

# Relatório de Gestão

Os primeiros 30 meses  
janeiro 2000 - junho 2002

## **Presidente da República**

Fernando Henrique Cardoso

## **Ministro da Saúde**

Barjas Negri

## **Agência Nacional de Saúde Suplementar**

Diretor-Presidente/Diretor de Gestão

Januario Montone

Diretor de Normas e Habilitação de Produtos

João Luís Barroca de Andréa

Diretor de Desenvolvimento Setorial

Luiz Arnaldo Pereira da Cunha Junior

Diretora de Fiscalização

Maria Stella Gregori

Diretora de Normas e Habilitação das Operadoras

Solange Beatriz Palheiro Mendes

## **A Missão da ANS**

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.

## Mensagem da Diretoria

Na história da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o ano de 2002 merece um registro muito especial. Em junho, completamos 30 meses de gestão e quatro anos da Lei 9.656/98, o marco legal que, combinado com a MP 2.177-44, conduz nossas ações. Neste curto período, a Agência assegurou uma série de avanços concretos na regulação do setor privado de saúde.

Com a Lei 9.656/98, foi garantido a todos que ingressaram no sistema após sua promulgação a cobertura integral, envolvendo todas as doenças catalogadas pela Organização Mundial de Saúde no CID – Cadastro Internacional de Doenças. Assim, nenhum produto foi registrado sem que essa imposição do marco legal fosse obedecida. Da mesma forma, quanto às operadoras, foram criadas regras de acesso, operação e saída do sistema, tendo sempre como diretriz o respeito aos direitos do consumidor. No que concerne à integração ao SUS, passos importantes também foram dados.

Na promoção da cidadania e do equilíbrio no competitivo mercado de saúde suplementar, a Agência empreendeu medidas inovadoras como a proibição da seleção de risco e a vedação do rompimento unilateral dos contratos. Foram 5.972 denúncias que geraram 71 operadoras em regime de direção técnica, 11 operadoras liquidadas ou em processo de liquidação e 768 multas aplicadas.

Buscamos sedimentar canais de participação da sociedade, como é o caso da Câmara de Saúde Suplementar, de várias Câmaras Técnicas, além das Consultas Públicas. Destaque também para as orientações fornecidas pelo Disque ANS, a central de atendimento ao consumidor, criada em julho de 2001 e que já contabiliza 49.770 atendimentos no período de julho de 2001 a junho de 2002.

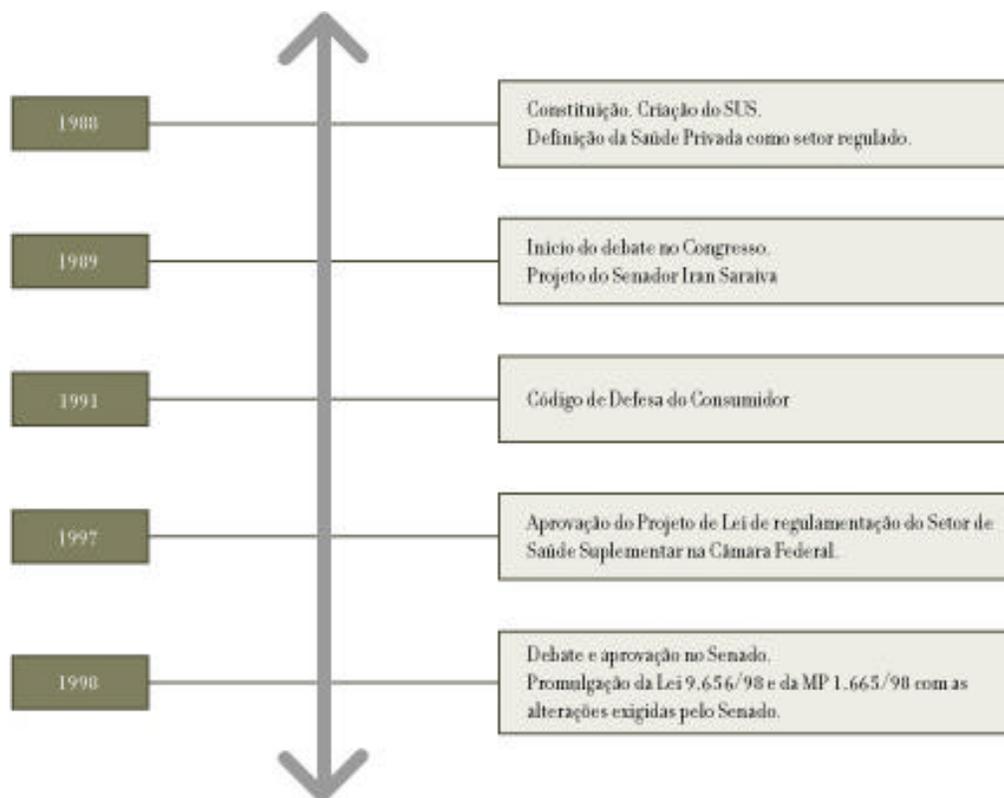
É um grande desafio regular um setor que influencia a vida de mais de 33 milhões de brasileiros e movimenta uma rede de milhares de médicos, dentistas, hospitais, clínicas e laboratórios que se integram com quase 2 mil diferentes operadoras. Na permanente construção de nosso compromisso com a regulamentação, normatização e fiscalização do sistema privado de saúde, apresentamos aqui um panorama positivo de nossas realizações. E a perspectiva de um longo caminho ainda a percorrer só nos incentiva a firmar o passo em constante sintonia com os diversos atores do complexo setor de saúde suplementar.

Januario Montone  
Diretor-Presidente

# A Regulamentação no Brasil

Podemos identificar quatro etapas no processo de regulamentação desse setor que surge em meados dos anos 60 e alcança uma extraordinária expansão nos anos 80.

## Os primeiros dez anos após a Constituição de 88



A primeira etapa da regulamentação do sistema de saúde suplementar teve início na Constituição de 88 e se estendeu até a aprovação da Lei 9.656/98.

A Constituição, ao estabelecer a criação do Sistema Único de Saúde – o SUS – universal, integral e gratuito, definiu também que a atuação privada no setor seria regulada pelo Estado. Entretanto, o debate da regulamentação do setor privado e a definição dos seus marcos legais avançaram muito mais lentamente que os do SUS. Enquanto o SUS, já em 1990, tem seus fundamentos legais consolidados na Lei 8.080, a Lei Orgânica da Saúde, o mesmo não ocorreu com o setor privado.

No campo da saúde suplementar, apenas no final de 1997 foi vencida a primeira fase do debate parlamentar com a aprovação de um Projeto de Lei na Câmara Federal, cujo foco principal era a forte regulação da atividade econômica, adotando instrumentos mais flexíveis na regulação da assistência.

Na dimensão econômico-financeira da regulação, a Constituição definia as condições de ingresso, de operação e de saída do setor e exigia a constituição de reservas e garantias. Pretendia dar segurança ao consumidor, garantindo a capacidade econômico-financeira das operadoras para cumprir os contratos assinados, além de assegurar a transparência e a competitividade no setor.

Na dimensão da assistência à saúde, uma importante inovação naquele momento foi a exigência de que todas as operadoras demonstrassem a capacidade de produzir serviços integrais de assistência à saúde. Foi criado o Plano Referência, o plano de atendimento integral à saúde que não admite qualquer tipo de exclusão ou de exceção de cobertura. É claro e específico: exige a cobertura de todas as doenças classificadas no CID - Código Internacional de Doenças.

Todas as operadoras seriam obrigadas, a partir da regulamentação, a oferecer o Plano Referência aos usuários e, portanto, a demonstrar capacidade de produzir esses serviços integrais de saúde.

Por opção do consumidor, ele poderia adquirir um plano com coberturas inferiores às do Plano Referência, desde que respeitados determinados limites que se constituíam numa espécie de "plano básico", mas cujo foco era os mecanismos de acesso (como a proibição de limites para consultas e internações, a inclusão obrigatória dos medicamentos ambulatoriais e hospitalares e a garantia de atendimento ao recém-nascido), deixando ampla margem, ainda, para redução de coberturas.

O projeto, na prática, estabelecia a faixa de variação do produto, ou seja, o menor produto que poderia ser comercializado com a caracterização de "plano de assistência à saúde", configurado no "plano básico" e o plano desejável, o Plano Referência.

O modelo criado estabeleceu que a regulação seria operada a partir da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) com suas diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). O órgão regulador básico era o conjunto formado pela SUSEP e pelo CNSP porque a base conceitual do modelo era a da regulação da atividade econômica, atribuição do Ministério da Fazenda. O papel do Ministério da Saúde era quase de assessoramento.

Ao ser debatido no Senado, durante o primeiro semestre em 1998, o projeto de regulamentação sofreu duas alterações fundamentais: o fortalecimento do pólo assistencial da regulação e, portanto, o fortalecimento do papel do Ministério da Saúde no

processo. O principal instrumento para fortalecer o pólo assistencial foi a transformação do Plano Referência em plano obrigatório.

O Plano Referência, como conceito de plano de atenção integral à saúde, deixa de ser de OFERECIMENTO obrigatório e passa a ser o ÚNICO modelo de plano aprovado para a comercialização.

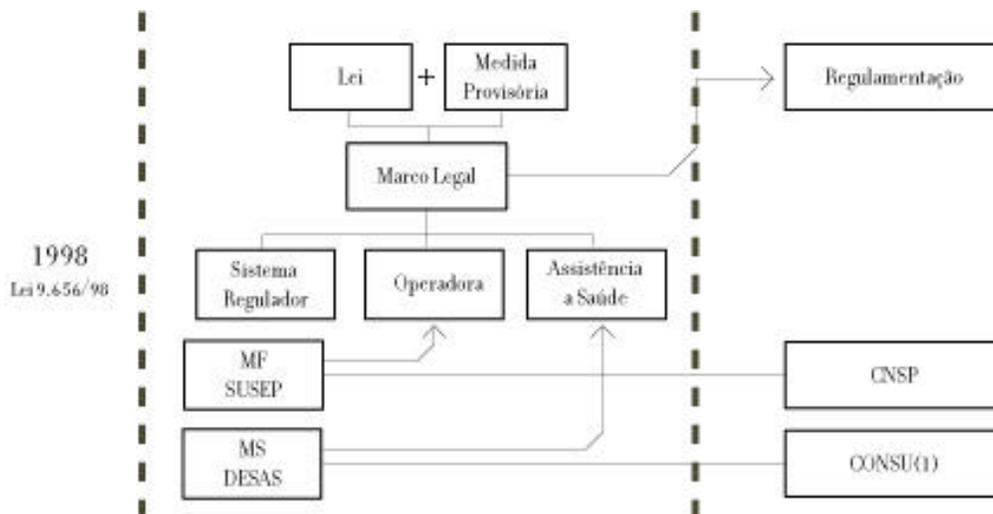
Fica proibida a comercialização de qualquer plano de saúde com redução ou exclusão de coberturas assistenciais. Mesmo a possibilidade de planos exclusivamente ambulatoriais ou hospitalares têm que ser integral no segmento.

Evidentemente, continuam permitidas as ampliações de cobertura.

Também são reforçadas ou criadas regras muito fortes de proteção ao consumidor, como o controle de preço e dos reajustes por faixa etária, a proibição da seleção de risco e a proibição do rompimento unilateral do contrato com os usuários de planos individuais.

Essa profunda mudança de conceito na regulamentação, que passa a fazer com que não só a regulação da atividade econômica, mas também a regulação da atividade assistencial sejam as bases do sistema, se reflete no próprio modelo de regulação. Reforça-se aí o papel da área da Saúde.

## Início da vigência da Lei 9.656/98



(1) De 1998 até agosto de 1999 - Órgão normativo de assistência à saúde.

É nesse contexto que emerge do Senado o Sistema de Regulação Bi-Partite: a regulação da atividade econômica na esfera do Ministério da Fazenda e a da atividade de produção dos serviços de assistência à saúde, no Ministério da Saúde.

Todas as atividades regulatórias referentes às operadoras, inclusive a autorização de funcionamento, o controle econômico-financeiro e os reajustes de preços, continuam a ser atribuições da SUSEP e do CNSP, cabendo ao Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Saúde Suplementar e do então criado CONSU (Conselho de Saúde Suplementar) assumir a regulação da atividade de produção da assistência à saúde, inclusive a autorização para comercialização do produto e toda a fiscalização relativa a essa área.

Também foi instituída a Câmara de Saúde Suplementar com ampla participação dos agentes do setor e da sociedade, como órgão consultivo permanente na regulação da assistência à saúde.

Este novo modelo desenhado no Senado, sob todos os aspectos bastante diferente do modelo aprovado na Câmara Federal, passou por um amplo processo de discussão e negociação no Congresso Nacional. A mudança no projeto da Câmara acabou por ser viabilizada através de uma Medida Provisória. Foi uma opção política, negociada por todos os atores envolvidos no processo naquele momento porque, feitas as alterações no Senado, o projeto teria que ser novamente remetido à Câmara, prolongando sua discussão e adiando sua aprovação.

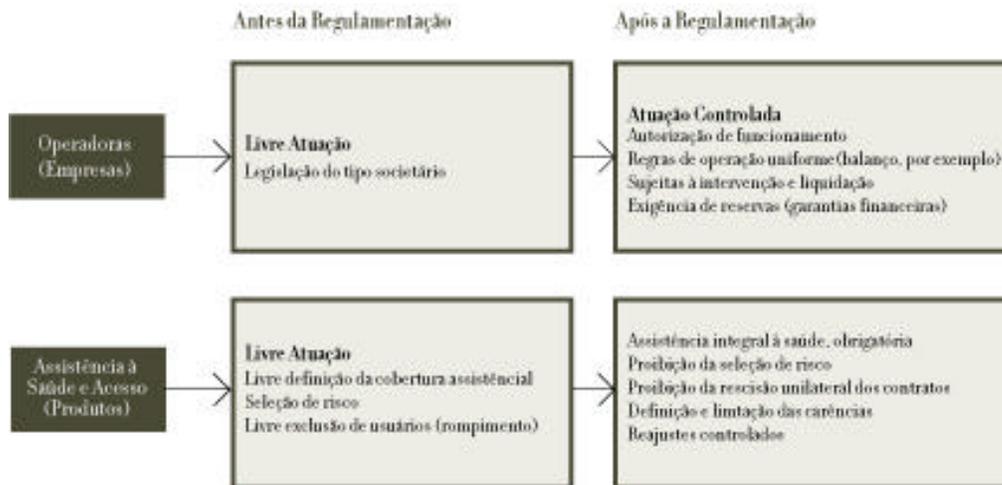
Em resumo, a Lei foi promulgada conforme o projeto aprovado na Câmara, no dia 03 de junho de 1998. É a Lei 9.656/98. Quase simultaneamente, em 5 de junho, foi editada uma Medida Provisória, então de número 1.665, alterando a Lei exatamente conforme negociado no Senado. Logo, passou-se a ter como marco legal da regulação o conjunto formado pela Lei 9.656/98 e pela MP 1.665.

Reeditada quase que mensalmente, até agosto de 2001, por força da legislação vigente, tornou-se hoje a MP 2.177-44.

O marco regulatório aprovado em junho de 1998 entrou em vigor efetivamente a partir de janeiro de 1999 e, durante esse intervalo, foram editadas, pelo CONSU, várias resoluções, necessárias para viabilizar as exigências da legislação.

É preciso lembrar que o setor de saúde suplementar já existia há pelo menos 30 anos, funcionando, sempre, como um setor não regulado. Isso exigiu que diversos dispositivos fossem regulamentados. Tudo, ou quase tudo, carecia de definição, principalmente na dimensão da assistência à saúde, absolutamente inédita.

## Situação do setor antes e depois da regulamentação



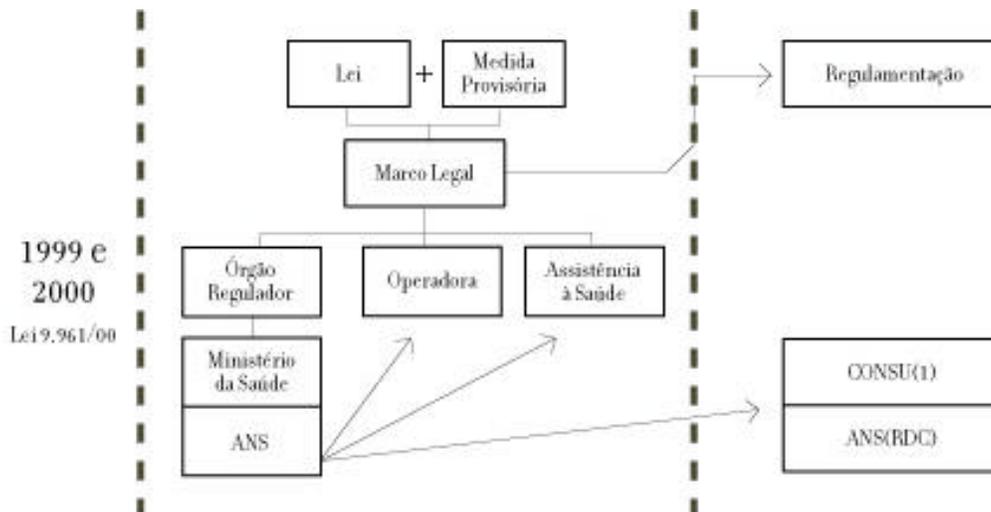
Basta uma análise superficial das mudanças para entendermos o desafio da regulamentação. As empresas que antes organizavam-se livremente para atuar no setor, submetendo-se unicamente à legislação do tipo societário escolhido, passam a ter de cumprir exigências específicas, desde o registro de funcionamento até a constituição de garantia, além de estarem sujeitas a processos de intervenção e liquidação.

Se antes elas definiam livremente o produto que pretendiam oferecer, a quem oferecer, em que condições de operação e preço, após a regulamentação, o produto obrigatório está definido em Lei, a seleção de risco é proibida, assim como a exclusão indiscriminada de usuários.

Todas essas exigências legais tinham que se materializar em resoluções das esferas competentes.

A segunda etapa da regulamentação ocorre exatamente ao longo de 1999. A legislação entra em vigor e o modelo Bi-Partite de regulação começa a demonstrar os seus limites. A amplitude da tarefa e o ineditismo do processo, aliados à separação entre a regulamentação e fiscalização econômico-financeira e à regulamentação e fiscalização da produção dos serviços de assistência à saúde, dificultaram a sinergia e provocaram uma falta de unidade estratégica no processo de regulação, gerando problemas de efetividade, habilmente explorados por uma parcela do mercado.

## Unificação da regulação e criação da ANS



(1) Setembro de 1999 em diante - órgão interministerial fixa as diretrizes da regulamentação.

Para corrigir essa deficiência do modelo, ao final de 1999, todas as atribuições de regulação do setor são unificadas sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, dando início a uma terceira etapa do processo.

O Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) transforma-se em Conselho Ministerial, integrado por cinco ministros de Estado, inclusive os da Saúde e da Fazenda, e a Câmara de Saúde Suplementar (CSS) tem as suas atribuições ampliadas, passando a abranger os aspectos econômico-financeiros da regulação.

O marco referencial dessa revisão do modelo de regulação é, sem dúvida, a criação da ANS, através da Lei 9.961/00, que assume todas as atribuições de regulação do setor de saúde suplementar.

Vinculada ao Ministério da Saúde, a ANS, como Agência Reguladora, incorpora ao processo as vantagens desse novo instrumento de atuação do Estado: maior poder de atuação; autonomia administrativa, financeira e política, expressas por uma arrecadação própria; decisões em Diretoria Colegiada, cujos membros têm mandato definido em Lei; e, por último, o poder legal dado às agências reguladoras em relação a efetivação de suas resoluções.

O início das atividades da Agência em 2000 mostrou claramente os ganhos de efetividade do novo modelo. A unificação das estratégias de implementação da regulação, a maior velocidade do processo decisório, o maior respaldo legal das decisões e o maior

poder de capturar e sistematizar as informações do setor permitiram um rápido avanço nessa fase do processo.

Hoje, passados trinta meses do início do trabalho da ANS, os primeiros resultados concretos comprovam a oportunidade e a necessidade de se implantar uma agência reguladora capaz de trabalhar na busca do equilíbrio do setor de saúde suplementar.

# A Instituição

## Finalidade institucional

Criada pela Lei 9.961/00, a Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma autarquia sob regime especial com autonomia financeira, administrativa, patrimonial e de gestão de recursos humanos. Subordinando-se às diretrizes do CONSU, suas ações são norteadas por um Contrato de Gestão, assinado com o Ministério da Saúde.

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.

## Estrutura organizacional da ANS

Cinco diretores formam uma Diretoria Colegiada, dividida por áreas de atuação. Um dos diretores acumula as funções de Diretor-Presidente, do colegiado e da Câmara de Saúde Suplementar, além de ser o Secretário Executivo do CONSU.

A ANS está organizada em cinco áreas:

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – Normatiza, registra e monitora as operadoras, inclusive nos processos de intervenção e liquidação;

Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - Responsável pela normatização, registro e monitoramento dos produtos, inclusive as autorizações de reajuste de contratos individuais e familiares;

Diretoria de Fiscalização – Exerce o controle de todo o processo de fiscalização (econômico-financeiro e médico-assistencial), além do apoio ao consumidor e articulação com os órgãos de defesa do consumidor;

Diretoria de Desenvolvimento Setorial - Atua no sistema de ressarcimento ao SUS e no desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e o aumento da competitividade no setor de saúde suplementar;

Diretoria de Gestão – Organiza o sistema de infra-estrutura e suporte da Agência (recursos humanos, financeiros, suprimentos de bens e serviços, informática e informação).

## Diretrizes estratégicas

A ANS definiu, para sua primeira gestão, quatro grandes linhas a serem buscadas:

- Ampliar a capacidade efetiva da participação dos usuários no setor, garantindo e aperfeiçoando as coberturas ofertadas, ao impedir ou restringir a vinculação da assistência e dos preços às condições de saúde e idade;
- Garantir o equilíbrio das informações aos agentes participantes do setor, tais como: usuários, operadoras, prestadores de serviço de saúde e o SUS (Sistema Único de Saúde);
- Garantir o equilíbrio e a manutenção da estabilidade do setor, definindo e controlando os padrões de entrada, operação e saída das operadoras do mercado;
- Assegurar aos usuários o acesso, o direito e a defesa dos seus interesses em relação à assistência privada de saúde.

## Foco

O segmento dos consumidores de plano de saúde ficou definido como foco prioritário das ações da ANS, uma vez que é, dentre todos, o mais vulnerável do mercado e o que apresenta a mais baixa capacidade de negociação.

## Ambiente externo

É justo frisar que a ANS possui – como a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), também do Ministério da Saúde – característica importante que a difere das demais agências reguladoras existentes no país, como a ANP (Agência Nacional do Petróleo); a ANATEL (Agência Nacional de Telecomunicações) e a ANEEL (Agência Nacional de Energia Elétrica).

Enquanto essas três últimas se originaram de setores governamentais que já praticavam estreita fiscalização e regulação dos mercados em que atuam, possuindo extenso acervo histórico de indicadores e outras práticas de regulação e normatização, a ANS surge para cuidar de um setor sobre o qual o Estado não dispunha de acervo nenhum.

Esse fato é importante para facilitar a visão do quanto a ANS construiu em tão pouco tempo. A falta de um banco de dados eficiente – com dados sobre o setor, tais como número de operadoras ou de usuários – marcou os primeiros passos da Agência. Embora tenhamos avançado muito nesta área, constitui-se, ainda hoje, um grande desafio para aumentar a compreensão do mercado e permitir melhores comparações.

## A batalha judicial para a implantação da Agência

É previsível que a introdução de uma nova instância no mercado de saúde suplementar, que cresceu e se expandiu por quase 40 anos sem quase nenhuma interferência do aparelho estatal, levasse por vezes a uma série de conflitos e dificuldades de entendimento. Não é de se espantar que, por diversas vezes, a ANS e as entidades privadas tenham recorrido ao Poder Judiciário para ajustarem diferenças.

A diretoria da Agência encara essas divergências como parte do processo de regulação e espera, ao longo dos próximos anos, diminuir as disputas jurídicas.

Aos 755 novos processo de 2002 somam-se os remanescentes de 2000 e 2001, totalizando 1.838 processos, dentre os quais 1.588 exigem acompanhamento permanente e 249 já encontram-se finalizados.

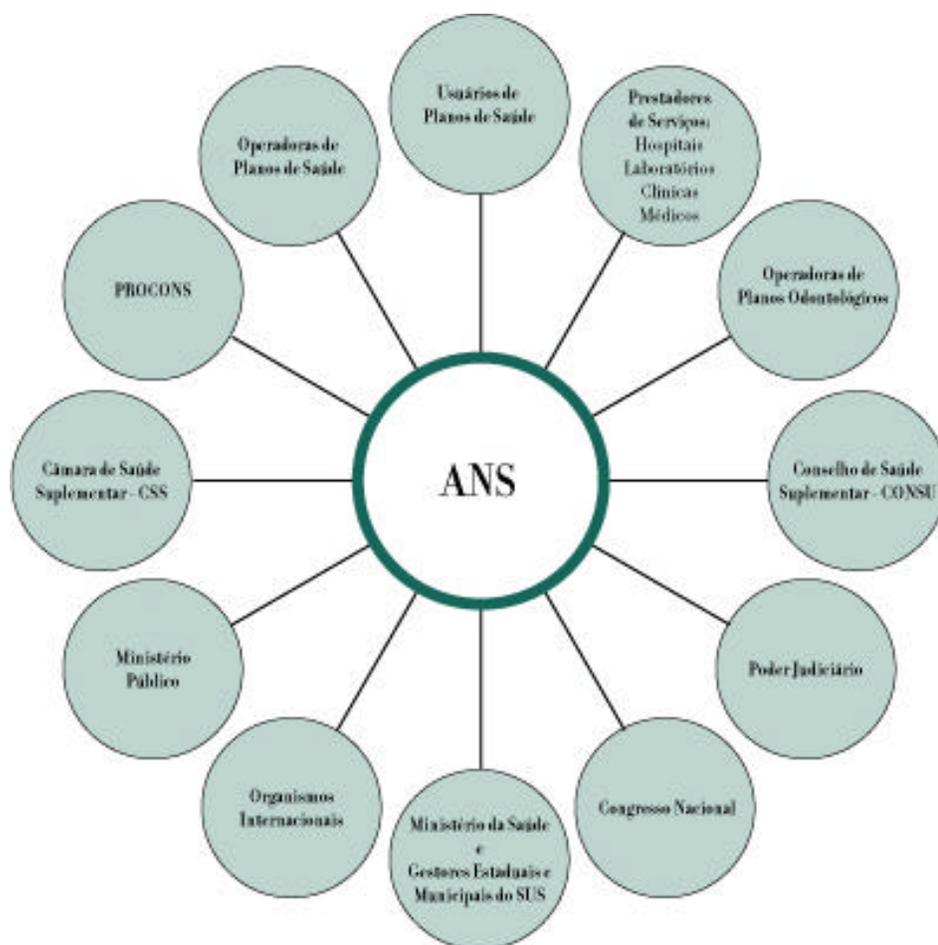
	2000	2001	2002	Total
Processos contra a ANS	565	518	755	1.838
Processos inativos	107	40	30	177
Peças produzidas (contestações, pareceres, agravos, etc.)	238	117 (agravos)	192 (agravos)	547
Apções ordinárias e sumárias	125	136	212	473
Apelações	30	50	48	128
Mandatos de Segurança	202	99	55	356
Cautelares	26	12	25	63
Apelações	30	50	57	137
Cartas precatórias	5	16	26	47
Pedidos de suspensão de execução de sentença	1	1	1	3
Apções civis públicas	7	3	5	15
Exceções de incompetência	0	42	125	167

Fonte: PROCJ - junho/2002.

## Regras permanentes

Desde a edição da Medida Provisória 2.177-44, em agosto de 2001, o setor de saúde suplementar ganhou, pode-se assim dizer, regras permanentes. Isto porque com a proibição de reedições, apenas a votação de um projeto de conversão oferecerá oportunidade de alterações no marco legal atual, fazendo avançar a regulação.

## Atores sociais do setor de saúde suplementar



# Transparência nas Relações com o Setor

Adotando como insumo a democratização nas relações com os agentes que compõem o setor, a ANS estabelece seus alicerces com base no intenso debate produzido pela Câmara de Saúde Suplementar, além das discussões realizadas nas diferentes Câmaras Técnicas e nas Consultas Públicas já realizadas.

A Câmara de Saúde Suplementar – CCS é um órgão consultivo, no qual estão presentes as mais diversas entidades representativas do setor (órgãos de defesa do consumidor, centrais sindicais, entidades patronais e de representação das operadoras, dos profissionais de saúde, etc.). Com reuniões mensais e pautas pré-definidas, a CSS é o principal fórum de discussão do setor.

## Câmaras Técnicas

Quando é necessário um aprofundamento nos temas discutidos na esfera da Câmara de Saúde Suplementar, a ANS instala Câmaras Técnicas com membros indicados pelas próprias entidades que compõem a CSS. Já foram instaladas 06 Câmaras Técnicas até o momento, visando estudar e propor normas sobre temas específicos da regulamentação. São elas:

Período	Diretoria Responsável	Tema	Assunto
De jun à jul de 2000	DIOPE	SEGMENTAÇÃO	Com a segmentação, o planejamento de ações passa a levar em consideração conjuntos semelhantes de operadoras, o que facilita o desenvolvimento de ações apropriadas a cada um.
De ago à out de 2000	DIOPE	CONTABIL	Ampliação da transparência e da regularidade de prestação de informações dos aspectos contábeis de cada operadora.
De set à nov de 2000	DIPRO	ROL DE PROCEDIMENTOS	Definição das prestações de serviço mínimas nas áreas de clínica geral, cirurgias, obstetria, odontologia e procedimentos de urgência e emergência.
De out de 2000 à fev de 2001	DIOPE	GARANTIAS FINANCEIRAS	Conjunto de normas sobre a vida financeira de cada plano, zelando para que o equilíbrio financeiro das operadoras fortaleça o setor como um todo.
De nov de 2000 à mar de 2001	DIPRO	POLÍTICA DE REAJUSTE	Tornou-se a Consulta Pública nº 2. Decidiu-se manter o período de reajuste, mas fez profundas mudanças na forma de cálculo, introduzindo a competição entre as operadoras, estimulando-as a serem eficientes na gestão interna e nas negociações dos serviços com os prestadores.
De nov de 2001 à mai de 2002	DIPRO	ODONTOLOGIA	Destinada a definir regras para a comercialização deste tipo de produto.

Fonte: DIOPE/ DIPRO/ DIDES - junho/2002.

## Consultas Públicas

Foram instituídas também 08 Consultas Públicas onde os temas de interesse geral do mercado foram expostos, via Internet, para que qualquer entidade pudesse criticar e propor sugestões. São elas:

Data	Consultas	Definições
CP nº 001 31 de janeiro de 2001 · prorrogada pela CP nº 003	Procedimentos de Alta Complexidade para fins de DLP	Fixação do Rol de Procedimentos com a relação dos procedimentos de alta complexidade que poderão ser excluídos por até 24 meses, quando os consumidores optarem pela cláusula de cobertura parcial temporária de alguma doença ou lesão preexistente. O rol tem 434 procedimentos, separados em 25 grupos de patologias.
CP nº 002 13 de fevereiro de 2001	Garantias Financeiras	Conjunto de normas sobre a vida financeira de cada plano. Zela para que o equilíbrio financeiro das operadoras fortaleça o setor como um todo.
CP nº 004 15 de maio de 2001	Alienação de Carteiras	As operadoras que colocam em risco a continuidade ou a qualidade da assistência à saúde estão sujeitas à alienação das carteiras. Elas serão um instrumento de proteção do mercado que garantirão os direitos individuais dos consumidores.
CP nº 005 15 de maio de 2001	Sistema de Acompanhamento de Produtos	Instrumento para monitorar o comportamento de indicadores e das despesas assistenciais de todas as operadoras. Ele mostrará as regras para envio de informações relativas à assistência médica, hospitalar e odontológica.
CP nº 006 14 de agosto de 2001	Plano Especial de Adesão ao Contrato Adaptado	Estabelece os mecanismos para a constituição dos contratos adaptados e as delimitações normativas.
CP nº 007 15 de julho de 2002	Cadastro de Beneficiários para o Fornecimento de Informações	Estabelece nova sistemática para o encaminhamento de informações do cadastro de beneficiários, que devem ser enviadas à Agência até sessenta dias após concedido o registro de funcionamento. Devem ser enviados os dados cadastrais desses beneficiários utilizando os modelos e aplicativos disponibilizados na página da Internet da ANS.
CP nº 008 18 de outubro de 2002	Comunicação sobre Cartão Desconto	Acerca das atividades de administração, disponibilização e comercialização de produtos ou serviços, por meio de pagamento de contraprestação pecuniária, vinculados a descontos aos consumidores, como cartões de desconto ou similares, estarão submetidas aos dispositivos da Lei 9.656.

Fonte: SBCBR - junho/2003.

# Ações para a Regulamentação do Setor

## Mudanças no gerenciamento

A regulamentação alterou radicalmente o modelo de gerenciamento que, em muitos casos, prejudicava os consumidores. Hoje, a modelagem do produto só pode ampliar as exigências da Lei. A seleção de risco é proibida e a precificação precisa estar compatível com os custos de produção dos serviços assistenciais. Os reajustes automáticos por sinistralidade não existem mais, tendo sido substituídos pela revisão técnica, processo sob rigorosa avaliação da ANS. Os mecanismos de redução de custos pela simples exclusão de usuários estão proibidos para as carteiras de planos individuais e foram controlados os reajustes por faixa etária. Há uma clara ampliação dos custos médios dos beneficiários, pois a cobertura é integral, o fluxo de ingresso é menor, assim como o de exclusão, e as carências são limitadas.

Essa nova realidade, além de proteger o consumidor de abusos, exige que o foco de atuação das operadoras seja a manutenção da saúde e não simplesmente a redução dos custos de tratamento das doenças. As atividades de prevenção devem ganhar cada vez mais espaço no modelo, assim como novas formas de diagnóstico e tratamento, além do relacionamento técnico e comercial entre operadoras e prestadores. A Agência também está atenta aos sinais de que parte do mercado possa tentar garantir uma sobrevivência ao antigo modelo de controle de custos via restrição do acesso.

## O QUE MUDOU PARA...

### ... O Setor

– Maior transparência, atos de equilíbrio econômico-financeiro e condições equânimes de funcionamento.

### ... As Operadoras

– Obrigatoriedade de registros, normatização de contas, obrigação de publicação de balanços e aporte de garantias financeiras no valor de R\$ 3 bilhões até o final de 2005.

### ... O Consumidor

- Regras claras para reajustes, ampliação das coberturas assistenciais a partir da Lei 9.656/98 e maior segurança.

## Balanco das atividades da ANS

### – Coberturas Assistenciais e Condições de Acesso

- Plano Referência;
- Rol de Procedimentos Médicos, Odontológicos e de Alta Complexidade.

### – Ingresso, Operação e Saída de Operadoras

- Segmentação das Operadoras;
- Plano de Contas Padrão;
- Sistema de Garantias e Provisões Técnicas;
- Exigências para Administradores de Operadoras;
- Médico Responsável para Fluxo de Informações de Saúde;
- Sistema de Informações Econômico-Financeiras(DIOPS);
- Sistema de Informações sobre Produtos (SIP);
- Regimes Especiais;
- Transferência de Carteira;
- Transferência de Controle Acionário (Societário).

### – Reajuste de Preços

- Reajuste de Preço dos Contratos Individuais/Familiares;
- Revisão Técnica.

### – Fiscalização

- Fiscalização Programada;
- Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta;
- Multas e Penalidades.

### – Comunicação e Informação

- Disque ANS;
- Atendimento Regionalizado.

### – Monitoramento de Contrato

– **Ressarcimento ao SUS**

- Centralização do Processamento.

## Coberturas Assistenciais e Condições de Acesso

### **Plano Referência**

O objetivo da definição do Plano Referência é o atendimento integral à saúde, sem qualquer tipo de exclusão e sem exceções de cobertura. Claro e específico, ele exige a cobertura de todas as doenças do Código Internacional de Doenças (CID).

### **Rol de Procedimentos Médicos, Odontológicos e de Alta Complexidade.**

Foram classificados procedimentos médicos, odontológicos e de alta complexidade que devem ser utilizados pelas operadoras como referência à cobertura dos planos de saúde. Na prática, isto significa dizer que tais procedimentos devem ser realizados segundo os parâmetros definidos no Rol.

## Ingresso, Operação e Saída de Operadoras

A ANS definiu as condições de ingresso, operação e saída das operadoras, inclusive com os procedimentos de transferência de carteira de clientes, para que o consumidor não seja prejudicado no processo.

### **Segmentação das Operadoras**

Foram elaboradas normas de acesso e funcionamento das operadoras. E o primeiro passo foi promover a sua segmentação, isto é, a divisão do mercado com base no tipo de operadora, o que permite o desenvolvimento de normas específicas para cada um dos diferentes conjuntos encontrados: Administradora; Cooperativa Médica; Cooperativa Odontológica; Autogestão; Medicina de Grupo; Odontologia de Grupo ou Filantropia.

### **Plano de Contas Padrão**

O Plano de Contas objetiva a uniformização da contabilidade das operadoras para racionalizar o acompanhamento econômico-financeiro e o fluxo de informações entre

elas e a ANS. Ele fornece dados para a conclusão de estudos sobre as garantias financeiras por parte de cada operadora.

### **Sistema de Garantias e Provisões Técnicas**

Este sistema prevê uma reserva suplementar às provisões técnicas, das quais a operadora deve dispor para suportar oscilações das suas operações. Estas garantias têm como função formar poupança interna em cada uma das operadoras, a fim de garantir o cumprimento dos compromissos assumidos, salvaguardando a economia popular.

### **Exigências para Administradores de Operadoras**

São considerados administradores de operadoras os eleitos ou nomeados para os cargos de diretor, curador ou membro dos Conselhos de Administração, Deliberativo, Curador, Diretor ou assemelhados, quando se tratar de órgãos estatutários; os sócios-gerentes designados em contrato social e os titulares de firma individual.

As operadoras poderão contratar administrador estranho ao seu quadro social para prestação de serviço como Diretor ou Gerente, o qual deverá, igualmente, preencher as condições e os requisitos previstos.

Os administradores só poderão ser pessoas naturais residentes no país que preencham os seguintes requisitos:

- no caso de membros dos Conselhos de Administração, Deliberativo, Diretor, Curador ou assemelhados, aqueles que tenham exercido, pelo prazo mínimo de dois anos, funções de direção em entidades públicas ou privadas ou, ainda, em órgãos da administração pública federal, estadual ou municipal;
- no caso de membros da Diretoria, Sócios-Gerentes ou Administradores Contratados, aqueles que tenham exercido funções de direção ou gerência, pelo período mínimo de dois anos, em entidades públicas ou privadas, sendo exigido do responsável pela área técnica de saúde o registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) ou no Conselho Regional de Odontologia (CRO), conforme o caso;
- são excluídos da exigência de residência no país os eleitos para o cargo de membro do Conselho de Administração de Sociedades Anônimas.

Além dos requisitos de capacitação técnico-profissional, são também condições básicas para o exercício de qualquer cargo ou função não ser impedido por Lei; ter reputação ilibada; não estar sob os efeitos de condenação; não ter participado da administração de empresa que esteja em direção fiscal ou que tenha estado ou esteja em liquidação extrajudicial ou judicial; não estar inabilitado para cargos de administração em outras instituições sujeitas à autorização, ao controle e à fiscalização de órgãos ou

entidades da administração pública direta ou indireta e não estar respondendo judicialmente ou extrajudicialmente por dívidas.

### **Médico Responsável para Fluxo de Informações de Saúde**

Recentemente, a ANS instituiu às operadoras a exigência de médico responsável pelo fluxo de informações de assistência médica aos consumidores de planos de saúde. A finalidade é proteger e preservar o sigilo médico nos casos previstos da legislação em vigor.

### **Sistema de Informações Econômico-Financeiras (DIOPS)**

O DIOPS é o Documento de Informações Periódicas das operadoras de planos de assistência à saúde que deve ser enviado à ANS. É composto de quadros cadastrais, gerenciais, demonstrativos e de pessoal. O documento tem por objetivo fornecer condições para que se possa efetuar o controle, o monitoramento e o acompanhamento das operadoras.

### **Sistema de Informações sobre Produtos (SIP)**

O Sistema de Informações de Produtos (SIP) foi instituído para o envio de informações e emissão de relatório gerencial de acompanhamento da prestação de serviços aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

### **Regimes Especiais**

Os regimes especiais são instrumentos de saneamento das operadoras.

#### Direção Fiscal

A Direção Fiscal poderá ser instaurada sempre que se verificar a insuficiência nas garantias do equilíbrio financeiro ou anormalidades econômico-financeiras graves.

#### Direção Técnica

A Direção Técnica poderá ser instaurada sempre que ocorrer anormalidades administrativas graves em qualquer operadora de planos de assistência à saúde, que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde.

#### Liquidação Extrajudicial

A Liquidação Extrajudicial poderá ser determinada à operadora de planos de assistência à saúde quando verificada uma das seguintes situações:

- apresentar insolvência econômico-financeira;
- não alcançar o objetivo de saneamento da insuficiência nas garantias do equilíbrio financeiro ou das anormalidades econômico-financeiras graves proposto pelo regime de Direção Fiscal;

- não alcançar o objetivo de saneamento das anormalidades administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, proposto pelo regime de Direção Técnica.

Ao ser decretada, a ANS bloqueia os bens dos dirigentes e força o repasse integral da carteira para que os usuários não sejam prejudicados.

### **Panorama dos Regimes Especiais**

Operadoras em Direção Fiscal	71
Operadoras com regime de Direção Fiscal encerrado e de volta à normalidade	06
Operadoras em Direção Técnica	02
Operadoras liquidadas ou em processo de liquidação extrajudicial	11

Fonte: DIOPE - de junho/2000 a junho/2002.

### **Transferência de Carteira**

A ANS poderá determinar a alienação da carteira nas situações que impliquem risco para a continuidade da assistência à saúde ou em Regime de Direção Fiscal ou Técnica. O prazo máximo para a alienação da carteira será de 30 dias a contar da data que a operadora receba o comunicado da decisão. A operação de alienação da carteira deverá manter integralmente as condições dos contratos sem restrição de direitos ou prejuízos para os beneficiários.

### **Transferência de Controle Acionário (Societário)**

Qualquer transferência de controle societário de operadoras deve ser submetida à aprovação da ANS, assim como quaisquer alterações que possam implicar ingerência efetiva na administração das operadoras. Isto significa dizer que o gerenciamento da operadora e os sócios estão submetidos ao controle da ANS.

## **Reajuste de preços**

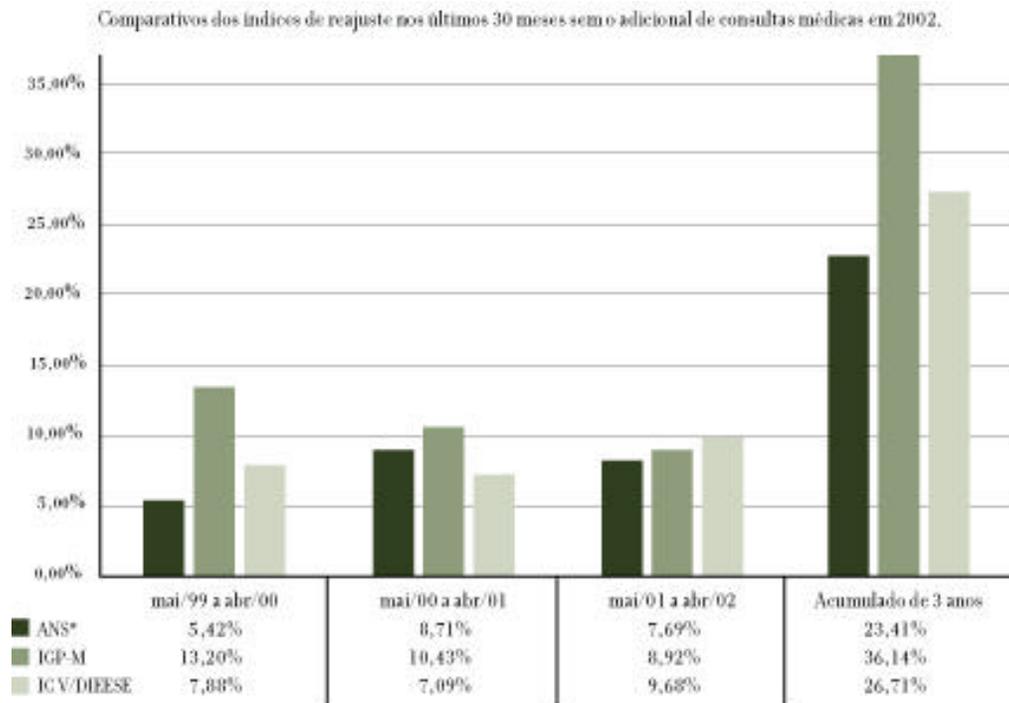
### **Reajuste de Preço dos Contratos Individuais/Familiares**

Antes da nova legislação, não havia padrão fixado para os reajustes. Eles eram feitos anualmente, através da correção pelo IGP-M ou a qualquer tempo, conforme cada contrato.

Hoje, a ANS autoriza o reajuste de Planos Individuais/Familiares e monitora a composição dos reajustes dos Planos Coletivos. O reajuste dos Planos Individuais é

autorizado de acordo com a composição dos reajustes sofridos pelos Coletivos após comprovação efetiva da variação de custo.

A metodologia empregada em 2002 pela ANS para o cálculo do percentual se vale de uma base de dados com 97 mil contratos coletivos - cerca de 18 milhões de beneficiários cujo comportamento é monitorado pela Agência. Essa medida visa a transferência para o individual do poder de barganha do coletivo. Desta forma, a Agência sedimenta o reajuste em bases reais e amplas da sociedade.

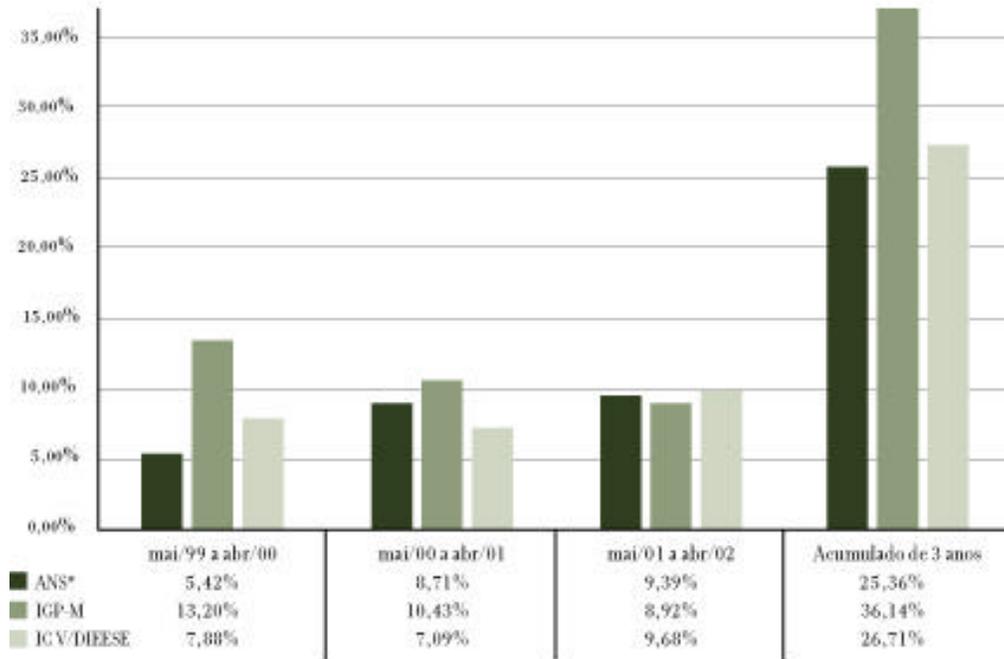


\*Sem adicional de 1,7% de consultas médicas.

A segunda parcela do reajuste é um percentual de 1,7% que pode ou não ser adicionado aos 7,69% iniciais. Para que seja incorporado esse segundo índice, é necessário que as operadoras comprovem à ANS o reajuste dos honorários das consultas médicas em 20%.

Em resumo, o teto do reajuste de 2002 é de 9,39%, com a condição de que as consultas médicas sejam recompostas em pelo menos 20%. Portanto, se a operadora optar pela recomposição, o teto reduz-se em 1,7%.

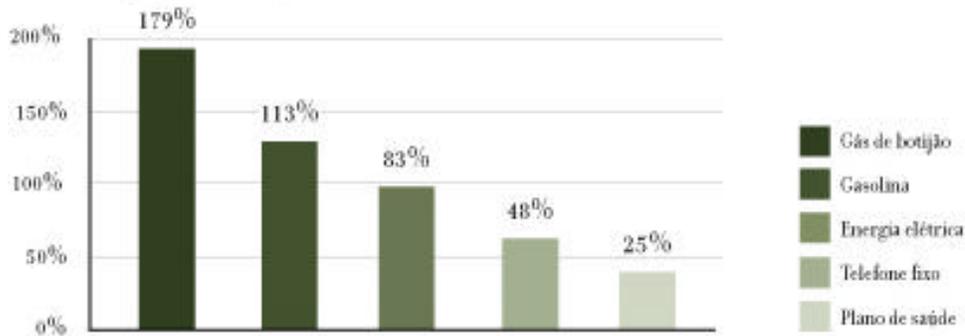
Comparativos dos índices de reajuste nos últimos 30 meses com o adicional de 1,7% de consultas médicas em 2002.



\*Com adicional de 1,7% de consultas médicas.

Em 3 anos, o plano privado de assistência à saúde foi o item que sofreu o menor reajuste do mercado, com um índice de 25%. O gás de cozinha e a gasolina tiveram suas tarifas reajustadas em mais de 100%.

Comparativos de Preço com base no IPCA



### **Revisão Técnica**

A Revisão Técnica é um conjunto de medidas a serem adotadas com vistas à correção de desequilíbrios na carteira de planos de saúde que possam comprometer a liquidez e a solvência da operadora, mediante remodelagem integral ou parcial dos produtos, combinada ou não com o reposicionamento dos valores das contraprestações pecuniárias. Está em estudos o aperfeiçoamento dessa norma.

## **Fiscalização**

### **Fiscalização Programada**

Foram criados o Programa Olho Vivo - que compreende ações de fiscalização planejada e sistemática junto às operadoras - e o Programa Cidadania Ativa - que objetiva o atendimento individualizado ao consumidor de planos privados de assistência à saúde. Ambos ficam sob responsabilidade da Diretoria de Fiscalização que tratou de “zerar” o passivo de reclamações – mais de 3 mil – feitas por consumidores contra operadoras e enviadas aos órgãos governamentais que antecederam à criação da ANS.

O Programa Olho Vivo constitui uma maneira inovadora para a fiscalização atuar, porque sua ação é mais abrangente do que a apuração de uma denúncia específica. Sua estruturação está focada nas operadoras de planos privados de assistência à saúde e fundamentada em um fluxo contínuo de informações – cruzamento de dados operacionais e financeiros, verificação da qualidade dos serviços prestados e observância das normas e regulamentos do setor. Em decorrência dessas ações, já é possível perceber a renovação de critérios de intervenção. Além disso, o programa é uma ferramenta considerável para que as empresas se ajustem melhor à legislação, sobretudo pela sua ação pedagógica, intrínseca à natureza da função fiscalizadora.

Já o Programa Cidadania Ativa foi concebido para funcionar nos postos avançados da Agência nas Unidades da Federação. Tem, como premissa básica, a mudança no padrão de atendimento ao consumidor, servindo, ao mesmo tempo, como canal de acesso e de informação da ANS.

A implantação desse programa foi orientada para ter como foco o consumidor de plano de saúde, através da profissionalização do atendimento e da fiscalização, interagindo com todos os atores sociais do setor, de modo a acompanhar e monitorar a saúde suplementar em toda sua complexidade.

O resultado da implantação desses programas – mesmo que ainda parcial em algumas regiões do país – foi sentido de imediato: 4.808 novos processos de fiscalização se somaram aos mais de 3 mil existentes, totalizando 7.377 denúncias que ensejaram a ação fiscalizatória da ANS. É importante observar que já houve julgamento definitivo de 476 casos, dos quais 79 redundaram em multas pecuniárias, fato jamais acontecido antes da criação da Agência.

Esse olhar pró-ativo visou estabelecer um novo código de conduta que valoriza a ética, o cidadão, a profissionalização dos serviços ofertados, orientado para resultados.

### **Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta**

O Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta visa adequar a conduta das operadoras à legislação pertinente e às diretrizes gerais estabelecidas para o setor de saúde suplementar. Ele será celebrado em decorrência de ações da ANS em processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia.

A operadora, ao celebrar o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta, obriga-se a cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração, corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes e informar o ocorrido a todos os usuários alcançados pelas irregularidades, bem como as medidas adotadas para a sua correção.

O seu descumprimento acarretará a revogação da suspensão do processo administrativo e impedirá a celebração de novo termo pela operadora no prazo de dois anos. Cumpridas as obrigações assumidas, o processo administrativo é extinto.

### **Multas e Penalidades**

A ANS prescreve multas, já que tem poder de polícia garantido pela legislação. Esse tipo de atitude visa garantir um comportamento positivo do mercado. A implantação de ações específicas de fiscalização como o Programa Olho Vivo permitiu um maior monitoramento sobre a conduta das operadoras.

	2000	2001	2002 (até junho)
Multas Aplicadas	446	182	768

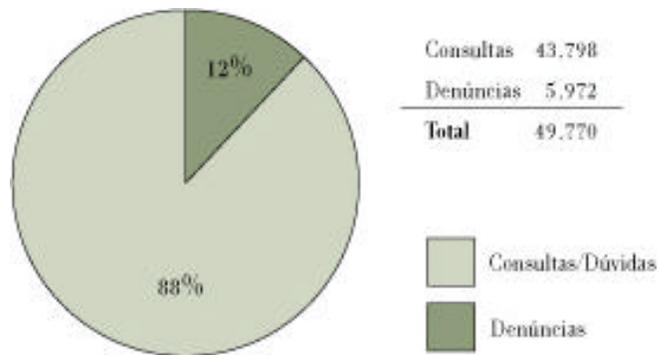
Fonte: DIFIS - de junho/2000 a junho/2002.

## **Comunicação e informação**

### **Disque ANS**

Lançado em 16 de julho de 2001, o Disque ANS é um eficiente canal de comunicação com os consumidores de planos de saúde. O serviço é uma central de atendimento que tem como objetivo esclarecer, informar e receber denúncias originárias de todos os atores sociais que compõem o setor de saúde suplementar. Ao encaminhar reclamações ou buscar informações, o usuário, de qualquer lugar do país, participa do processo de norteamento do mercado. Até junho de 2002, foram realizados 49.770 atendimentos pelo Disque ANS.

O telefone do Disque ANS é 0800 701 9656 e funciona das 8h às 20h, de 2a a 6a, com atendimento também por e-mail ou carta.



Como podemos observar, o mapa a seguir demonstra que a maioria das ligações feitas ao Disque ANS ocorreu na região Sudeste, com números elevados também nas regiões Sul e Nordeste. As regiões Centro-Oeste e Norte foram as que menos participaram.



Fonte : Banco de Dados do Disque ANS no período de 16/07/01 a 16/06/02.

### **Atendimento Regionalizado**

A ANS estabeleceu 8 Núcleos Regionais de Fiscalização (NURAF's) no país. Todos adequados a receber as demandas dos cidadãos. Presentes nos estados do Pará, Ceará, Bahia, Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, estendem sua abrangência à todo território nacional.

## **Monitoramento de contratos**

Os contratos novos (firmados entre operadoras e beneficiários após a Lei 9.656/98) são obrigatoriamente registrados na ANS e monitorados para que seja verificado se efetivamente estão de acordo com as normas estabelecidas. Já os chamados contratos antigos, ou seja, assinados antes da vigência da Lei, não foram registrados na Agência e são regidos pelas suas próprias cláusulas sem nenhuma interferência da ANS.

Um desafio a ser enfrentado é acelerar a migração dos usuários de contratos antigos para o modelo regulado. Nestes 30 meses após a regulamentação, cerca de 23 milhões dentre os mais de 33 milhões de beneficiários cadastrados na ANS ainda estão vinculados a contratos antigos. Além de ir contra o espírito da regulamentação – que sempre foi o de ampliar a cobertura assistencial dos usuários –, esse fato dificulta a já complexa transição do setor.

## **Ressarcimento ao SUS**

### **Centralização do Processamento**

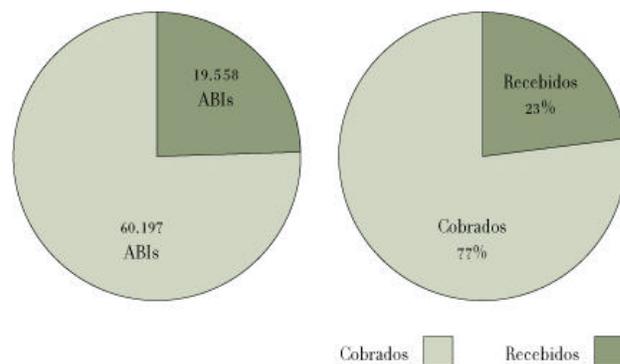
A ANS também se dedicou à implantação da cobrança do ressarcimento ao SUS (Sistema Único de Saúde) dos atendimentos realizados em beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Quando os usuários de planos de saúde se valem dos serviços prestados pela rede pública, a operadora deve realizar o seu ressarcimento ao SUS.

O ressarcimento dos serviços prestados pelo SUS é uma ação de grande complexidade, em especial devido às dificuldades impostas pela falta de um cadastro de usuários e pelas barreiras tecnológicas, pois, para se comprovar a efetiva prestação do serviço, é necessário um cruzamento de todo o cadastro de atendimento do Sistema Único de Saúde com a relação de mais de 34 milhões de consumidores cadastrados na ANS. Até que se chegasse ao momento da cobrança, todo o arcabouço legal foi realizado, o que significou meses de trabalho e preparação. Em paralelo, foi implantado um aparato tecnológico suficiente para reconhecer e lançar as cobranças.

Complementando essas ações, foi realizado um exaustivo trabalho de orientação a gestores e operadoras quanto aos procedimentos e à própria filosofia de concepção do ressarcimento, mas mesmo assim surgiram diversas medidas judiciais por parte das operadoras, visando impugnar as cobranças emitidas.

Até 30 de junho de 2002, foram cobradas 79.755 ABIs (Avisos de Beneficiários Identificados) e destes foram recebidos 19.558 ABIs (32,86%). Isto corresponde a R\$ 106.331.000,00 cobrados, tendo recebido R\$ 31.450.000,00.

### Ressarcimento ao SUS em ABIs



Fonte: DIDES - junho/2002.

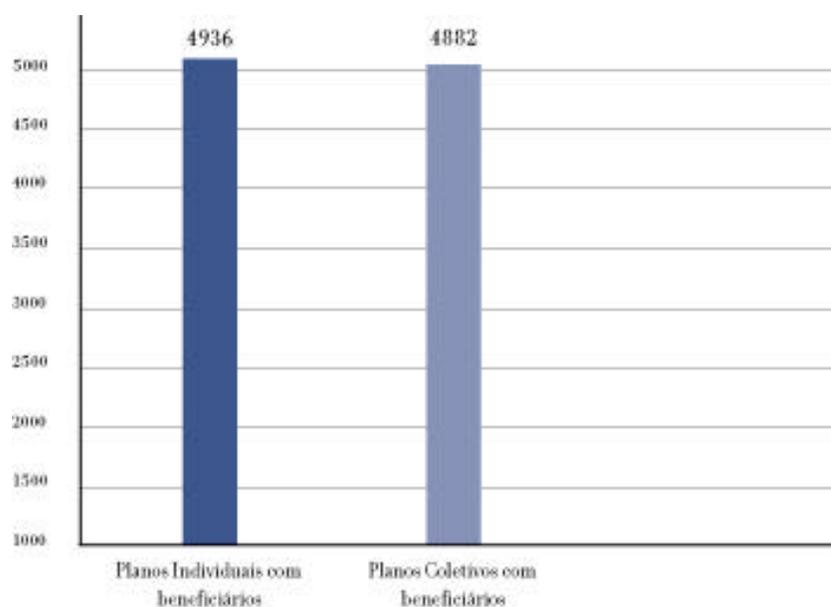
# O Setor em Números

## O setor de saúde suplementar

### Distribuição dos Beneficiários dos Planos de Saúde

Dados do cadastro da ANS de junho de 2002 apontam para um universo de mais de 33 milhões de beneficiários de planos de saúde. Destes, cerca de 23 milhões são usuários de planos antigos e a ANS não dispõe de informações acerca de seus planos. Já os mais de 10 milhões que têm planos novos estão agrupados em 4.936 Planos Individuais e outros 4.882 Planos Coletivos.

Importante destacar que, na nomenclatura comum ao setor, considera-se cada plano como um produto comercializado.

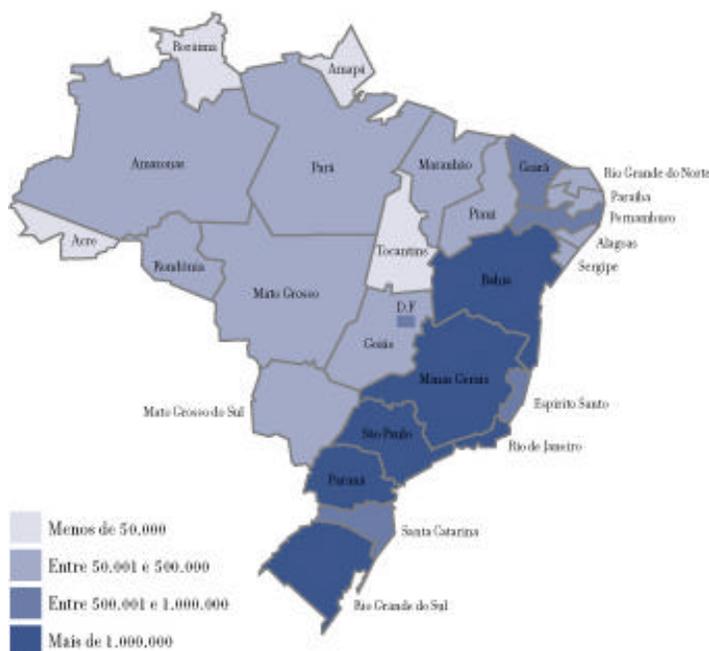


A tabela abaixo apresenta a distribuição dos beneficiários por faixa etária e a divisão segundo o tipo de plano (novo ou antigo, ou seja, assinados antes ou após a aprovação da Lei 9.656/98).

Faixa Etária	Plano Anterior à Lei 9.656		Plano Posterior à Lei 9.656		Total	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
0 a 17 anos	5.888.483	25,68%	2.998.355	28,23%	8.886.838	26,49%
18 a 25 anos	4.761.185	20,77%	2.593.521	24,42%	7.354.706	21,92%
30 a 39 anos	4.077.633	17,79%	1.942.191	18,28%	6.019.824	17,94%
40 a 49 anos	3.396.090	14,81%	1.491.191	14,05%	4.888.061	14,57%
50 a 60 anos	2.180.565	9,51%	817.177	7,69%	2.997.742	8,94%
60 a 69 anos	1.368.786	5,97%	412.161	3,88%	1.780.947	5,31%
70 e mais	1.254.200	5,47%	367.249	3,47%	1.621.449	4,83%
<b>Total</b>	<b>22.926.942</b>	<b>100,00%</b>	<b>10.622.625</b>	<b>100,00%</b>	<b>33.549.567</b>	<b>100,00%</b>

A **distribuição geográfica** por número de beneficiários é maior nas regiões Sudeste e Sul e no estado da Bahia, com mais de 1 milhão de beneficiários e menor em alguns estados da região Norte e no Tocantins, com menos de 50 mil beneficiários.

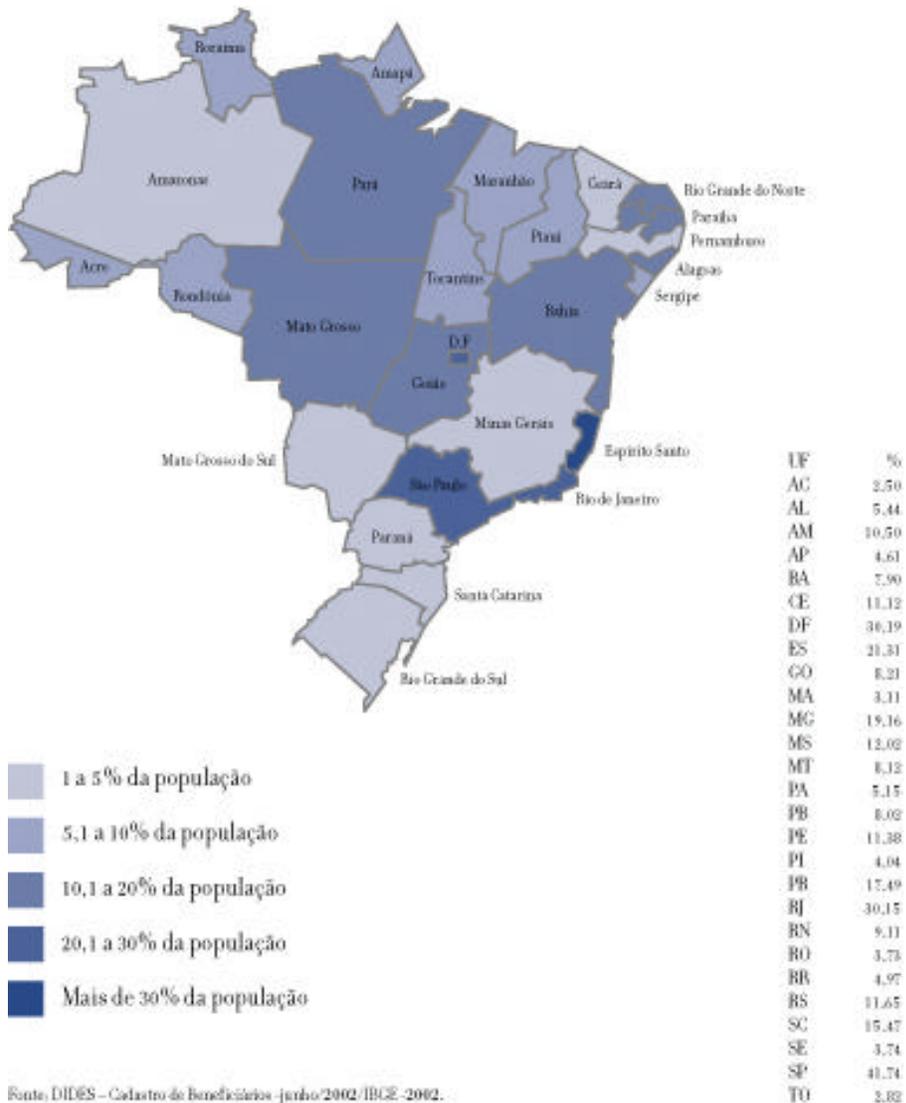
A diferença do número de beneficiários entre os estados de maior e menor concentração chega a ser de 20 vezes, demonstrando que a falta de homogeneidade ainda é um grande obstáculo a ser superado.



Fonte: DIDES - Cadastro de Beneficiários - junho/2002

Com relação à **concentração da população coberta**, a região Sudeste possui a maior taxa. São Paulo é o estado com a maior concentração de população com planos privados de assistência à saúde do Brasil, com mais de 40% de população coberta, seguido do estado do Rio de Janeiro e do Distrito Federal, cada um também com mais de 30% da população coberta.

A menor concentração da população coberta encontra-se nas regiões Norte e Centro-Oeste. Esta baixa concentração varia entre 1 e 5% de toda a população.



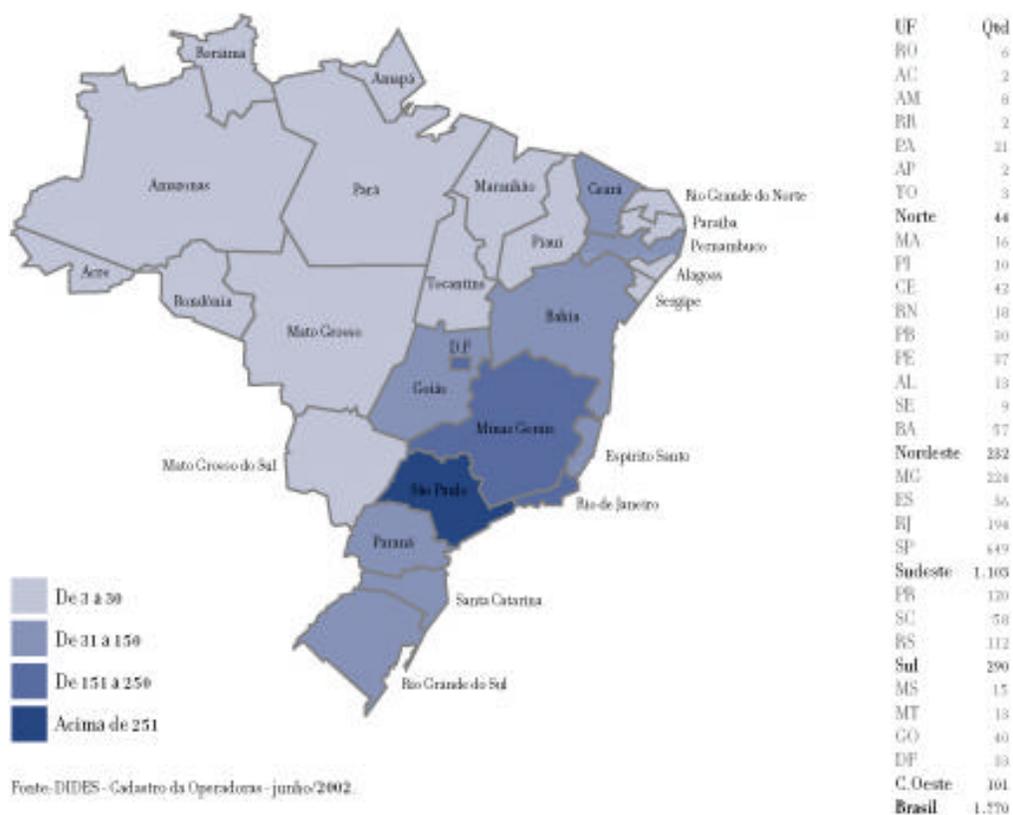
## Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

Quanto ao número de operadoras, temos hoje um total de 1.770 registradas na Agência com beneficiários informados, ou seja, são consideradas ativas.

A distribuição de operadoras por Unidades de Federação demonstra uma grande concentração na Região Sudeste, principalmente em São Paulo, seguido por Minas Gerais e Rio de Janeiro. O desequilíbrio na distribuição cria abismos retratados em números como os de São Paulo, que possui 649 operadoras, seguido por Minas e Rio, com cerca de 200 operadoras, ou seja, o 2º e o 3º colocados possuem 30% do universo do 1º.

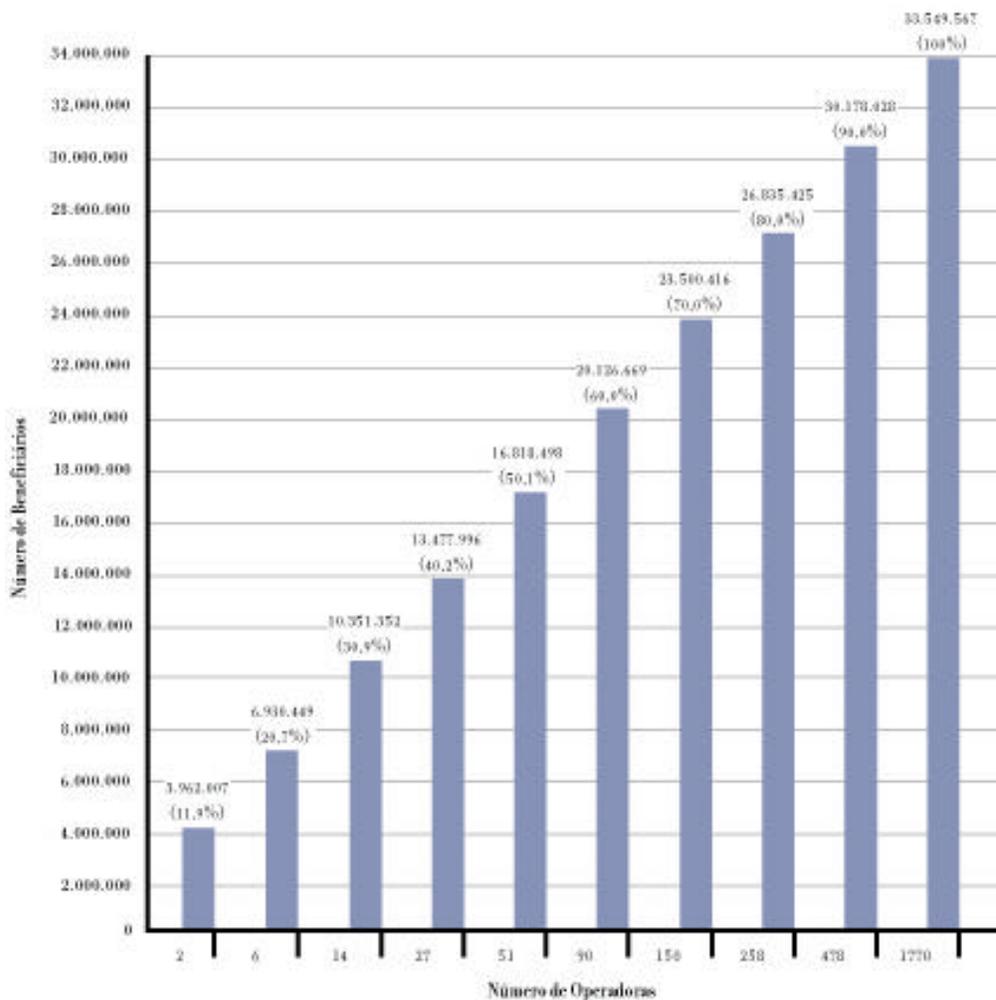
Em continuidade, temos os estados do Paraná e do Rio Grande do Sul com 50% do universo retratado por Minas e Rio.

Na maior parte do país a concentração ainda é baixa, com o número de operadoras por Unidades da Federação oscilando entre as 57 operadoras da Bahia e as 3 operadoras do Acre e de Roraima.



### Taxa de Concentração das Operadoras

Uma das situações que caracteriza o setor de saúde suplementar é a alta concentração da maior parte dos beneficiários em um número restrito de operadoras. Através do quadro abaixo é possível verificar que apenas 51 operadoras (2,88% de todas as 1.770 registradas e com beneficiários informados à ANS) são responsáveis por metade dos beneficiários, ou seja, mais de 16 milhões de consumidores.



Fonte: DIDES - Cadastro de beneficiários - junho/2002.

# 30 Conquistas da ANS

[ 1 ]

Implantação de uma das mais avançadas leis de planos de saúde do mundo;

[ 2 ]

Ênfase na participação da sociedade no avanço da regulação com a valorização da Câmara de Saúde Suplementar e a introdução das Câmaras Técnicas e Consultas Públicas;

[ 3 ]

Regulamentação do Plano Referência para garantir a qualidade assistencial;

[ 4 ]

Definição do Rol de Procedimentos Médicos;

[ 5 ]

Definição do Rol de Procedimentos Odontológicos;

[ 6 ]

Definição do Rol de Procedimentos de Alta Complexidade;

[ 7 ]

Segmentação das operadoras em uma classificação específica;

[ 8 ]

Padronização do Plano de Contas das operadoras de planos de saúde;

[ 9 ]

Implantação de exigências para o cargo de administradores de operadoras;

[ 10 ]

Exigência de médico responsável pelo fluxo de informações de saúde;

[ 11 ]

Introdução de sistemas de informações econômico-financeiras (DIOPS);

[ 12 ]

Controle das coberturas de assistência à saúde, através do Sistema de Informações sobre Produtos (SIP);

[ 13 ]

Exigências de garantias e provisões técnicas das operadoras, buscando-se

evitar prejuízos ao atendimento dos beneficiários;

[ 14 ]

Regulamentação de regimes especiais como Direção Técnica, Fiscal e Liquidação Extrajudicial nas operadoras;

[ 15 ]

Garantia de transferência de carteira de consumidores (em caso de liquidação) para que não percam seus direitos;

[ 16 ]

Normatização para a realização da transferência de controle acionário das operadoras;

[ 17 ]

Monitoramento permanente dos reajustes de preço dos contratos dos planos de saúde coletivos;

[ 18 ]

Elaboração de uma política de reajustes de preço dos planos individuais/familiares tendo como base a média observada nos planos coletivos, transferindo ao consumidor o maior poder de negociação obtido pela pessoa jurídica;

[ 19 ]

Transferência progressiva de contratos antigos para novos;

[ 20 ]

Implantação de sistema para realizar a identificação dos produtos disponíveis no mercado;

[ 21 ]

Monitoramento dos contratos firmados entre as operadoras e seus beneficiários;

[ 22 ]

Criação do Programa Olho Vivo - fiscalização sistemática - e do Programa Cidadania Ativa - atendimento ao consumidor;

[ 23 ]

Utilização do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta das operadoras para adequar as operadoras à legislação;

[ 24 ]

Inauguração da central de atendimento ao consumidor, o Disque ANS;

[ 25 ]  
Estruturação da ANS, com sede no Rio e viabilização de diversos núcleos em todo o país;

[ 26 ]  
Centralização dos ressarcimentos ao SUS (Sistema Único de Saúde);

[ 27 ]  
Implantação de um banco de dados sobre o setor com informações confiáveis e aptas ao planejamento de novas ações;

[ 28 ]  
Conscientização das operadoras sobre a importância de se implantar programas de prevenção à saúde;

[ 29 ]  
Estruturação de um quadro de recursos humanos habilitado a trabalhar no setor, com programas contínuos de treinamento e especialização;

[ 30 ]  
Consolidação da Internet como efetiva ferramenta de desburocratização nas relações com o setor, em especial com as operadoras.

# Contrato de Gestão

## Contrato de gestão

O Ministério da Saúde firmou um Contrato de Gestão com a ANS para permitir a avaliação objetiva dos resultados da Agência, mediante o estabelecimento de diretrizes estratégicas, ações e indicadores de desempenho.

## Metas

Definição	Métrica	Meta/Ano	
		2002	2003
Impacto das normas e estímulo à adaptação dos contratos.	TAXA ANUAL DE MIGRAÇÃO DE PLANOS ANTIGOS PARA PLANOS NOVOS: (números de participantes dos planos novos/ total de participantes de planos) x 100	25 %	10 %
Consolidação do modelo de regulação do mercado de saúde suplementar.	TAXA DE MIGRAÇÃO DE REGISTRO PROVISÓRIO DE PRODUTOS PARA REGISTRO DEFINITIVO DE PRODUTOS: (números de registros definitivos/ total de registros provisórios) x 100	0 %	50 %
	GRAU DE REGULAÇÃO DE OPERADORAS: (número de registros definitivos/ total de registros provisórios) x 100	0 %	90 %
Fiscalizações e acompanhamentos realizados no mercado de saúde suplementar.	NÚMERO DE FISCALIZAÇÕES PRÓ-ACTIVAS: Número de operadoras submetidas à fiscalização pró-ativa.	200	300
	PERCENTUAL DE ACOMPANHAMENTO DERIVADOS DE ANÁLISE TÉCNICA, POR SEGMENTO DE OPERADORA: (número de operadoras acompanhadas/ total de operadoras) x 100	40 %	60 %
Apuração de denúncias.	GRAU DE AFURAÇÃO: (denúncias apuradas/total de denúncias formalizadas) x 100	100 %	100 %
Acompanhamento dos padrões de entrada, operação e saída das operadoras do setor.	GRAU DE CUMPRIMENTO: (número de operadoras com garantias financeiras/ total de operadoras) x 100	30 %	70 %
	(número de ops. adotando contabilidade padrão/ total de operadoras) x 100	100 %	—
Imagem da ANS junto aos usuários, operadoras e prestadores.	LEVANTAMENTO DE OPINIÃO.	01	01
Satisfação do usuário com os serviços prestados pelas operadoras.	LEVANTAMENTO PARA MEDIR: Grau de conhecimento dos usuários sobre seus direitos básicos e grau de satisfação do usuário	01	01

Definição	Métrica	Meta/Ano	
		2002	2003
Ressarcimento ao SUS.	GRAU DE RESSARCIMENTO: (Avisos de Beneficiários Identificados – ABIs recebidos/Avisos de Beneficiários Identificados – ABIs cobrados) x 100	40 %	70 %
	(Avisos de Beneficiários Identificados – ABIs analisados/Avisos de beneficiários identificados – ABIs) x 100	80 %	90 %
Sistema de informações epidemiológicas dos usuários de planos de saúde.	IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA.	100 %	—
Implantação de núcleos regionais.	NÚMERO DE NÚCLEOS COM CAPACIDADE INSTALADA PARA ATENDIMENTO E FISCALIZAÇÃO.	04	04
Formação do quadro permanente de recursos humanos.	CUMPRIMENTO DO CALENDÁRIO:		
	– Realização de concurso	—	01
	– Contratação	—	515
Capacitação do quadro de pessoal.	EVENTOS DE APERIÇÃO:		
	– Número de funcionários treinados por período (anual)	450	450
	– Número de horas de treinamento por período (anual)	10.800	10.800
Implantação de estrutura de tecnologia da informação.	GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRUTURA DE TI	100 %	—
Produção e difusão do conhecimento em saúde suplementar.	NÚMERO DE SEMINÁRIOS, PALESTRAS E PUBLICAÇÕES REALIZADAS NO PERÍODO	42	42

## A ANS é uma construção coletiva

**É importante ressaltar o trabalho de construção coletiva. De fato, o esforço empreendido por cada um dos que trabalham na ANS foi no sentido de, em um curto espaço de tempo, alicerçar um órgão regulador com pouquíssima memória disponível, tornando-a uma agência pública, eficiente e determinada a fazer história, contribuindo decisivamente para o setor de saúde suplementar brasileiro.**