



**A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE  
SUPLEMENTAR - ANS E  
A REGULAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE  
SUPLEMENTAR**

Esta Nota Técnica foi produzida em conjunto - ANS e CONASS e tem por objetivos:

- Descrever o processo de implantação da regulação pública no setor da saúde suplementar a partir da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
- Trazer elementos para que o colegiado dos secretários estaduais de saúde se aproprie das informações e dados do setor e faça parte do conjunto de atores que discutem, na atualidade, a saúde suplementar no SUS. Para tanto, esta nota técnica, trás anexo um caderno de “Informações sobre beneficiários, operadoras e planos”.

## **I. O MARCO REGULATÓRIO**

A construção de um marco regulatório se refere ao conjunto de regras, orientações e medidas de controle e valoração para o exercício de atividades específicas. Na maioria dos casos é necessária uma revisão completa do corpo de normas previamente existentes, e a implantação de uma nova normatividade que promova comportamentos apropriados por parte dos atores envolvidos.

A lei 9656/98, marco e instrumento regulatório dos planos privados de assistência à saúde, foi sancionada em 03 de junho de 1998, após alguns anos de discussão. A Lei entrou em vigor em 03 de setembro de 1998, noventa dias após sua publicação, começando, então, o processo de sua regulamentação, com supressões e acréscimos, já tendo sido baixadas inúmeras Medidas Provisórias.

As normas infralegais que regulamentam o setor foram inicialmente editadas pelo CONSU - Conselho de Saúde Suplementar (32 Resoluções), e posteriormente pela ANS: 95 Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), 108 Resoluções Normativas (RN), 8 Súmulas Normativas, 289 Resoluções Operacionais (RO), 27 Instruções

Normativas (IN), e 21 Resoluções de Diretoria (RE). As RDC e RN são as resoluções de maior impacto sobre o mercado, pois estas imprimem as políticas.

## **II. A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS**

Dentro desse contexto, a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar foi implantada com o projeto técnico-político de garantir aos usuários dos planos privados de saúde uma assistência responsável e solidária por parte das empresas operadoras desses serviços. Foi criada pela Lei 9961 de 28 de janeiro de 2000, como uma autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, e atuação em todo o território nacional, sendo órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar à saúde. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. Tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores.

Em síntese, compete à ANS:

- ⇒ Propor políticas e diretrizes gerais para a regulação do setor de saúde suplementar;
- ⇒ Estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras, assim como os critérios de aferição;
- ⇒ Autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, de acordo com parâmetros e diretrizes gerais, ambos fixados conjuntamente pelos Ministérios da Fazenda e da Saúde;
- ⇒ Fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

- ⇒ Avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;
- ⇒ Fiscalizar aspectos concernentes ao cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
- ⇒ Fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação, aplicando penalidades pelo descumprimento;

Seu desenho organizacional comporta uma Diretoria Colegiada composta por cinco Diretores, sendo um deles o seu Diretor-Presidente, estruturada da seguinte forma:

1. Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE, responsável pela normatização, registro e monitoramento do funcionamento das operadoras, inclusive dos processos de intervenção e liquidação;
2. Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO, responsável pela normatização, registro e monitoramento dos produtos, inclusive as questões assistenciais e as autorizações de reajuste de contratos individuais e familiares;
3. Diretoria de Fiscalização – DIFIS, responsável por todo o processo de fiscalização, tanto dos aspectos econômico-financeiros quanto dos aspectos médico-assistenciais, além do apoio ao consumidor e articulação com os órgãos de defesa do consumidor;
4. Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, responsável pelo sistema de ressarcimento ao SUS, e pelo desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e o aumento da competitividade do setor;
5. Diretoria de Gestão – DIGES, responsável pelo sistema de gerenciamento (recursos financeiros, recursos humanos, suprimentos, documentação) da Agência.

Conta, também, com a Procuradoria Geral, a Corregedoria, a Auditoria Interna, a Secretaria Geral e a Ouvidoria, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno. A ANS conta

ainda com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo, onde são discutidos com órgãos representativos, de forma democrática, temas voltados ao setor.

A atuação da ANS está submetida ao Contrato de Gestão (instrumento técnico e político), tendo sido firmado o primeiro em 21/12/2000 com o Ministério da Saúde, objetivando a pactuação de resultados e a avaliação do desempenho da ANS, mediante o estabelecimento de diretrizes estratégicas, ações e indicadores. Os seguintes: prorrogação até 31/12/2004, e o atual, com vigência de 01/01/2005 a 31/12/2005.

### **III. OS PRINCIPAIS AVANÇOS**

Antes da Lei 9656/98 eram comuns as práticas de negativa de atendimento, exclusão de doenças, seleção de clientela, rescisão unilateral de contratos, restrições de coberturas, reajustes sem controle.

Os principais avanços introduzidos pela nova lei:

- Regulação da cobertura assistencial obrigatória, mais extensa e padronizada, sob o formato de um produto referência que todas as operadoras mantêm para comercialização;
- Obrigatoriedade de não limitação de tempo de internação, inclusive em UTI;
- Cobertura à emergência e urgência;
- O não impedimento de ingresso ao plano em razão de doença ou idade do consumidor;
- Regulação das condições de ingresso, operação e saída do setor, efetuando-se um controle junto às operadoras em relação às demonstrações contábeis;
- Regulação de preço – foram criadas e fixadas as normas para os reajustes;
- Efetividade da regulação – incremento das ações de fiscalização;

Qualquer avaliação das ações e dos impactos da ANS na regulamentação do setor deve considerar a realidade contextual que manteve a saúde suplementar por mais de trinta anos ausente de regulamentação específica, e principalmente considerar que o objeto da regulação é a produção do cuidado em saúde, submetendo a essa lógica um alto nível de complexidade.

#### **IV. O ESTÁGIO ATUAL DO SETOR**

O setor de saúde suplementar reúne mais de duas mil empresas operadoras de planos de saúde, milhares de prestadores, e cerca de quarenta milhões de usuários (Ver gráfico página 02 do Caderno de Informações).

As operadoras são classificadas, conforme seu estatuto jurídico, nas seguintes modalidades:

- **Administradora:** empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, financiados por outra operadora, sem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, não podem ter beneficiários.
- **Autogestão:** entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes. Podem ser patrocinadas ou não patrocinadas pelo empregador.
- **Cooperativa médica:** sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei N.º. 764, de 16 de dezembro de 1971.

- **Cooperativa odontológica:** sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei N.º.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.
- **Filantropia:** entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS, e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.
- **Medicina de Grupo:** demais empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.
- **Odontologia de Grupo:** demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, Planos Odontológicos.
- **Seguradoras Especializadas em Saúde:** pessoas jurídicas constituídas sob a forma de sociedade anônima, que além do seguro saúde propriamente dito, sujeito a regulamentação específica, operam produtos com todas as características de planos privados de assistência à saúde.

#### E AINDA, NAS SEGUINTEs FORMAS DE CONTRATAÇÃO:

- **Individual ou familiar:** contrato assinado entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar).
- **Coletiva:**

- Com patrocinador: planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade total ou parcialmente paga à operadora pela pessoa jurídica contratante. Inclui também os contratos mantidos por autogestão em que o beneficiário paga parcialmente o prêmio ou contraprestação (mensalidade).
- Sem patrocinador - planos contratados por pessoa jurídica, pagos integralmente pelos beneficiários à operadora.

### **PLANOS REGISTRADOS POR CLASSIFICAÇÃO**

Ver tabela 12 e gráfico 24 no Caderno de Informações anexo.

### **PLANOS REGISTRADOS POR TIPO DE CONTRATAÇÃO**

Ver gráficos 6, 7 e 8 no Caderno de Informações anexo.

### **Nº DE BENEFICIÁRIOS POR VIGÊNCIA DO PLANO**

Ver gráfico 5 no Caderno de Informações anexo.

### **COBERTURA DEMOGRÁFICA**

Ver gráficos 19, 20, 21 e 22 no Caderno de Informações anexo.

### **COBERTURA GEOGRÁFICA**

Ver gráficos 2 e 3, e tabelas 2 e 3 no Caderno de Informações anexo.

## **V. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO**

São importantes ferramentas para a atividade de regulação, induzindo a mudanças na abordagem normativa, indo ao encontro de um processo de regulação baseado nas informações.

- Beneficiários – Cadastro de Beneficiários

- Operadoras – Cadastro de Operadoras e DIOPS - Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde
- Resultados Assistenciais – SIP - Sistema de Informações de Produtos

## **VI. DEBATES PÓS-REGULAMENTAÇÃO**

Esse é um setor no qual os consensos são mínimos, porque os interesses são muito antagônicos, e ainda hoje se discute a intensidade da regulação quanto:

- Aos aspectos referentes ao exercício profissional e à organização do trabalho médico
- Ao ressarcimento ao SUS, concebido para desestimular o atendimento de beneficiários de planos de saúde em estabelecimentos da rede pública e privada conveniada ao SUS;
- Aos mecanismos de controle e monitoramento da “saúde financeira” das operadoras, da viabilidade econômica dos produtos comercializados, da comprovação de solvência e das reservas técnicas;
- Ao acompanhamento dos preços e políticas de reajuste;

## **VII. PRINCIPAIS DESAFIOS**

- A qualificação na saúde suplementar – o Projeto de Qualificação da Saúde Suplementar já se encontra em fase de implementação, com resultados iniciais já divulgados;
- Estabelecimento de políticas de incorporação tecnológica e revisão permanente das coberturas obrigatórias (rol de procedimentos) – discussões em Comitê formado por técnicos de diversos setores afins;
- A transição dos contratos antigos para contratos sob a proteção da Lei 9656/98 – prioridade para unificar as garantias aos beneficiários de forma que todos fiquem sob a cobertura da lei;

- Construção da estabilidade do marco regulatório – clareza no papel da ANS de agente de mudanças e de propositor de um setor equilibrado e justo socialmente.
- Estabelecer discussões conjuntas e pactuações entre os gestores do SUS e a ANS dos seguintes temas, dentre outros: suficiência e qualidade de redes assistenciais; modelos assistenciais e linhas de cuidados; metodologia para incorporação tecnológica; protocolos de conduta profissional; troca de dados dos sistemas de informação; regulação de acesso aos serviços e multiprofissionalidade.

Mais dados sobre o setor consultar o site da ANS: <http://www.ans.gov.br>