde Suplementar
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFO	Conselho Federal de Odontologia
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSN	Conselho Nacional de Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FENASEG	Federação Nacional de Empresas de Seguros Privado e de Capitalização
Premio	Valor do pagamento mensal à ser repassado a empresa operadora de plano ou seguro de saúde
SINOG	Sindicato Nacional de Odontologia de Grupo
SUS	Sistema Único de Saúde
VRCC - CFO	Valores Referenciais para Convênios e Credenciamentos

LISTA DE FIGURAS

Capítulo I - Representação da odontologia junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Gráfico 1 – Citações referentes à odontologia nas reuniões da ANS quanto ao autor. Período de 1998 à 2003.	33
Gráfico 2 - Citações dos representantes da classe odontológica presentes nas atas de reuniões da ANS, disponíveis entre período de 1998 e 2003, quanto ao assunto e objetivo da colocação.	35

Capítulo II - Honorários praticados por empresas operadoras de planos odontológicos.

Gráfico 1 – média de valores por grupo de procedimentos praticados por empresas operadoras de planos odontológicos comparadas a tabela VRCC – CFO.	48
Gráfico 2 – Comparação de remuneração entre o grupo de procedimentos preventivos e os demais grupos de procedimentos na tabela do SUS, Planos Odontológicos e VRCC – CFO.	49

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Capítulo I - Representação da odontologia junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Quadro 1 – Exemplo de entidades e instituições constituintes da ANS	29
Quadro 2 – Categorias classificatórias das citações referentes à odontologia nas ATAS de reuniões da ANS.	32
Tabela 1. Frequência de citações com referência à odontologia nas reuniões da ANS, quanto ao autor e objetivo da colocação.	34
Tabela 2 - Citações dos representantes da classe odontológica presentes nas atas de reuniões da ANS, disponíveis entre período de 1998 e 2003, quanto ao assunto e objetivo da colocação.	35

Capítulo II - Honorários praticados por empresas operadoras de planos odontológicos.

Tabela 1 – Descontos médios aplicados por empresas operadoras de planos odontológicos sobre a tabela VRCC – CFO, por grupo de procedimentos.	47
Tabela 2 – Diferença na remuneração entre grupos de procedimentos quando comparados ao grupo de procedimentos coletivos.	49

1. INTRODUÇÃO

1.1 - Contextualização

Muito antes de surgirem as primeiras iniciativas públicas de assistência a saúde surge o modelo privado de acesso aos serviços, isto se deveu ao fato de ainda não se estar consolidado como papel do estado, o provimento de assistência a saúde a seus cidadãos.

Mesmo antes do início da revolução industrial, trabalhadores na Inglaterra uniam-se em sistemas reconhecidos como *mutualismo* (contribuição individual) como forma de garantir a recuperação de sua capacidade produtiva, bem como aumentar sua segurança contra eventuais danos a sua saúde e ou patrimônio.

Após a revolução industrial, a organização das base proletariadas aumentaram seu poder de negociação junto às empresas e ao estado. Por conseguinte os trabalhadores conseguiram a participação das empresas em seus “fundos de segurança” que logo em seguida têm a adesão do estado, dando início aos seguros sociais que conhecemos hoje.

Anos mais tarde surgem no Brasil as CAPs, caixas de aposentadorias e pensões, estimuladas pelas mesmas pressões originárias dos seguros europeus, as CAPs brasileiras saltam a fase do mutualismo e iniciam-se já sobre um modelo bi-partite, sob a contribuição dos patrões e empregados. Logo em seguida surge a participação do estado na contribuição aos fundos, como uma forma de garantir a continuidade dos benefícios, mesmo em caso de falência das empresas mantenedoras, é aí que surgem os IAPs (institutos de aposentadorias e pensões). Estes, diferentes de suas precursoras, focam-se

na aposentadoria enquanto as CAPs tinham suas ações mais direcionadas à assistência a saúde dos trabalhadores. Estes modelos iniciais têm em comum serem os predecessores, tanto do sistema público como do sistema privado de assistência à saúde, no Brasil que conhecemos hoje.

Nos anos seguintes o estado aumenta sua participação nas ações voltadas à assistência à saúde em conjunto com o aumento da atenção as políticas sociais, surgindo um ensaio do modelo de Welfare State (estado de bem estar social) adotado em muitos países da Europa ocidental. Em meados de 1960, com o surgimento do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), consolidado a partir da união dos vários IAPs existentes, o país incrementa ainda mais as ações do governo sobre o social, no entanto dá início a centralização destas ações no âmbito federal.

A centralização aumenta significativamente com o golpe militar que exclui a participação da sociedade junto às decisões sobre os investimentos que os fundos proporcionavam. Os investimentos do governo passam a ser direcionados a contratação da iniciativa privada na provisão de serviços e estrutura física para a assistência a saúde, no início dos anos 80 cerca de 70% dos recursos destinados a saúde eram destinados à iniciativa privada, através do já então INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), consolidando um modelo assistencial conhecido como Modelo Médico-Assistencial Privatista.

O sistema público existente na época só oferecia assistência à parcela da população integrada ao mercado de trabalho formal e incluía a restrição de gastos públicos, impossibilitando investimentos que permitissem ampliação da

oferta, o resultado foi à progressiva degradação da qualidade dos serviços ofertados.

Esse período corresponde, como contrapartida à crise do sistema público, a forte expansão do sistema de planos e seguros privados de saúde, para o qual migraram, inicialmente, os trabalhadores do mercado formal. A expansão do setor de saúde suplementar parece relacionar-se fundamentalmente com o colapso do financiamento público setorial verificado a partir de 1989.

Confirmando estes relatos assistimos ainda hoje a pressão das bases proletariadas em busca de benefícios à saúde, como podemos observar nos dados recentes divulgados pelo IBGE constatando o alto índice de acesso a planos de saúde privados pelos trabalhadores dos setores industriais e do comércio, em relação a proletariados alocados em outros segmentos do mercado, justamente os segmentos com maior índice de sindicalização.

1.2 – Regulação e Controle

O Art. 1º - da lei nº. 6.229/75, define como sistema de saúde:

*“O complexo de serviços do **setor público e privado**, voltados para as ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades **que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde...**”¹⁷.(Grifo nosso).*

Denominamos de sub-sistema privado o conjunto de serviços prestados pelas clínicas e consultórios, hospitais, instituições filantrópicas (Sta. Casas e beneficências) e planos de saúde. Os planos e seguros privados de saúde

fazem parte de uma parcela importante do sistema de prestação de assistência à saúde no Brasil, denominada de assistência médica suplementar. Atualmente estas empresas representam uma das maiores forças no sub-sistema privado, abrangendo cerca de 42 milhões de brasileiros e movimentando anualmente bilhões de reais.

Particularmente no Brasil, a legislação define a responsabilidade pública pela saúde da população no artigo 196 da constituição federal de 1988. Concomitantemente, é assegurado o espaço para a iniciativa privada no artigo 199, onde ficou estabelecido que: "**A assistência à saúde é livre a iniciativa privada**". Além disso, como as ações e serviços de saúde são considerados como de "Relevância pública" (art.197), o setor privado passa a estar sujeito ao controle e fiscalização do estado.

O sistema privado de saúde é parte integrante do sistema público de saúde, e por tratar-se de um serviço de relevância social, deve estar sob o controle do governo e, segundo a constituição, deve funcionar como o próprio nome indica, de forma complementar, "suplementar", ao sistema público de saúde.

No entanto, percebemos o processo de regulação da saúde suplementar somente no final da década de 90 com o surgimento da lei 9.656/98 e da medida provisória 1.665/98, estabelecidas como marcos legais da regulamentação, tendo sua consolidação em 2000 com a criação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão responsável pela fiscalização do setor.

No caso particular dos planos de saúde a legislação surge através da grande demanda e pressão popular, criadas devido em grande parte, pelo

abuso das empresas sobre seus beneficiários particularmente explorando o fato da inexistência de uma regulamentação e de uma fiscalização por parte do governo anos atrás.

As principais vantagens trazidas pela legislação foram:

- Obrigatoriedade da assistência a todas as doenças codificadas.
- Regulamentação e fiscalização da entrada e saída de empresas no setor.
- Reajustes controlados
- Proibição da rescisão unilateral dos contratos
- Definição e limitação das carências
- Ressarcimento ao SUS
- Contratualização regulamentada.

Infelizmente muitos dos usuários atuais não se beneficiam das vantagens trazidas pela legislação mantendo-se sob contratos não regulados e a mercê dos desmandos de algumas operadoras, isto se deve ao fato de a lei não ter poderes sobre os contratos aceitos antes do marco legal. Segundo os dados divulgados pela ANS em Dez.2005 mais de 36,4% dos usuários continuavam sob contratos antigos, a margem da legislação.

Ainda segundo a agência, no mesmo período, dos contratos novos vigentes, 63,6% são coletivos. Outro dado relevante considera a distribuição da cobertura dos planos sob a população em cada região, onde observamos uma maior prevalência da cobertura nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal. Supõe-se que esta distribuição esteja vinculada ao maior poder aquisitivo da população destes estados, o que garantiria o maior acesso aos planos, como também ao maior desenvolvimento industrial, no caso dos

estados do Rio de Janeiro e São Paulo, influenciando diretamente no surgimento de beneficiários por contrato coletivo.

1.3 Particularidades dos planos odontológicos

A Co-participação, modelo onde há a participação do usuário no pagamento de parte do serviço, surge com mais frequência nos planos odontológicos para os procedimentos não incluídos no rol de procedimentos mínimos, determinados pela ANS, como exemplo a ortodontia, a prótese, diagnósticos com envolvimento de alta tecnologia, entre outros. Em grande parte dos planos odontológicos os usuários estão sujeitos ao pagamento de um valor adicional além do pagamento mensal contratado para acessar serviços como os descritos acima, outra forma que as operadoras encontram para a Co-participação, nestes casos, é a concessão de descontos na rede credenciada à prestação de serviços sofisticados, onde os usuários pagam diretamente ao prestador sob valor estipulado pela operadora ou pagam à operadora que cede uma autorização ao atendimento.

Segundo diretores de operadoras de planos odontológicos, contratos coletivos normalmente possuem prêmios mensais com valores menores do que planos ofertados a usuários individuais, isto se deve principalmente ao fato do poder de barganha das empresas contratantes junto a operadora.

CAPÍTULO I

**Representação da odontologia junto a Agência
Nacional de Saúde Suplementar - ANS.**

RESUMO

Gois BC, Representação da odontologia junto a agência nacional de saúde suplementar – ANS. (dissertação). Araçatuba/SP: UNESP - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2006.

O setor de saúde suplementar atualmente representa a porta de entrada de cerca de 42 milhões de brasileiros a serviços de saúde. Passaram-se anos até que finalmente surge a regulamentação do setor. O objetivo deste trabalho foi realizar uma análise da representação da classe odontológica frente a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, responsável pela regulamentação e fiscalização do setor. Por meio de uma investigação do conteúdo das Atas de reuniões da ANS no período de 1998 a 2006 realizou-se a identificação e classificação das citações relativas à odontologia, tentando traçar um perfil da representação da classe junto ao setor. A odontologia foi referenciada 135 vezes nos documentos examinados, os representantes da classe odontológica foram responsáveis por 77 citações (57%), destas 19 trataram sobre a cobertura e rol de procedimentos sendo 7 de caráter reivindicatório; outras 35 colocações trataram do gerenciamento e padronização dos serviços e contratos oferecidos pelos planos odontológicos, sendo que 5 foram de caráter reivindicatório; outras 3 reivindicações foram pleiteadas pelos representantes em relação à política de reajustes e taxas e totalizaram 10 citações a respeito dos prestadores de serviços. Concluímos que a classe odontológica parece estar bem representada, sendo imprescindível a continuidade dos trabalhos executados por nossos representantes junto a ANS.

Palavras-chaves: Planos de saúde; regulamentação governamental; Análise de documentos.

ABSTRACT

Gois BC, Dentistry representation in health insurance agency – ANS. (dissertação). Araçatuba/SP: UNESP - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2005.

The sector of health insurance is the entrance of 42 millions Brazilian people for health services. Passed a lot of years until regulations appears. The objective of this article was made an analysis of dental institutions participation at the national agency of health insurance – ANS, response for regulation and investigation in Brazil. Through an documental analysis of texts described in meeting registration of ANS, from 1998 to 2006, was made an identification of dental citations, try to describe a standard of dental representation in the meetings. The dentistry was present in 135 citations, the dentistry representatives institutional made 77 citations (57%), 19 was about dentistry proceeds and 7 of those was to ask resolutions; others 35 citations was about manager and standard of services offer by insurance companies, 5 was ask resolutions; others 3 asks was about taxes and fees, and 10 others was about relationship between companies and employs. The results show that dentistry has a good presence by their institutional representatives in ANS meetings.

Key – Words: Health insurance; Federal regulation; Documental analysis.

INTRODUÇÃO

Mesmo antes do início da revolução industrial, trabalhadores na Inglaterra uniam-se em sistemas reconhecidos como *mutualismo* (contribuição individual) como forma de garantir a recuperação de sua capacidade produtiva, bem como, aumentar sua segurança contra eventuais danos a sua saúde e ou patrimônio, ou seja, muito antes de surgirem as primeiras iniciativas públicas de assistência a saúde surge o modelo privado de acesso aos serviços, isto se deveu ao fato de ainda não se estar consolidado como papel do estado, o provimento de assistência a saúde a seus cidadãos nesta época.

O modelo inicial criado pela classe proletariada no início do século sofreu diversas alterações transformando-se no que conhecemos hoje como setor de saúde suplementar, composto por empresas de seguros saúde e planos privados de assistência à saúde.

Na segunda metade dos anos 80 houve uma grande expansão do mercado da saúde suplementar no país, inicialmente acobertando funcionários das grandes indústrias, através de contratos coletivos, e em conseqüente passando a oferecer planos ao cidadão comum, planos individuais. Atualmente estas empresas representam uma importante face do setor saúde, abrangendo cerca de 42 milhões de brasileiros, mais de 20% da população¹, movimentando anualmente bilhões de reais. Inseridos neste amplo mercado estão os planos privados de assistência odontológica.

Apesar de estas empresas estarem atuando no mercado a bastante tempo, somente percebemos o processo de regulação deste setor no final da década de 90 com o surgimento da lei 9.656/98² e da medida provisória 1.665/98³, estabelecidas como marcos legais da regulamentação, tendo sua

consolidação em janeiro de 2000, com a publicação da lei 9.961/00⁴ que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, órgão responsável pela regulamentação e fiscalização do setor.

Atualmente milhares de cirurgiões dentistas, mantêm atividades profissionais regulares utilizando planos e cooperativas odontológicas como parceiros em sua cadeia produtiva. A insipiência da literatura sobre o assunto, estimula o desenvolvimento de investigações que proponham um maior esclarecimento das relações entre os diversos atores sociais que compõem o complexo mercado da saúde suplementar na odontologia.

Particularmente no Brasil, a legislação define a responsabilidade pública pela saúde da população no artigo 196 da constituição federal de 1988⁵. Concomitantemente, é assegurado o espaço para a iniciativa privada no artigo 199, onde ficou estabelecido que: "**A assistência à saúde é livre a iniciativa privada**". Além disso, como as ações e serviços de saúde são considerados como de "Relevância pública" (art.197), o setor privado passa a estar sujeito ao controle e fiscalização do estado.

De acordo com Roncalli⁶, o sistema privado de saúde é parte integrante do sistema público de saúde, e por tratar-se de um serviço de relevância social, deve estar sob o controle do governo e, segundo a constituição, deve funcionar como o próprio nome indica, de forma suplementar ao sistema público de saúde.

Nos últimos anos vemos assistindo uma série de mudanças sobre o papel exercido pelo estado nos mais diversos setores de nossa sociedade. O modelo liberal de estado mínimo é confirmado por estratégias de privatização

de setores antes reconhecidos como de responsabilidade estatal. Como conseqüências deste modelo surgiram as agencias reguladoras.⁷

As agências reguladoras independentes constituem um modelo institucional de administração pública, influenciado pelo arquétipo originário dos Estados Unidos da América, que vem sendo adotado na América Latina e na Europa a partir da década de 80.⁸

No caso particular dos planos de saúde, a legislação e a criação de um órgão regulador, surgem através da grande demanda e pressão popular, criadas devido em grande parte, ao abuso das empresas sobre seus beneficiários, particularmente explorando o fato da inexistência de uma regulamentação e de uma fiscalização por parte do governo anos atrás.⁹

O Art. 1º da Lei 9.961⁴ de janeiro de 2000, determina a criação da **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.** (Grifo nosso)

Em síntese a ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.⁹

No entanto é importante ressaltar que diferentemente das agências da área de infra-estrutura, a ANS em sua criação não regularia uma atividade

antes realizada por organizações estatais que foram privatizadas. Nestes setores, o Estado detinha toda a informação de produção e toda a tecnologia de regulação anterior. Portanto, deve-se atentar para o fato de que a ANS foi criada para regular uma atividade privada: a) já existente; b) extremamente complexa; c) num setor essencial, que é a saúde; d) que nunca havia sido objeto de regulação do Estado.⁹

Dessa maneira é essencial à noção de moderna regulação onde o ente regulador estatal dialogue e interaja com os agentes sujeitos à atividade regulada, buscando não apenas legitimar a sua atuação, como tornar a regulação mais qualificada porquanto mais aderente às necessidades e perspectivas da sociedade. Faz-se necessário então que a atuação estatal seja pautada pela negociação, transparência e permeabilidade aos interesses e necessidades dos regulados. Portanto, o caráter de imposição da vontade da autoridade estatal (que impõe o interesse público selecionado pelo governante) dá lugar, na moderna regulação, à noção de mediação de interesses, no qual o Estado exerce sua autoridade não de forma impositiva, mas arbitrando interesses e tutelando hipossuficiências.⁷

O aspecto fundamental dessa evolução para o modelo de participação social está no reconhecimento da necessidade de espaços de representação social independentes e de mediação de interesses, no interior do aparelho estatal. A legitimação política do Estado tende a depender cada vez mais da sua capacidade de gerar o consenso ou de viabilizar novas hegemonias a partir de debate em torno de interesses e projetos dos diversos atores sociais.¹⁰

A cidadania só pode expressar-se na ação coletiva, no espaço público, no processo de negociação em torno de interesses sociais. Nesse processo, a

sociedade civil deve desenvolver sua capacidade de propor, pressionar, interferir na dinâmica do Estado, sendo que a democratização do setor de saúde deve estar colocada dentro de uma perspectiva mais ampla de reforma democrática do Estado e da sociedade. A construção de direitos sociais e políticos é o que identifica a democracia e se não houver a criação de espaços públicos os interesses que estão em jogo não se explicitam.¹⁰

No processo de organização de interesses é preciso fortalecer a participação de base dos vários segmentos sociais e estimular a realização de alianças no campo democrático e popular para que haja representatividade e força em sua atuação na sociedade e em nível institucional.

Inserida neste contexto, a ANS mantém sua constituição preservando a participação dos setores representativos e interessados na discussão sobre o mercado de saúde suplementar no Brasil. No quadro 1 podemos observar algumas instituições participantes da ANS.¹¹

Artigo 37 da Constituição federal¹²

"§ 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente:

I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços;

II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII;

Quadro 1 – Exemplo de entidades e instituições constituintes da ANS.¹¹

CFM – Conselho Federal de Medicina.	CFO – Conselho Federal de Odontologia	FBH – Federação Brasileira de Hospitais
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde	SINOG – Sindicato Nacional das empresas de Odontologia de Grupo	FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
Associações de Consumidores de planos de assistência à saúde	UNIODONTO – Cooperativas de Serviços Odontológicos	Confederação das Santas Casas e Misericórdia, e Entidades Filantrópicas
Ministério da Fazenda	Ministério da Saúde	Ministério da Justiça
CUT – Central Única dos Trabalhadores	CSN - Conselho Nacional de Saúde	COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

Fonte: ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004

O presente estudo propõe-se a avaliar a representação da classe odontológica frente à ANS, bem como situar o leitor sobre aspectos relevantes da legislação que rege os planos odontológicos.

MATERIAIS e MÉTODOS

No presente estudo utilizou-se das atas de reuniões da ANS no período de 1998 a 2006. No total foram examinados textos de 42 atas.

A análise das atas foi realizada identificando as citações referentes à odontologia em seus mais diferentes aspectos, em seguida classificou-se as citações encontradas quanto ao autor da citação, ao assunto tratado e ao caráter em que se foi feita a citação, identificando a citação quanto à data e localização nos documentos de ata.

Os **autores** das citações a classe odontológica foram divididos em:

Representantes da ANS / Governo: quando a citação era colocada por parte de integrantes da ANS, representantes do governo ou integrantes de outras áreas do governo ligadas a ANS.

Representantes da classe odontológica: quando a citação foi feita por representante da classe odontológica, incluindo-se nesta, os representantes das empresas e os representantes das entidades de representação da classe.

Outros: quando a citação foi realizada por representantes de outras instituições que não representam à odontologia.

Os **assuntos** foram classificados da seguinte forma:

Cobertura e Rol de Procedimentos: quando a citação tratava de questões relativas a definição, conteúdo e forma de aplicação da cobertura e do rol de procedimentos oferecidos pelas empresas a seus usuários.

Gerenciamento e Padronização: quando a citação continha assuntos relativos à forma como as empresas deveriam documentar-se e reportar-se a

ANS e ao governo, bem como assuntos relacionados à composição e ao comportamento jurídico destas empresas frente ao governo e a sociedade.

Reajustes e Taxas: receberam esta classificação as citações que discutiam assuntos relacionados à discussão dos reajustes e taxas, bem como citações que se referiam a aspectos econômicos das empresas.

Prestadores de serviços: receberam esta classificação as citações que discutiam assuntos relacionados as relações entre operadoras e prestadores de serviços e honorários pagos aos prestadores.

O **caráter** em que foi realizada a citação foi classificado em:

Reivindicatório: quando as citações reivindicavam ações sobre os assuntos tratados.

Regulador: quando as citações tinham caráter regulador sobre o assunto tratado.

Esclarecimento e Observações: quando as citações traziam apenas esclarecimentos e observações sobre os assuntos tratados.

Outros: classificavam-se como de outro caráter as citações que continham elogios e relatos aos assuntos sem, contudo reivindicar, regular ou esclarecer os assuntos tratados na citação.

No quadro 2 pode-se observar as categorias classificatórias das citações encontradas nas atas examinadas.

Quadro 2 – Categorias classificatórias das citações referentes à odontologia nas ATAS de reuniões da ANS. Período de 2000 – 2003.

AUTOR	ASSUNTO	CARÁTER
ANS	Cobertura e Rol de Procedimentos	Reivindicatório
Classe Odontológica	Gerenciamento e Padronização	Regulador
Outros	Reajustes e Taxas	Esclarecimento e Observações
-	Prestadores de Serviços	Outros

Os eventos de citação referindo-se a odontologia foram identificados, classificados e contabilizados em planilha eletrônica Excel 2003, extraindo-se os resultados.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Foram encontradas 42 atas disponíveis a consulta, compreendendo o período de Agosto de 1998 a Março de 2006. A data da primeira Ata coincide com a da publicação da lei estipulada como marco inicial da regulamentação.

Nestes documentos foram encontradas 135 referências à odontologia. Entre estas, os representantes da classe odontológica foram responsáveis por 77 citações (56%), outras 52 citações (39%) com referências a odontologia foram feitas por representantes da ANS, outras 6 citações (4%) foram relacionadas a representantes de outras classes profissionais.

Gráfico 1 – Citações referentes à odontologia nas reuniões da ANS quanto ao autor. Período de 1998 à 2006.

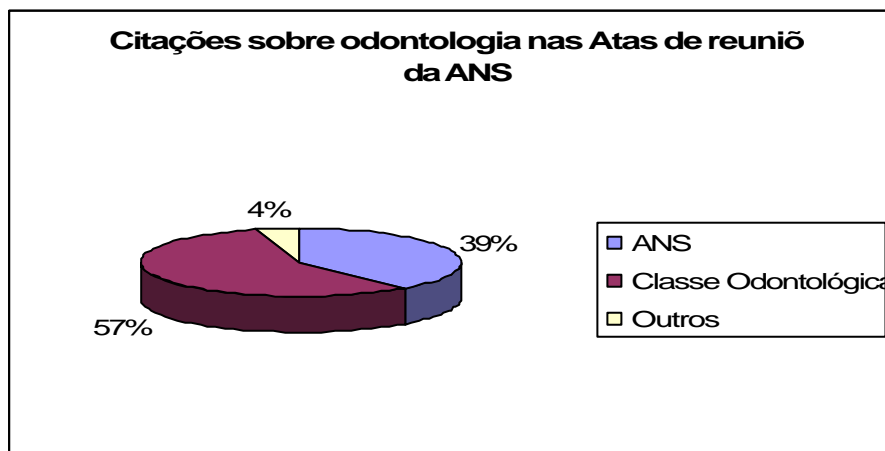


Tabela 1. Freqüência de citações com referência à odontologia nas reuniões da ANS, quanto ao autor e objetivo da colocação.

	Esclarecimentos / Observações	Regulador	Reivindicatório	Outros	TOTAL
ANS	32	17	0	3	52
Classe Odontológica	51	1	23	2	77
Outros*	4	1	0	1	6
Total	41	15	16	6	135

Período de 1998 à 2006

Entre as citações de autoria dos representantes da odontologia 14 abordaram o tema “cobertura e rol de procedimentos” sendo 7 de caráter reivindicatório, 5 prestando esclarecimentos ou fazendo observações e outras 2 classificadas como citações sem ligação a tema específico.

Abordando o tema “Gerenciamento e Padronização”, dos serviços e contratos oferecidos pelos planos odontológicos, os representantes da classe odontológica perfizeram o total de 16 colocações, sendo que 5 foram de caráter reivindicatório, 10 prestaram esclarecimentos e 1 tratou sobre questão regulatória.

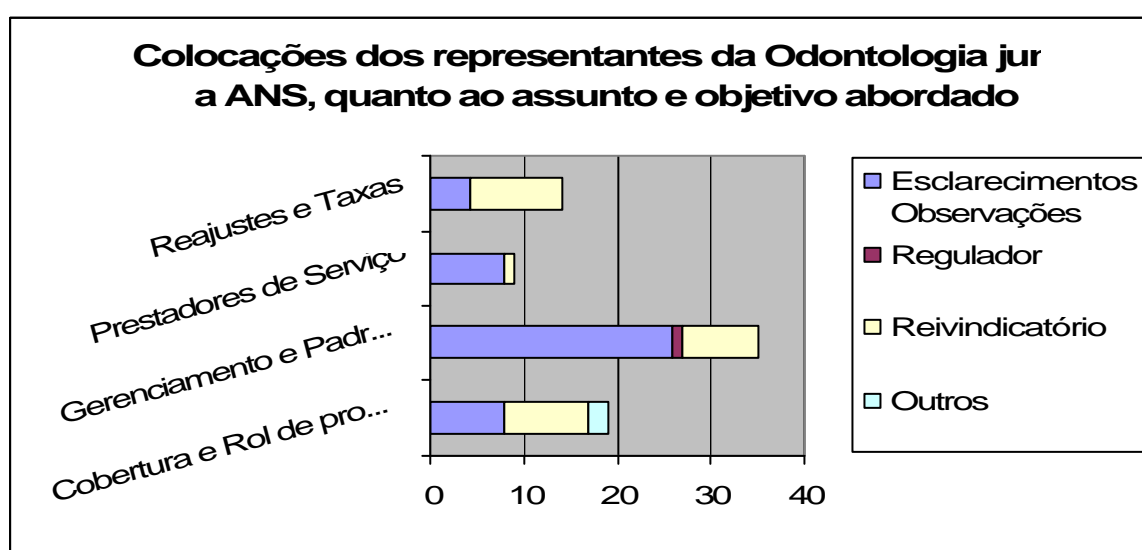
Questões a cerca dos “Prestadores de Serviços” geraram 5 citações, onde 4 prestaram esclarecimentos sobre o tema e 1 teve caráter reivindicatório.

Sobre o tema “Reajustes e Taxas”, os representantes da odontologia posicionaram-se em 5 ocasiões sendo que 2 delas com o intuito de prestar esclarecimento e outras 3 classificadas como de caráter reivindicatório.

Tabela 2 - Citações dos representantes da classe odontológica presentes nas atas de reuniões da ANS, disponíveis entre período de 1998 e 2006, quanto ao assunto e objetivo da colocação. FOA – Unesp; Araçatuba 2006.

	Esclarecimentos / Observações	Regulador	Reivindicatório	Outros	Total
Cobertura e Rol de procedimentos	8	0	9	2	19
Gerenciamento e Padronização	26	1	8	0	35
Prestadores de Serviço	8	0	1	0	9
Reajustes e Taxas	4	0	10	0	14

Gráfico 2 - Citações dos representantes da classe odontológica presentes nas atas de reuniões da ANS, disponíveis entre período de 1998 e 2006, quanto ao assunto e objetivo da colocação. FOA – Unesp; Araçatuba 2006.



Analisando a cronologia dos fatos observamos que existiu uma seqüência entre as discussões sobre cada tema. No início dos debates, entre o período de 1998 e 2000 o tema em foco foi o rol de procedimentos, concomitantemente foram abordadas questões a cerca do gerenciamento e padronização, em seguida o tema que recebeu mais atenção foram os assuntos relacionados aos reajustes e taxas. Ao final de 2003, as discussões permeavam o tema da relação entre as operadoras e os prestadores de serviços, quanto a contratualização e remuneração dos prestadores. As discussões continuaram até 2006 permeando os assuntos anteriormente citados tentando um ajuste e conciliação de interesses. Algumas câmaras técnicas foram formadas para aprofundamento de temas mais relevantes.

CONCLUSÃO

Segundo a análise proposta, percebemos que houve uma participação efetiva dos representantes da classe odontológica na defesa dos interesses dos cirurgiões dentistas junto a ANS no período examinado.

É importante ressaltar, a necessidade de discussão da relação entre operadoras e prestadores de serviços, principalmente, sobre o tema dos honorários ofertados pelas operadoras para os serviços prestados pelos cirurgiões dentistas.

A participação da odontologia nas discussões da ANS é exemplo de cidadania e modelo democrático eficiente que estimulam o desenvolvimento de práticas pautadas em consenso dos atores sociais envolvidos, trazendo benefícios palpáveis ao principal interessado nos resultados, o cidadão brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação de uma associação dos prestadores de serviços odontológicos – Profissionais e empresas que são contratadas e ou prestam serviço aos planos e seguros odontológicos – nos parece ser uma alternativa ao aumento do poder de negociação frente as operadoras, no que diz respeito ao repasse de honorários.

A consolidação de instâncias regionais representativas da ANS pode estimular a participação social beneficiando todas as partes envolvidas no cenário, reafirmando o compromisso de transparência e democracia assumido pela agência em sua criação.

A descentralização dos debates acerca dos problemas sobre a saúde suplementar pode desencadear uma melhoria significativa nos serviços prestados por operadoras a seus usuários, bem como a melhoria nas relações operadoras - prestadores. Ao considerar-mos a grande pulverização regional dos planos de saúde odontológicos, podemos supor que a descentralização é único modo de atingir a profundidade de entendimento necessário a dissolução de impasses regionais, a exemplo do que acontece hoje no setor público, com a municipalização.

CAPÍTULO II

**Honorários praticados por empresas operadoras de
planos odontológicos.**

RESUMO

Gois BC, Honorários praticados por empresas operadoras de planos odontológicos. (dissertação). Araçatuba/SP: UNESP - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2006.

Os planos e seguros saúde são uma importante parcela do sub-sistema privado de saúde no Brasil. Inseridos no mercado chamado saúde suplementar os planos e convênios médicos já acobertam mais de 42 milhões de brasileiros. O presente trabalho avaliou os honorários ofertados por empresas operadoras de planos odontológicos à cirurgiões dentistas credenciados. Cinco planos com abrangência nacional tiveram suas tabelas de honorários comparadas com a tabela sugerida pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO para remuneração de honorários de credenciamentos e convênios. Em média os planos aplicaram um desconto de 54,51% sob os preços sugeridos pelo CFO. O grupo de procedimentos preventivos foi onde o desconto foi mais acentuado com 57,09%, em média. Percebe-se que as empresas operadoras de planos e convênios presentes neste estudo estão aplicando um desconto abusivo sob os preços sugeridos pelo CFO. Uma mobilização da classe se faz necessária a fim de se discutir os pontos que podem estar influenciando este fato na tentativa de se encontrar alternativas que possam reverter esse quadro.

Palavras-chaves: Honorários; Planos de Assistência Odontológica; promoção de saúde.

ABSTRACT

Gois BC, Payments for services in oral health insurance companies.

The health insurance companies are very important in the Brazilian health system. Included in private health sub-system the insurance companies already has 42 millions Brazilian people. This article evaluated the salary paid by this companies for their dentistry employs. 5 companies with national presence has their dentistry proceeds price list compared with prices suggested by federal dentistry association – CFO sheet. The medium discount applied by insurance companies was 54,51% when compared with CFO's sheet. The preventive proceeds group has the most increase médium discount with 57,09%. This study show that health insurance companies evaluated in this work applied an abusive discount over the CFO's suggested sheet. A mobilization of dentistry representatives will be necessary to discussed about reasons that can have influence in this scene with objective to reduce the difference between prices lists.

Key – Words: Health insurance companies; dentistry; employs payment.

INTRODUÇÃO

Os planos e seguros privados de saúde fazem parte de uma parcela importante do sistema de prestação de assistência à saúde no Brasil, denominada de assistência médica suplementar. Atualmente estas empresas mantêm, sobre sua tutela, a saúde de mais de 42 milhões de brasileiros, equivalente a quase 25% da população nacional¹, movimentando anualmente bilhões de reais.

O setor odontológico está atravessando uma fase paradoxal, caracterizada pelo excesso de profissionais no mercado e pelo grande contingente populacional carente de tratamentos odontológicos.¹²

Dados do CFO¹³ mostram que existem hoje no Brasil 174 faculdades de odontologia no país, sendo que 120 destas tem administração particular, 27 são federais, 19 estaduais e 8 municipais. Comparado com outros países o Brasil possui um alto número de faculdades, o que ao longo dos anos vêm contribuindo para uma oferta excessiva de mão de obra.

A Lei da oferta e da Procura é a lei que estabelece a relação entre a procura de um produto / serviço, e a quantidade que pode ser oferecida¹⁴; quando a oferta deste determinado serviço é alta e a demanda / procura é baixa o preço pago pelo mesmo tende a cair.¹⁵ No caso dos serviços odontológicos, o alto valor agregado associados a este tipo de serviços, não encontra uma parcela da população, que possa efetivamente pagar, logo temos um excesso de mão de obra disposto a reduzir o preço com intuito de adequar-se a capacidade de pagamento da demanda.

O dicionário Houaiss define a palavra honorários como sendo os vencimentos devidos a profissionais liberais (médicos, advogados etc.) em troca de seus serviços; ou seja o seu salário ou remuneração.

Em 2003, Bastos et al¹⁶, analisaram o perfil de 248 cirurgiões – dentistas e verificaram que 26,5% trabalham em consultório particular e atendem em algum convênio ou cooperativa e apenas 12,2% trabalham na rede pública e destes apenas 12,2% estão financeiramente realizados. As maiores dificuldades relatadas pelos profissionais pesquisados foram a alta competitividade e a saturação de mercado.

Em 2002, Silveira et al¹², avaliaram o perfil, experiência e expectativas de dentistas com empresas de odontologia de grupo: 98,52% reconhecem que há uma crise no modelo liberal da profissão e 75,86% tem interesse por convênios.

Muita ênfase vem sendo dada à relação profissional entre empresas operadoras de planos de odontologia e os profissionais prestadores de serviços conveniados a estas empresas. Um dos pontos cruciais das discussões é o repasse de recursos aos prestadores, que afirmam estar sendo mal remunerados.

Com o intuito de orientar a remuneração mínima dos cirurgiões dentistas o CFO – Conselho Federal de Odontologia publicou no Diário Oficial da União – DOU tabelas de honorários com de valores referenciais para procedimentos odontológicos¹⁷. Estas tabelas deveriam servir de base para a remuneração dos profissionais cirurgiões dentistas.

Nos últimos anos, o número de convênios e planos odontológicos tem aumentado consideravelmente. Muitos deles utilizam tabelas próprias para a remuneração dos seus credenciados, com honorários muitas vezes abaixo dos propostos pela Tabela Nacional de Convênios e Credenciamentos VRCC que nos traz valores referenciais para a remuneração de honorários por procedimentos a serem pagos à profissionais credenciados por planos e convênios odontológicos.¹⁸

As várias formas de remuneração produzem distintos efeitos no comportamento do prestador de serviços de saúde, interferindo diretamente na gestão dos sistemas de assistência e na prática da odontologia.¹²

O propósito do presente estudo foi verificar o repasse de honorário ao cirurgião dentista ofertado pelas empresas operadoras de planos odontológicos, bem como constatar o percentual de desconto que estas empresas aplicam sobre a tabela VRCC – CFO (Valores referenciais para Convênios e Credenciamentos) e identificar as diferenças de preços percentuais aplicadas a cada grupo de procedimentos.

MATERIAIS e MÉTODOS

Foram coletadas tabelas de preços para remuneração de honorários profissionais aos cirurgiões dentistas credenciados de 5 empresas operadoras de planos odontológicos com abrangência nacional.

Os procedimentos foram segmentados em quatro grupos, *procedimentos preventivos, de dentística, de endodontia e de cirurgia*. Os procedimentos selecionados a compor os grupos foram baseados na classificação de procedimentos do Sistema Único de Saúde – SUS descritos no *Código de procedimentos SAI/SUS*, sendo avaliados somente procedimentos descritos no código SAI/SUS¹⁹.

Com o intuito de comparar os valores de remuneração de honorários praticados pelas empresas operadoras foi utilizada como referência a tabela de Valores de Referência para Credenciamentos e Convênios – VRCC, estipulada pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO.¹⁷

Foram encontradas as médias dos valores descritos nas tabelas das empresas operadoras de planos odontológicos por grupo de procedimentos, sendo estes valores comparados aos estipulados pela tabela VRCC – CFO, com o intuito de verificar o desconto que as operadoras vêm aplicando sobre os valores sugeridos na a tabela VRCC – CFO.

Verificou-se a remuneração média em cada grupo de procedimentos, em seguida as médias foram comparadas em relação à média encontrada para o grupo de procedimentos preventivos, com o intuito de encontrar a diferença percentual entre a remuneração ofertada ao grupo de procedimentos preventivos e os demais grupos. Compararam-se então as diferenças

percentuais encontradas na remuneração por grupo de procedimentos na VRCC – CFO, com as diferenças observadas nas tabelas de empresas operadoras de planos odontológicos e no SUS.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

A partir da comparação dos preços descritos nas tabelas verificou-se que o CFO utiliza o desconto médio de 23,42% sobre a tabela de valores referenciais por procedimento odontológico VRPO – CFO, para determinar os valores da tabela VRCC – CFO.

Comparando-se as tabelas de honorários praticados pelas empresas operadoras de planos odontológicos com a tabela VRCC – CFO observou-se que as empresas operadoras aplicam o desconto médio de 54,51% sobre os preços sugeridos na tabela VRCC – CFO.

Tabela 1 – Descontos médios aplicados por empresas operadoras de planos odontológicos sobre a tabela VRCC – CFO, por grupo de procedimentos*. FOA – Unesp; Araçatuba 2006.

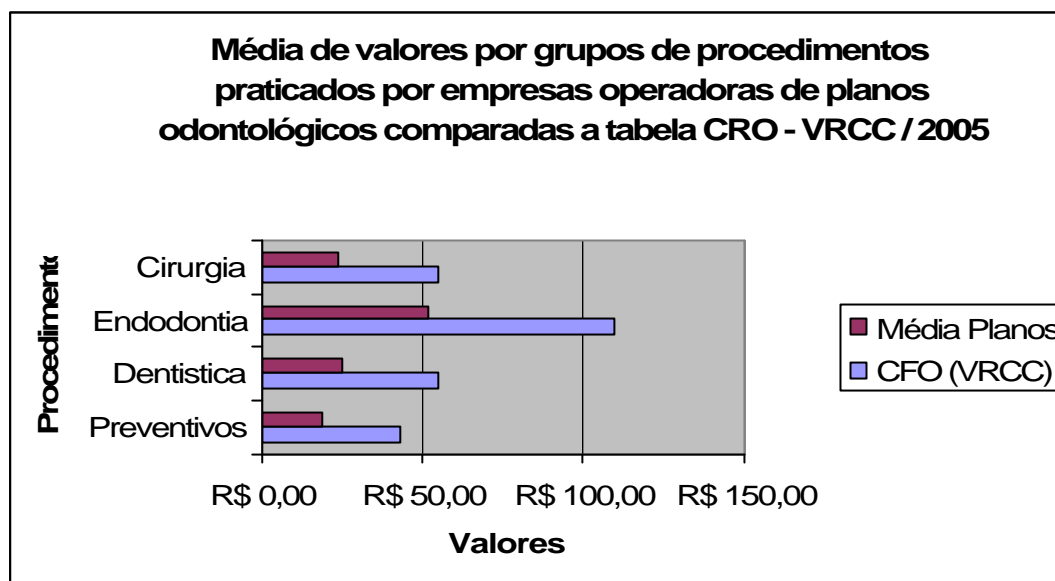
Procedimentos	CFO (VRCC)	Média Planos	Média de Desconto
Preventivos	R\$ 43,28	R\$ 18,57	57,09%
Dentística	R\$ 54,86	R\$ 25,41	53,69%
Endodontia	R\$ 109,49	R\$ 51,39	53,07%
Cirurgia	R\$ 54,74	R\$ 23,99	56,18%
Média Total	R\$ 65,59	R\$ 29,84	54,51%

VRCC – CFO 2002; Tabelas convênios 2005

As empresas operadoras de planos odontológicos aplicam o desconto médio de 57,09% sobre o valor dos procedimentos preventivos sugeridos na tabela VRCC – CFO, sendo este o grupo com maior desconto médio, seguido pelo grupo de procedimentos cirúrgicos 56,18%, de dentística 53,69% e endodontia 53,07%.

*A tabela VRCC – CFO tem referência em 2002 e as tabelas dos convênios têm referência em 2005.

Gráfico 1 – média de valores por grupo de procedimentos praticados por empresas operadoras de planos odontológicos comparadas a tabela VRCC – CFO*. FOA – Unesp; Araçatuba 2006.



VRCC – CFO 2002; Tabelas convênios 2005

Quando observamos as diferenças na remuneração do diversos grupos de procedimentos podemos constatar que na tabela VRCC – CFO, a remuneração dos procedimentos cirúrgicos é em média 20,93% maior do que aquela ofertada aos procedimentos classificados como preventivos, os planos e convênios também pagam mais pelos procedimentos cirúrgicos, em média 22,58%, enquanto que o SUS valoriza 10,51% os procedimentos cirúrgicos quando comparados aos procedimentos preventivos.

Em média os planos e convênios pagam 26,91% a mais por um procedimento de dentística quando comparado aos valores ofertados por procedimento preventivo; já o SUS aumenta essa discrepância pagando em média 37,66% a mais para os procedimentos de dentística em relação aos procedimentos preventivos.

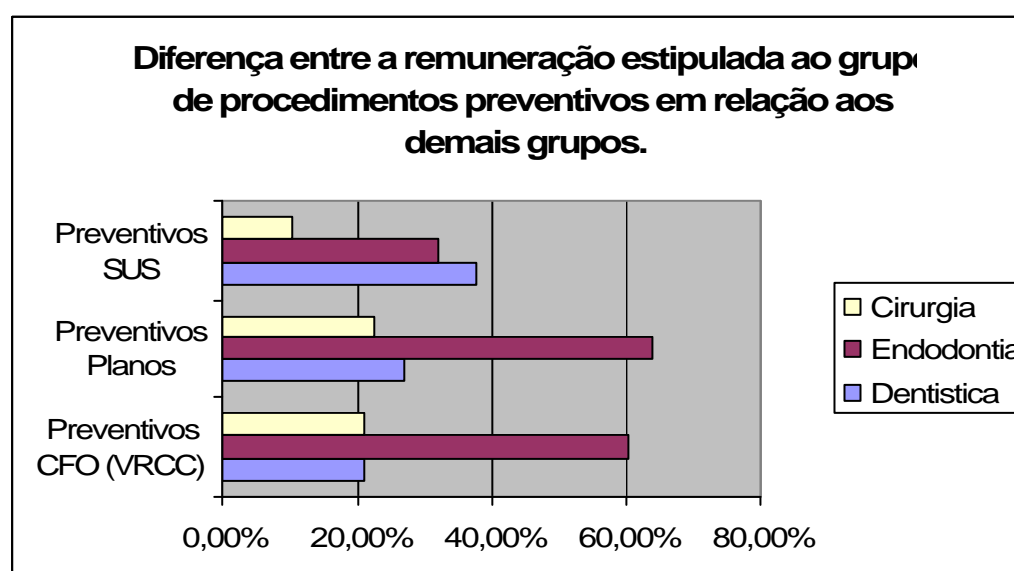
*A tabela VRCC – CFO tem referência em 2002 e as tabelas dos convênios têm referência em 2005.

Os procedimentos Endodonticos são em média 63,86% melhor remunerados do que os procedimentos preventivos pelas empresas operadoras de planos e convênios, enquanto que o SUS paga, em média, 32,11% a mais para realização de procedimentos endodonticos em relação aos valores pagos a procedimentos preventivos.

Tabela 2 – Diferença na remuneração entre grupos de procedimentos quando comparados ao grupo de procedimentos coletivos*. FOA – Unesp; Araçatuba 2006.

Procedimentos	Preventivos CFO (VRCC)	Preventivos Planos	Preventivos SUS
Dentística	21,11%	26,91%	37,66%
Endodontia	60,47%	63,86%	32,11%
Cirurgia	20,93%	22,58%	10,51%

Gráfico 2 – Comparação de remuneração entre o grupo de procedimentos preventivos e os demais grupos de procedimentos na tabela do SUS, Planos Odontológicos e VRCC – CFO*. FOA – Unesp; Araçatuba 2006.



*A tabela VRCC – CFO tem referência em 2002 e as tabelas dos convênios têm referência em 2005.

CONCLUSÃO

A remuneração por procedimentos odontológicos ofertada pelas empresas operadoras de planos aos Cirurgiões Dentistas ficam muito aquém, em média menos da metade, dos valores sugeridos na tabela VRCC divulgada pelo CFO.

Percebe-se que em todas as tabelas analisadas o grupo de procedimentos classificados como preventivos possuem em média remuneração menor do que os demais grupos, isto nos leva a supor que as tabelas observadas não estão sendo utilizadas como ferramenta para direcionamento a adoção de práticas preventivas.

Há uma discrepância no padrão da diferença de remuneração entre os grupos de procedimentos nas tabelas aplicadas no setor público quando comparada ao padrão utilizado no setor privado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As várias formas de remuneração produzem distintos efeitos no comportamento do prestador de serviços de saúde, interferindo diretamente na gestão dos sistemas de assistência e na prática da odontologia.¹²

A política de remuneração dos procedimentos odontológicos, implementada hoje no sistema único de saúde, precisa ser revista e utilizada como ferramenta capaz de incentivar e direcionar a adoção de práticas preventivas por parte dos profissionais e unidades básicas de saúde.

O CFO através dos CROs deveria criar comissões especiais, regionalizadas, para avaliar os preços de honorários praticados por empresas operadoras de planos odontológicos a fim de reduzir a discrepância entre os preços sugeridos na VRCC - CFO e os atualmente ofertados pelas empresas operadoras.

Cabe ao CFO promover campanha de agregação da classe profissional com o intuito de aumentar o poder de negociação frente as empresas operadoras de planos odontológicos a fim de coibir discrepâncias exageradas em relação a tabela VRCC – CFO.

O CFO pode ainda dirigir campanha ao usuário final, paciente consumidor, divulgando uma classificação das empresas operadoras por remuneração de honorários aos prestadores.

Estudos aprofundados devem ser dirigidos a fim de melhorar a compreensão dos efeitos dos honorários por procedimentos odontológicos sobre a adoção de práticas preventivas por parte dos profissionais, incluindo-se nestes estudos para determinar-se a melhor relação de remuneração entre os

diferentes grupos de procedimento, a fim de evitar o direcionamento equivocado da prática para determinado grupo de procedimentos.

Por fim deve-se considerar e deixar registrado que a tabela VRCC – CFO utilizada como base comparativa foi publicada no Diário Oficial da União em Janeiro de 2002, não sofrendo reajuste por 4 anos, o que nos leva a sugerir uma imediata reavaliação e um reajuste dos valores.

A formação de mão de obra excedente pelas faculdades de odontologia deve ser um dos pontos cruciais nas discussões sobre as variáveis que vêm interferindo na remuneração dos cirurgiões dentistas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Alguns desafios podem ser citados no desenvolvimento do sistema de saúde suplementar.

- ✓ Ampliação da cobertura assistencial dos planos antigos - migração dos contratos antigos para contratos regulados.
- ✓ Reavaliação da relação operadora x prestadores (profissionais da saúde, laboratórios, clínicas e hospitais)
- ✓ Mobilidade dos consumidores de planos individuais (portabilidade da carência).
- ✓ Resseguro / Co-seguro
- ✓ Integração ao SUS
- ✓ Assistência Farmacêutica
- ✓ Garantia de continuidade de atendimento
- ✓ Segurança Jurídica.

Em relação ao setor privado, por certo que existem algumas lacunas a serem solucionadas, no entanto, isto não deve servir como base de avaliação do potencial deste setor, na prestação de assistência a saúde da população. O setor privado faz parte do sistema público de saúde, e deve ser utilizado por este de forma racional, visando o incremento da cobertura nas ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde da população assistida.

No Brasil, a magnitude do setor privado em dependência do financiamento público, cria uma nova realidade para o planejamento e saúde, é preciso focar-se na busca de uma organização de serviços e práticas capazes de ter impacto nos níveis de saúde e efetividade no controle das doenças. Nas atuais circunstâncias de desenvolvimento econômico e social do país, a

discussão das relações entre o público e o privado, bem como um redimensionamento dos dois setores se faz necessária.²⁰

“O nível de saúde de um país depende em ultima análise de um trabalho harmônico, em parceria, de vários setores da sociedade, públicos e privados”.²¹

O papel do setor privado no financiamento e produção dos serviços de saúde, bem como sua articulação com setor público, constitui-se atualmente, em tema central do debate sobre as alternativas mais eficazes e menos dispendiosas para a organização setorial em diversos países do mundo.²²

Muitas críticas têm sido feitas à maneira pela qual as empresas de saúde suplementar vêm desenvolvendo suas ações no setor, entre elas a questão da responsabilidade destas empresas na promoção e proteção à saúde da população beneficiária, atualmente, em grande parte, sobre responsabilidade do governo.

Apesar de serem identificadas algumas empresas do setor que mantêm programas que visam promoção e proteção da saúde de seus beneficiários, não existem informações detalhadas sobre como são formulados estes programas, se estão sobre a guarda de um projeto amplo ou tratam-se apenas de iniciativas locais.

O levantamento de informações sobre as ações que visam à promoção e proteção da saúde bucal dos beneficiários pelas empresas operadoras de planos de saúde que prestam assistência odontológica pode contribuir de forma significativa a adoção de critérios, elaboração e implantação de políticas e estratégias que direcionem estas ações.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANS. Caderno de informações do gestor de saúde. Relatório nacional. Dezembro de 2005. Disponível em www.ans.gov.br, acesso em Maio de 2006.
2. Brasil. Lei n.º 9.656, de 3 de Junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde. Diário Oficial da União, Brasília, p. 000001, col. 1, 4 jun. 1998.
3. Brasil. Medida provisória n.º 1.665, de 4 de Julho de 1998. Altera dispositivos da Lei n.º 9.656, de 3 de Junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p 000002, col. 2, 5 jun. 1999.
4. Brasil. Lei n.º 9.961, de 28 de Janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p 000005, col. 2, 29 de Jan. 2000. Seção Extra.
5. Brasil. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil (1998). Brasília, 1998.
6. Roncalli AG. Os planos e seguros privados de saúde no Brasil: Reflexos de uma política liberalizante. Disponível em: http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/planos.pdf. Acesso em Dezembro de 2005.
7. Marques FA. Agencias Reguladoras, Instrumentos de Fortalecimento do Estado. Associação Brasileira de Agencias de Regulação – ABAR. Disponível em www.abar.org.br, acesso em Julho de 2005.

8. Aragão AS. O contrato de gestão e a ouvidoria no anteprojeto de lei sobre a gestão, a organização e o controle social das agencias reguladoras. Associação Brasileira de Agencias Reguladoras. Disponível em www.abar.org.br, acesso em Jul.2005.
9. Montone J. A regulamentação do setor de saúde suplementar. In: Brasil, ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, p. 7-37, 2000.
10. Soria LM, Bordin R, Filho CCL. Remuneração dos serviços de saúde bucal: Formas e Impactos na assistência. Cadernos de Saúde Publica RJ, v.18, n.6, p. 1551-9, nov-dez.2002
11. ANS. Composição da câmara de saúde suplementar. Disponível em [http:// www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), acesso em Julho de 2005.
12. Silveira LS. Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura da saúde suplementar – Rio de Janeiro. Escola nacional de saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004, 112p.
13. Conselho Federal de Odontologia. Faculdades de Odontologia existentes no Brasil. Números do CFO. Disponível em http://www.cfo.org.br/download/pdf/quadro_estatistico_faculdades.pdf. Acesso em Junho de 2006.
14. Wikipédia. Lei da oferta e da procura. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Lei_da_oferta_e_da_procura. Acesso em Junho de 2006.

15. Sposati A, Lobo E. Controle Social e Políticas Públicas. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (4): 366-78, out/dez, 1992.
16. Bastos JRM, Aquilante AG, Almeida BS, Lauris JRP, Bijella VT. Análise do perfil profissional de cirurgiões dentistas graduados na faculdade de odontologia de Bauru – SP entre os anos de 1996 e 2000. J Appl Oral Sci 2003; 11(4): 283-9
17. Conselho Federal de Odontologia – Tabela de valores referenciais para convênios e credenciamentos. Diário Oficial da União, 24 de janeiro de 2002.
18. Lemos JÁ, Wanderley MS, Moreira PVL, Rabello PM, Caldas jr. AF, Rosenblatt A. Estudo comparativo entre convênios odontológicos, empresas e demais entidades prestadoras e/ou contratantes de serviços odontológicos na cidade de João-Pessoa/PB.. Rev. Fac. Odontol. Pernamb. 1997, 15, ½: 73-6
19. Ministério da Saúde. Tabela de procedimentos do SIA-SUS. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/download/sia_sih/sia/tabsia0406.zip, acesso em Junho de 2005.
20. Silva LMV, Souza LEPF, Cerdeira AJP et al. Algumas características do setor privado de saúde de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Out 1997,13(4): 701-9.
21. Chaves M. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. Rede cedros, disponível em <http://www.nc.ufrj.br/complexi.htm>, acesso em Novembro de 2005.

22. Silva Jr. AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde, o debate no campo da saúde coletiva. Ed. Hucitec, São Paulo, 1998.