



Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Coordenação de Pós-Graduação

**Dissertação apresentada para
conclusão do Mestrado
Profissional em Saúde Pública
– 2002, Subárea Regulação de
Saúde Suplementar**

**REGISTRO DE PLANOS DE SAÚDE: ORIGEM,
IMPLEMENTAÇÃO E PERSPECTIVAS**

Aluno: Everardo Cancela Braga

Orientadora: Dina Czeresnia

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2004

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Norival e Erondina, com eterna gratidão pela
educação recebida.

À minha esposa, Denise, pelo companheirismo, apoio e
compreensão nos momentos de estudo.

Aos meus filhos, Vinícius e Clarissa, como
exemplo de objetivo alcançado.

AGRADECIMENTOS

Ao Barroca pelo convite para compor sua equipe e poder ter a oportunidade do desenvolvimento.

À Luzia, Marizélia e Zettel pela intensa troca de conhecimento e experiência na rotina diária da ANS.

À Equipe do Registro de Planos de Saúde pelo importante trabalho que desenvolveram a partir da sua implantação.

Aos entrevistados que contribuem de maneira fundamental para o conhecimento do setor ao compartilharem suas ricas experiências.

Aos Consultores e Suporte Administrativo pela cooperação em todos os momentos.

Ao Carlos, Marcelo e Marcos pelo apoio no estudo dos banco de dados.

À Maria Helena pela versão do resumo para inglês.

RESUMO

Decorridos mais de cinco anos da publicação do marco regulatório do setor – a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998 – e quatro anos da criação de sua agência reguladora pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, é necessário conhecer a origem e a implementação do registro de planos de saúde no país, contextualizando-o nos referenciais teóricos da regulação econômica de mercados. É preciso também discutir a experiência acumulada desde dezembro de 1998, mediante a apresentação das diversas situações encontradas no monitoramento da operação dos planos de saúde e as respectivas medidas corretivas aplicadas às inadequações. Cabe destacar que as motivações dos primeiros normativos estão recuperadas nas referências obtidas nas entrevistas com os principais gestores públicos do setor à época.

Para tanto, faz-se uma análise quantitativa do perfil do conjunto de planos registrados provisoriamente para comercialização até 31/12/2003, no que concerne à forma de contratação, à abrangência geográfica e ao tipo de cobertura e sua relação com o tipo de empreendimento e o porte das operadoras segundo o número de beneficiários vinculados.

Este estudo quantitativo também contribui para evidenciar as hipóteses levantadas sobre a conformação desse mercado quanto ao tipo de assistência ofertada, às características dos planos e estratégias de operação de acordo com o tipo e porte do empreendimento.

A seguir fundamenta-se a proposição de um conjunto de medidas operacionais e as informações a serem agregadas ao atual sistema de registro provisório de planos de saúde, de modo a melhorar a credibilidade e a consistência das informações prestadas pelo mercado operador. O cronograma de implantação é sugerido para um horizonte de ação trienal e considera, para sua progressividade, o crescente grau de dificuldade e o esforço operacional a ser empregado pelas operadoras no sentido de seu atendimento.

Conclui-se que a redução na assimetria de informação entre operadoras e consumidores depende de medidas de impacto para o aperfeiçoamento do sistema de registro de planos de saúde e deve ser determinada por uma política aglutinadora e inovadora por parte da ANS.

ABSTRACT

Five years after the publication of the private health sector regulatory landmark, the Law n° 9.656 of June 03rd, 1998, and 4 years after the creation of the National Private Health Agency (Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS) by the Law n° 9.961 of January 28th, 2000, it is necessary to acknowledge the origin and implementation process of the health plans registry in the country, in the context of theoretical references of the market economical regulations. It is also important discuss the experience gathered since December of 1998, based on several situations of the health plans operations, and the correctives measures applied to the encountered inadequacies. It must be pointed out that the motivations resulting on the former regulations are noted in the references obtained during the interviews with the main public sector managers at that time.

A quantitative analysis of the plans collection profile, temporarily registered for commercialization till December 31st, 2003, is prepared considering the contract formats, geographical inclusion areas, coverage types, and their relationship with the enterprises type and companies' size based on the number of their beneficiaries.

This quantitative study also contributes to set the lights over the hypotheses created about the structure of this market regarding the type of the health care delivered, the characteristics of the plans and the strategies for operation, according to the type and size of enterprise.

In addition, a proposition about a collection of operational measures and the information to be added to the actual provisory registry of health plans system are established to improve the credibility and consistency of the information provided by the market. A chronogram for the insertion of such changes is suggested based on a triennial action, taking into consideration the growing degree of difficulty and operational efforts the companies will spend to perform their activities.

The conclusion is, the reduction of information asymmetry between the firms and consumers depends on the measures of impact developed to improve the health plans registry system and shall be determined by a brand new and agglutinant policy created by the ANS.

SUMÁRIO

Introdução	1
Capítulo I. Economia, Regulação e Saúde	3
Capítulo II. Metodologia	11
Aspectos éticos	15
Capítulo III. Registro de Planos de Saúde	16
3.1 A origem	16
3.1.1 Registro de planos de saúde no campo da Saúde Suplementar	18
3.2 A implementação	31
3.2.1 Características fundamentais de um plano de saúde	33
3.2.2 Características complementares de um plano de saúde	35
3.3 Situação atual	36
3.3.1 Planos registrados e classificação das operadoras	36
3.3.2 Abrangência Geográfica	38
3.3.3 Tipo de Contratação	39
3.3.4 Segmentação Assistencial	39
3.3.5 Abrangência Geográfica e porte das operadoras	41
3.3.6 Inconsistências	42
3.4 Perspectivas	44
3.4.1 Mecanismo de regulação	47
3.4.2 Extensão Assistencial	48
3.4.3 Tipo de acomodação	48
3.4.4 Rede Assistencial	48
3.4.5 Serviços adicionais	49
3.4.6 Benefícios não-assistenciais	49
3.4.7 Forma de pagamento	50
3.4.8 Financiamento de planos coletivos	50
3.4.9 Condições de vínculo para planos coletivos	50
3.4.10 Situação do registro do plano de saúde	51
Capítulo IV. Discussão	53
4.1 Resultados esperados para ANS e regulação do mercado	55
4.1.1 Propostas de intervenção	55
4.1.2 Recomendações	56
4.2 Viabilidade de implementação das propostas	58
4.2.1 Econômica	58
4.2.2 Jurídica	59
4.2.3 Técnica	59
4.2.4 Institucional	60
Conclusões	61
Referências bibliográficas	63
Bibliografia	65
Anexos	67
Apêndices	69

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 Distribuição dos planos de saúde com registro provisório por classificação das operadoras	36
TABELA 2 Distribuição dos tipos de abrangência geográfica dos planos de saúde por classificação das operadoras	38
TABELA 3 Distribuição dos tipos de contratação dos planos de saúde por classificação das operadoras	39
TABELA 4- Distribuição dos tipos de segmentação dos planos de saúde por classificação das operadoras	40
TABELA 5 Distribuição da abrangência geográfica dos planos de saúde com registro provisório pelas operadoras classificadas por número de beneficiários	41
TABELA 6 Distribuição das inconsistências nos planos de saúde com registro provisório por classificação das operadoras	42
TABELA 7 Tipos de contratação múltipla por classificação das operadoras ...	43
TABELA 8 Segmentações assistenciais incorretas por classificação das operadoras	44

SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Cadop	Cadastro de Operadoras
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
Consu	Conselho de Saúde Suplementar
D.O.	Diário Oficial
Desas	Departamento de Saúde Suplementar
Dipro	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
IBA	Instituto Brasileiro de Atuária
DLP	Doença e Lesão Pré-existente
LRPS 01 e 03	Relatórios do Registro de Planos de Saúde
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
NTRP	Nota Técnica de Registro de Produto
PPA	Plano Plurianual
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RN	Resolução Normativa
RPS	Registro de Planos de Saúde
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SIB	Sistema de Informação de Beneficiários
SIP	Sistema de Informações dos Produtos
Susep	Superintendência de Seguros Privados

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo descrever a origem e a implementação do sistema de registro de planos de saúde, bem como analisar sua evolução e propor melhorias com base na incorporação de novas informações, visando formar um banco de dados consistente com a operação desse mercado, além de testar hipóteses sobre sua conformação.

A orientação geral para esta pesquisa surge da necessidade de a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) obter informações consistentes e representativas acerca da operação no setor regulado. Assim, o aperfeiçoamento desse sistema de registro pode contribuir para:

- esclarecer as situações omissas hoje, que dificultam os trabalhos de rotina, geram dúvidas e tomam tempo dos técnicos na orientação às operadoras e consultorias;
- incorporar novos conceitos, precisar outros e redefinir alguns, conforme a prática do mercado operador;
- aprimorar e modernizar o sistema de registro de planos de saúde com a utilização de novos recursos em informática, em especial, os da Internet;
- reduzir a assimetria de informação entre consumidores e operadoras de planos de saúde.

A dissertação está organizada em quatro capítulos. No capítulo I discutem-se as principais referências conceituais encontradas nos estudos de Economia, que envolvem a Regulação de atividades de prestação de serviço assim como as especificidades de suas aplicações no campo da Saúde.

No capítulo II é apresentada a metodologia empregada para a descrição da origem e da implementação do registro de planos de saúde, além das hipóteses sobre as

tendências dessa operação. Aborda-se a rotina para entrevistas pessoais – em particular, quanto aos seus aspectos éticos –, a pesquisa documental e o levantamento do banco de dados dos planos de saúde registrados provisoriamente na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) até 31/12/2003 para descrição quantitativa.

No capítulo III relata-se a implementação do registro de planos de saúde, desde a sua origem e evolução até a situação atual. As entrevistas pessoais constituíram fontes importantes para a recuperação do contexto em que surgiram os primeiros normativos. Análises quantitativas do banco de dados de registros provisórios evidenciam a conformação atual desse mercado e auxiliam na adoção de prioridades no tocante a medidas corretivas, da mesma forma que as inovações. Apresentam-se também as sugestões de novos conceitos e informações que possam vir a contribuir para a discussão de tais inovações.

No capítulo IV é feita a discussão dos indicativos sobre tendências e relevâncias presentes na análise quantitativa do banco de dados, além dos principais pontos identificados no sentido de melhorias e de proposições para o encaminhamento adequado desse importante instrumento regulatório. Ao final são apresentadas as conclusões.

CAPÍTULO I. ECONOMIA, REGULAÇÃO E SAÚDE

Economia e Saúde são áreas de conhecimento bastante diversas em sua origem, mas que, no âmbito do Estado Moderno, passaram a interagir nos momentos de definição das políticas públicas. O esforço para aceitar e, posteriormente, incorporar conhecimentos com visões diferentes, construiu um olhar comum sobre essa área de atividades, o que culminou com o surgimento da disciplina Economia da Saúde nas últimas três ou quatro décadas.

Del Nero (2002) identifica as diferenças de foco – ética individual, na saúde, e social, na economia –, bem como as dificuldades de reconhecimento e de interação entre os profissionais das citadas áreas.

Esse autor propõe duas definições para economia da saúde: uma ampla que seria “*aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços de saúde*”; e outra, mais específica, como “*ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados*” (DEL NERO, 2002: 19).

Por sua vez, ao analisarem falhas de mercado na assistência à saúde, Donaldson e Gerard (1992) consideraram importantes e distintivas as seguintes características do setor: externalidades, assimetria de informação e incerteza quanto ao evento da doença, o que viabiliza o mercado de seguros e seus problemas como risco moral e seleção adversa.

Já Folland et al. (1997) avaliam que muitas das características do setor de saúde estão relacionadas aos problemas de assimetria de informação e de relação de agência, mas que, apenas pela sua existência, estes não são capazes de impedir algum grau de competição. Ressaltam certas medidas que podem minimizar o desnível da informação, tais como: licenciamento, certificação, acreditação, continuidade na relação médico-

paciente, constrangimentos éticos e jurídicos, além de consumidores informados. Note-se que a relação de agência deriva da assimetria de informação e, no âmbito da relação médico-paciente, acontece no momento em que, por desconhecimento, o paciente, que é o principal, delega o papel de agência ao profissional de saúde, o qual assume a responsabilidade pela recomendação e, muitas vezes, pela provisão dos serviços para sua recuperação.

Também abordando as questões do risco moral (*moral hazard*) e problemas entre principal e agente nas relações que envolvem pacientes, médicos e seguradoras, Cutler e Zeckhauser (2000) desenvolvem o conceito de demanda induzida pelo provedor (*supplier-induced demand*), ou seja, o médico pode induzir seu paciente a receber mais serviços do que necessitaria e, com isto, aumentar sua remuneração.

Analisando as falhas de mercado e o papel do Estado em 1999, Stiglitz identificou, como primeiro indicativo para uma intervenção governamental, que o mercado competitivo não resulta em alocação eficiente dos recursos de tipo Pareto, isto é, não há opção para melhor utilização desses recursos por alguém que não cause decréscimo de bem-estar no outro. As razões para que não se atinja tal resultado são: falha na competição ou mercado incompleto, ocorrência de externalidades e bens públicos, falha de informação e desemprego. Mesmo na hipótese de eficiência do mercado, ainda considera que o governo deva intervir quando o mercado competitivo resultar em distribuição de renda inadequada, ou em situação na qual os indivíduos não conseguem fazer boas escolhas, apesar de serem bem informados.

Nesse mesmo estudo, Stiglitz aborda a questão dos bens públicos. Estes são caracterizados pela impossibilidade de excluir indivíduos no sentido de usufruírem seus benefícios e pelo custo marginal zero para cada novo indivíduo que os utilize. Em geral, o mercado privado não se interessa pelo seu fornecimento ou, quando o faz, a quantidade é insuficiente. No entanto, um dos problemas típicos na provisão de bens públicos é que, na ausência de contribuição obrigatória para sua utilização, há estímulo para surgimento dos “caronas” (*free riders*), aqueles que aproveitam os serviços pagos por outros.

Na Europa, as reformas do setor saúde durante os anos de 1990 – que se inspiraram na teoria do institucionalismo econômico – já destacavam as falhas de mercado na provisão de atenção à saúde. “Na ausência de uma política regulatória, o

mercado de saúde conduz a um excesso de oferta em razão da assimetria de informação e do risco moral” (COSTA et al., 2000:217).

Pela presença da assimetria de informação, os pacientes não têm a informação necessária à sua escolha, deixando a decisão sobre o local e a quantidade dos serviços a serem utilizados para os profissionais médicos. Pelo risco moral observa-se um excesso de oferta no mercado de assistência à saúde, particularmente quando o principal pagador é um terceiro – governo ou seguradoras:

No campo da regulação econômica e social, as falhas de mercado têm motivado o crescimento da atividade regulatória, estimulando a intervenção crescente dos governos em nome de consumidores, na proteção dos contratos e na provisão de bens públicos. (COSTA et al., 2001:195)

Andrade e Lisboa (2001) alertam para a perda de bem-estar social na ausência de regulação e apresentam características que diferenciam o setor saúde dos demais setores econômicos: por serem bens credenciais, necessitam de alguma certificação do profissional ou serviço, há a relação de agência entre profissional e consumidor, além das influências difusas de externalidades que o consumo gera sobre a sociedade. Afirmam também que, no setor saúde, é relevante a incerteza do indivíduo sobre seu estado de saúde – no diagnóstico ou uso de serviços – e acerca de formas específicas de assimetria de informações.

Em virtude do exposto, observa-se que o mercado de bens e serviços de saúde apresenta diversas falhas, em especial, porque o cuidado à saúde é peculiar, pois a demanda de saúde é derivada não só da presença de agravo à saúde, mas há incertezas quanto à sua necessidade e efetividade, da mesma forma que a presença de externalidades e de assimetrias informacionais rompem com o princípio da soberania do consumidor, isto é, o que afirma o indivíduo como o melhor juiz de suas necessidades e vontades (ANDRADE, 2002).

Existe assim a suposição de que os mecanismos de mercado são ineficientes e que a regulação – junto com outros mecanismos institucionais – tem papel importante no direcionamento do comportamento do mercado e na alocação de recursos para o setor.

Na discussão da Teoria dos Custos de Transação, Fiani (2002) reconhece a presença da assimetria de informação no mercado da saúde e sinaliza para a necessidade da regulação em mercados nos quais imperam a racionalidade limitada e os riscos de

oportunismo. Isto se deve à complexidade intrínseca da transação e demanda um desejável monitoramento permanente ou a busca de formas organizacionais para reduzir oportunismo e incertezas.

Almeida (1998), em seu estudo sobre o mercado privado dos serviços de saúde no Brasil, apresenta três objetivos da regulação pública em saúde suplementar: estabilidade das empresas, controle da assimetria de informação e aumento da participação do consumidor no mercado. Para atingir a questão da informação, o autor sugeriu a atuação nas cláusulas contratuais e no *marketing* dos planos de saúde na relação entre consumidores e prestadores de serviço. Também identifica as principais dificuldades relacionadas aos consumidores – risco moral e seleção adversa – e às empresas – seleção de riscos.

Na opinião de Bahia (1999), estas seriam as falhas de mercado comumente presente nos seguros, em geral, mas que concorrem para sua acentuação quando se trata de seguro-saúde.

Como motivadores para a regulamentação brasileira no setor de saúde suplementar, surgida em 1998, Bahia & Viana (Apud Brasil, 2002b:15) identificam as tradicionais falhas de mercado, tais como: assimetria de informação e seleção de risco.

Ao analisar o modelo de regulação por agência independente, Costa et al. (Apud Brasil, 2002b:145-6) alertam para o grande desafio de sua implementação no mercado brasileiro em decorrência do alto nível da assimetria de informação, da baixa mobilidade dos consumidores e da pouca experiência internacional com mercado tão pulverizado. Entretanto, reconhecem sua validade pela incapacidade de as empresas e suas associações exercitarem uma auto-regulação consciente, que corrigisse falhas de mercado e condutas oportunistas.

Opinião semelhante expressam Gerschman et al. (Apud Brasil, 2002b:204), ao reconhecerem a importância do poder público, pois a auto-regulação não controla práticas do mercado de saúde como, por exemplo, a assimetria de informação, o monopólio de provedores e a recusa de pacientes de alto custo por parte das empresas.

Andrade (2000) traz importantes referenciais para a regulação em saúde suplementar em dois de seus artigos da tese de Doutorado. Descreve a experiência americana, em que a regulação do Estado é mais centrada na sustentabilidade econômico-financeira das empresas e pouco nos contratos que são oferecidos no

mercado. Entretanto, relata já existir debate sobre a necessidade de se reforçar a regulamentação dos planos com vistas a garantir sua qualidade para o consumidor.

Essa autora pensa que as empresas de acreditação desempenham papel importante para reduzir a assimetria de informações entre consumidores e empresas. Analisa também alguns aspectos da regulamentação brasileira que considera ineficiente – em particular, a busca de subsídio cruzado com a restrição à perfeita discriminação dos consumidores. Julga que a regulamentação em vigor gera seleção adversa, ao vedar a recusa de consumidores em decorrência da idade ou de deficiência física e a exclusão de doenças, da mesma forma que ao padronizar a cobertura mínima de procedimentos e criar regra de preços entre as faixas etárias.

Neudeck e Podczech (1996) concordam que a seleção adversa é consequência da assimetria de informação e alertam que esta não pode ser superada pela adoção de medidas regulatórias, tais como os “contratos padrão” ou o requerimento de cobertura mínima.

Quando se privilegia a visão do consumidor, alguns desses referenciais econômicos podem receber outra avaliação. Forland et al. (1996), ao analisarem modelos para a escolha dos consumidores, identificaram que certa padronização de benefícios nos diversos planos permite melhor comparação entre eles. Outro ponto relevante foi o da obtenção das informações acerca do que o consumidor valoriza para sua escolha, que é: preço, cobertura e rede de provedores.

Por sua vez, Isaacs (1996) e Cleary & Edgman-Levitan (1996), em diferentes pesquisas realizadas nos Estados Unidos da América, destacam que o consumidor, ao escolher um plano de saúde, se preocupa com a qualidade dos médicos, sua cortesia e o nível de informação fornecida, além da liberdade para a escolha dos médicos e de hospitais.

Analisando as inovações na gestão da assistência à saúde, baseadas na visão do mercado privado, Enthoven & Singer (1995) consideram que podem produzir efeitos indesejados e que necessitariam algum tipo de controle, do próprio setor ou com intervenção do governo. As presenças no mercado de pessoas sem condições para comprar coberturas e dos “caronas” apontam para ações tipo incentivo, subsídio e compulsoriedade. Dentre as características do mercado que influem na demanda e preço

dos seguros privados destacam a baixa comparabilidade e a complexidade e ambigüidade dos contratos gerando litígios e altos custos de transação.

Ao estudar a oportunidade, o tipo e a intensidade de intervenção através de medidas regulatórias dos governos estaduais e federal dos Estados Unidos da América quando os consumidores começaram a reclamar da indústria do *managed care*, Moran (1997) justifica o pensamento de que “o mercado não funciona na assistência à saúde” com quatro situações: assimetria de informação, seguro-saúde como terceiro pagador, demanda induzida pelo provedor e população não-segurada.

À mesma época intensificava-se, no Congresso Brasileiro, a discussão do papel do Estado na saúde suplementar, o que resultou em sua regulação pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. A questão dos registros de planos de saúde no Brasil situa-se nesse contexto.

Um dos pressupostos dessa ação reguladora do Estado é que tal mercado é imperfeito e não pode ser operado livremente, razão pela qual demanda regras para garantir a prevalência do interesse público, da mesma forma que para equilibrar a relação entre consumidores, operadoras e prestadores de serviço. Os consumidores – a parte mais frágil da relação – são duplamente atingidos pela assimetria de informações que caracteriza o setor: não têm domínio sobre o plano de saúde a ser consumido – que é tecnicamente definido pelos prestadores de serviço – e tampouco sobre a relação entre estes e as operadoras de quem adquirem os serviços que serão prestados, conforme escreve Montone em 2000.

Uma referência à escassa produção acadêmica sobre o tema no Brasil, à época, surge no depoimento do médico João Luis Barroca de Andréa, gestor do Ministério da Saúde, que esteve à frente de todo o processo de regulação do setor de saúde suplementar, primeiro, como Diretor do Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde e, depois, como Diretor de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no período de 23 de dezembro de 1999 a 2003:

Em 1998 havia pouco referencial teórico para regulação econômica particularmente na área de planos de saúde. Existia uma discussão por alguns autores e poucos acadêmicos, com destaque para Prof^{ra} Lúcia Bahia que movimentou sua busca acadêmica em torno dessas questões de planos e seguros-saúde. (...) Tinha-se a idéia de mercado concorrencial mas o primeiro objetivo era fazer a regulamentação ser

respeitada, pois havia a preocupação em ser aceita pela sociedade e mercado.

Os estudos de Porter (1993) sobre estratégia competitiva são importantes para que se entenda a diversidade de operações e de empresas que competem no setor de saúde suplementar. Segundo ele, além da rivalidade entre as empresas existentes, as ameaças de novas empresas, de produtos ou serviços inovadores e os poderes de barganha dos fornecedores e compradores constituem forças competitivas.

O posicionamento da empresa no mercado depende primariamente de sustentar uma vantagem competitiva, que pode ser de dois tipos: menor custo e diferenciação. Enquanto menor custo significa disponibilizar um certo tipo de produto ou serviço com mais eficiência, a diferenciação expressa-se pela oferta de um produto ou serviço de qualidade superior ou com características especiais.

No mesmo estudo, Porter também identifica o âmbito competitivo como fundamental para o adequado posicionamento da empresa, isto é, saber quais produtos ou serviços irá oferecer, a que tipos de consumidores e em quais localidades. Estas características explicam as segmentações existentes no mercado de saúde suplementar.

A combinação dos tipos desses dois comportamentos define as estratégias genéricas para um desempenho competitivo da empresa: diferenciação, liderança de custos, diferenciadores localizados ou enfoque nos custos.

No mesmo estudo sobre o mercado privado de serviços de saúde no Brasil, Almeida (1998:7 e 9) sistematiza os principais tipos de empreendimento e formas de operação em assistência médica:

- a) Medicina de grupo: empresas médicas com planos para pessoas e empresas. São as mais importantes, apesar da maioria ser de pequeno porte e com atuação regional; os maiores grupos atuam nas grandes cidades. Têm serviços próprios e rede credenciada.
- b) Cooperativa médica: organizações em que os médicos são sócios e prestadores de serviços. Unidades municipais difundidas em todo o país e representações regionais e nacional. Credenciam serviços e hospitais.
- c) Planos próprios de empresas: as empresas administram os programas (autogestão) ou contratam terceiros para isto (co-gestão ou planos de administração). Combina serviços próprios e rede credenciada.

- d) Seguro-saúde: intermediação financeira por uma seguradora. Operam com reembolso da despesa ou referenciam prestadores.

Abordagens semelhantes quanto à natureza das empresas do setor também são feitas nos estudos de Andreazzi (2002), Bahia (1999) e Bahia & Viana (Apud Brasil, 2002b:43-44).

CAPÍTULO II. METODOLOGIA

Esta pesquisa é um estudo descritivo da prática vigente no mercado de saúde suplementar quanto à definição das diversas condições dos planos de assistência médico-hospitalar e odontológica, abrangendo desde o início de sua regulamentação até a experiência acumulada hoje.

Foram utilizadas como fontes de informação: entrevistas pessoais, pesquisa documental e levantamento do banco de dados Registro dos Planos de Saúde (RPS) na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 31 de dezembro de 2003. As referências complementares do registro provisório das operadoras desses planos, a classificação e o porte por número de beneficiários vinculados são de 31 de dezembro – Cadastro de Operadoras (CADOP) – e de 30 de novembro de 2003 – Sistema de Informação de Beneficiários (SIB) –, respectivamente. As informações foram geradas a partir dessa base com a utilização do aplicativo Access do Microsoft.

O estudo quantitativo analisou a frequência simples das diversas características de planos e de operadoras, em busca de identificar tendências relevantes do mercado de saúde suplementar, a partir da seguinte hipótese: o tipo de assistência ofertada e as características dos planos de saúde variam conforme o tipo e porte das operadoras.

Foram consideradas as seguintes características dos planos de saúde, informadas obrigatoriamente para a obtenção do registro provisório:

- a) segmentação assistencial: referência, ambulatorial, odontológica, hospitalar com e sem obstetrícia e suas combinações;
- b) tipo de contratação: individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão; e
- c) abrangência geográfica: municipal, estadual, nacional, regional A (grupo de estados) e B (grupo de municípios).

As operadoras foram segmentadas segundo sua classificação na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 39/00:

- a) *administradora de planos - administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos;*
- b) *autogestão - as entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, se responsabilizam pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, 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;*
- c) *cooperativa médica - sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.*
- d) *cooperativa odontológica – sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos;*
- e) *filantrópica - entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais;*

- f) medicina de grupo - empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades administradora de planos, cooperativa médica, autogestão e filantrópica;*
- g) odontologia de grupo - empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade cooperativa odontológica;*
- h) seguradora especializada em saúde – sociedade seguradora constituída para operar o seguro enquadrado no art. 1o, inciso I e § 1o, da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades de seguro.*

Quanto ao número de beneficiários vinculados às operadoras no Sistema de Informação de Beneficiários (SIB), estas foram classificadas em portes, utilizando-se os seguintes referenciais para a determinação de três faixas: 20.000 para o primeiro nível – por ser o referencial para que a operadora se habilite ao desconto no pagamento da Taxa de Registro de Produto – e 100.000 como segundo nível – por ser o que determina maior detalhamento das informações devidas ao Sistema de Informações dos Produtos (SIP).

- a) pequeno porte: até 20.000 beneficiários;
- b) médio porte: entre 20.000 e 100.000 beneficiários;
- c) grande porte: mais de 100.000 beneficiários.

Também foram analisadas as ocorrências de inadequações dessas informações dos planos registrados, a saber:

- a) multiplicidade de tipos de contratação;
- b) segmentação assistencial inconsistente (com e sem obstetrícia);
- c) abrangência geográfica “Outras”;
- d) incoerências entre as segmentações em que estão classificadas as operadoras e o tipo de contratação ou segmentação assistencial oferecida pelo plano;
- e) ausência ou insuficiência de rede hospitalar vinculada ao plano;

f) operadoras sem plano-referência registrado para oferta ao consumidor.

A pesquisa documental foi feita nos arquivos pessoais de servidores que exerceram cargos nas Diretorias de Regulamentação e Habilitação dos Produtos e de Operadoras da ANS, em particular, aqueles editados nos órgãos da administração federal precursores da ANS na regulamentação do setor: Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Fazenda. De modo complementar, também foram consultados os sítios da ANS e Superintendência de Seguros Privados (Susep) na Internet. Procurou-se identificar e catalogar os referenciais legais e normativos de cada fase do registro de planos de saúde, antes e depois da Lei 9.656/98, recuperando-se seus conteúdos.

A exemplo de outras autarquias e agências reguladoras, o poder normativo da ANS tem previsão na Lei 9.961/00 que a criou. O art.10 desse diploma legal dispõe que a Diretoria Colegiada deve editar normas sobre matérias de competência da ANS. A RDC nº 95, de 30 de janeiro de 2002, que estabeleceu o Regimento Interno da ANS, discrimina, no art. 60, os diversos instrumentos decisórios que a Diretoria Colegiada pode utilizar. Uma Resolução é definida como o instrumento que expressa decisão normativa, operacional ou administrativa, de alcance interno e externo. Para regular a implementação da política de saúde suplementar nacional e a prestação dos serviços de assistência suplementar à saúde, anteriormente eram publicadas as Resoluções de Diretoria Colegiada –RDC e, agora, as Resoluções Normativas – RN.

As entrevistas pessoais foram centradas nos principais gestores e técnicos envolvidos – no início dessa regulamentação – no âmbito do Departamento de Saúde Suplementar - DESAS/SAS/MS: João Luís Barroca de Andréa, Maria Angélica Fonseca Mesquita, Elena Camarinha e Valdir Zettel. Por sua vez, as informações pertinentes à parte da regulação – que, à época, estava na Susep do Ministério da Fazenda – foram obtidas em entrevista com Solange Beatriz Palheiro Mendes, que também esteve sempre à frente do processo.

Os depoimentos eram livres, a partir de um roteiro que abordava o momento inicial da alteração do marco regulatório pela Medida Provisória (MP) 1739-07, de 07/12/1998, que determinava o registro provisório dos planos, a fase de sua implementação pela Portaria SAS/MS nº 233 de 08/12/1998 e, posteriormente, da RDC nº 4/00, bem como o futuro dessa medida.

Foram pesquisados os temas que estavam em debate à época do estabelecimento da obrigatoriedade do registro de planos de saúde, assim como os referenciais teóricos ou a experiência institucional que orientaram ou influenciaram aquela decisão e sua formalização documental. Também foram exploradas as avaliações que eram feitas do mercado, os objetivos e os resultados observados com os normativos implementados, inclusive a requisição dos modelos contratuais às operadoras. Por fim, examinou-se a visão de futuro para o tema.

Aspectos éticos

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido gravadas em fita magnética ou respondidas em arquivo eletrônico. O roteiro foi o que consta no Anexo. Observe-se que a redação final do texto publicado foi submetida à aprovação do entrevistado.

O pesquisador obedeceu às determinações da Resolução 196/96 e do Código de Ética Médica de 1988 (artigos 122 e 130) do Conselho Federal de Medicina, bem como as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

CAPÍTULO III. REGISTRO DE PLANOS DE SAÚDE

3.1 A origem

A intervenção do Estado no mercado privado de assistência à saúde no Brasil, para a correção das falhas de mercado apontadas e a correção da conduta das empresas, tem seu marco regulatório na Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, que, no inciso I do art. 1º, conceitua o que é um plano de saúde:

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com finalidade de garantir, sem limite financeiro, assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso e pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

Em razão da diversidade de características dos produtos do mercado à época e considerando conceitos de assistência à saúde, a Lei também estabeleceu em seu § 1º:

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;*
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;*
- c) reembolso de despesas;*
- d) mecanismos de regulação;*
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e*

f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

É importante registrar que esse cenário correspondia ao descrito por João Luis Barroca de Andréa em seu depoimento:

As notícias que se tinham era de selvageria total nesse mercado, até a inexistência de contratos formalizados entre consumidores e operadoras; simplesmente recibos ou notas de adesão. Tudo na época indicava a existência de abusos praticados pelas empresas. (Dr. João Luis Barroca de Andréa – entrevista realizada em 26 de fevereiro de 2004)

Além dessas questões mais claramente percebidas pelos consumidores, técnicos do Ministério da Fazenda discutiam o problema sob outra óptica, conforme se pode observar no depoimento da Dr^a Solange Beatriz Palheiro Mendes, que era responsável pela já existente regulamentação do seguro-saúde na Susep, tendo sido nomeada depois Diretora de Normas e Habilitação de Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar no período de 30 de março de 2000 a 2004:

O que chegou a nós na época era que o Ministério da Saúde não tinha interesse em capitanear a discussão da Lei dentro do Executivo e também que o problema do setor basicamente não era assistencial mas financeiro dessas empresas, e que isto estaria ligado ao Ministério da Fazenda. Foi apresentado então um projeto de lei que foi sendo conduzido pelo Ministério da Fazenda, com a participação dos Ministérios da Saúde e Justiça. A discussão estava eminentemente em cima da crise pela falta de cobertura, pela negativa dos prestadores em atender aquelas empresas que estavam quebrando e se recusando a cumprir os contratos com os consumidores, ela era basicamente de natureza financeira. Não era que entendessem mal o produto, mas sim de não ter como arcar com os custos dos produtos no mercado. Então toda preocupação ficou em trazer, para esse ambiente da saúde suplementar, as mesmas garantias e regras prudenciais do mercado financeiro por entender que se tratava de poupança popular. Fazia parte da renda da população que disponibilizava uma parcela mensal para saúde privada. Esse foi o escopo do trabalho da Fazenda na discussão do projeto de lei. Sem dúvida como havia uma crise por parte do consumidor tinha-se que incorporar garantias mínimas. Os contratos previam limites quase jocosos de cobertura ou internação e que foram o resultado perverso da crise. Na ânsia de conter custos as empresas tentaram eliminar os itens mais onerosos e que sem dúvida é um desrespeito ao consumidor e precisava ser afastado. O projeto contemplava essas garantias mínimas: não poderia ter limite de internação ou consulta, a doença preexistente deveria ser de conhecimento do consumidor e menor prazo das carências. (Solange Beatriz Palheiro Mendes – entrevista realizada em 12/03/2004)

Os primeiros momentos dessa regulamentação, que agora abrangia planos e seguros de saúde, podem ser vislumbrados em outro trecho do depoimento de João Luis Barroca de Andréa:

Começa em 98 em conjunto com a primeira fase da regulamentação que é uma fase de bastante produção mas muito tumultuada também. Logo após a edição da lei, e, no dia seguinte, da medida provisória acordada no Senado nós tínhamos 90 dias para fazer a regulamentação da lei, o que mostrou-se no correr do tempo muito mais complicado do que fazer a negociação da lei no Congresso, pois é na regulamentação que mora a vida prática e os detalhes. Este prazo acabou um pouco dilatado tendo em vista que os dois órgãos responsáveis, CONSU e CNSP tinham prazo até 03/11/1998 para editarem as primeiras regulamentações. O CONSU utilizou muito nos meses de setembro e outubro de 98 um mutirão de reuniões com a Câmara de Saúde Suplementar para formatar inúmeras regulamentações que vigem até hoje. Mais para o fim de ano uma das normas que nós entendemos como absolutamente necessária, em conjunto com a própria Susep foi fazer uma espécie de cadastro que se chamou de registro provisório; a primeira intenção foi de conhecer os produtos que iam estar sendo comercializados. Importante destacar que os Ministérios da Saúde e da Fazenda estavam entrando numa regulamentação sem conhecimento prévio de como é que se regulamentava ou ia-se fazer este tipo de atuação.

A entrevista com Maria Angélica Fonseca Mesquita, Coordenadora Geral de Regulação do DESAS/MS e posteriormente Gerente de Pesquisa e Diretora-Adjunta da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), também traz informações dos primeiros momentos da regulamentação.

A lei previa inicialmente que o MS iria cuidar do conteúdo assistencial dos planos e também da regulamentação voltada para assistência, enquanto a Susep cuidaria da operação do produto e da parte econômico-financeira das empresas.

O estabelecimento de prazo até o final do ano de 1998 para regulamentação das questões assistenciais e operação econômico-financeira fez com que o CONSU publicasse 14 resoluções envolvendo quase todos esses aspectos assistenciais envolvidos, como por exemplo o rol de procedimentos, adaptação de contratos, definição de autogestão, urgência e emergência, doenças e lesões preexistentes etc.. (Maria Angélica Fonseca Mesquita – entrevista realizada em 05/03/2004)

3.1.1 Registro de planos de saúde no campo da Saúde Suplementar

O setor de saúde suplementar já existia há mais de trinta anos sem qualquer regulamentação ou informação. O mercado de planos de saúde no Brasil, apesar de pulverizado, é considerado imperfeito, dentre outras características, por não facilitar a identificação das opções para o consumidor. A prática anterior era a de exclusão de

peças ou de cobertura de doenças; desse modo, procedimentos de alta complexidade e pacientes crônicos ou graves acabavam sendo atendidos no sistema público.

Os consumidores tinham que escolher entre várias modalidades de contratos com inúmeras cláusulas leoninas, principalmente em relação a acesso e a aumento de preços. Esse posicionamento questionável das empresas e seguradoras tornava-se ainda mais crítico pela assimetria de informação e pelo baixo nível de compreensão do plano de saúde contratado pelo consumidor.

Antes de 1998 não havia preocupação quanto à sistematização ou mesmo certificação das condições de cobertura assistencial, em especial, nas operações efetuadas pelas empresas constituídas para tal, como as do tipo da medicina de grupo e de cooperativas médica, que, juntamente com aquelas empresas que faziam autogestão da assistência à saúde como benefício salarial, atuavam livremente no mercado sem qualquer interferência do governo.

No que diz respeito às operações realizadas por seguradoras, já havia certa regulamentação no âmbito do Ministério da Fazenda, em virtude de se enquadrarem em modalidade permitida pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP).

A Resolução CNSP nº 11, de 21 de maio de 1976, delegou à Susep a competência para autorizar seguradoras nacionais do ramo vida a operarem seguros denominados “Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar”. O objetivo era de suporte financeiro para cobertura dos riscos decorrentes de danos involuntários à saúde, comprovados com documentação médica. Essa garantia financeira poderia ser feita pela indenização do segurado ou mediante pagamento, pela seguradora, ao prestador do serviço coberto pela apólice.

Essa Resolução permitia o estabelecimento de limites financeiros, que eram expressos em valor – por ano de vigência – e referenciados em tabelas de valores por evento ou ambos. A livre escolha do prestador do serviço era obrigatória. Vedava-se a prestação direta do serviço por médicos ou hospitais contratados. O normativo estabelecia duas possibilidades para contratação desses seguros sem, entretanto, defini-las: individual ou grupal. Apenas requisitos de ordem financeira eram necessários para obter autorização de operar na modalidade.

As seguradoras pouco se interessaram pelo segmento de assistência à saúde até a publicação da Resolução Susep nº 16, de 20 de dezembro de 1988, que continha novas

determinações do CNSP para a operação do então chamado “Seguro de Assistência Médica e/ou Hospitalar”.

Em relação à precursora Resolução CNSP nº 11/76, o diferencial que determinou a mudança de postura das seguradoras foi o art. 7º, que lhes facultava o estabelecimento de acordos ou convênios com prestadores de serviço para facilitar a assistência ao segurado. Mantinha-se, no entanto, a vedação à prestação direta do serviço por médicos ou hospitais contratados. Outra alteração importante foi que, além do depósito garantidor, as seguradoras deveriam demonstrar capacidade técnica na operação para obter a autorização da Susep. Submeteriam ainda a esse órgão as notas técnico-atuariais e as condições gerais da apólice para aquela operação em seguro de assistência médica ou hospitalar.

Na definição de normas para a operação de seguros grupais em planos temporários por período renovável de 01 (hum) ano, sucessivas Circulares abordavam questões importantes de sua operação. A primeira, foi a Circular Susep nº 5, de 09 de novembro de 1976, seguida pela Circular Susep nº 40, de 05 de agosto de 1981, que trazia a novidade de limites financeiros e quantitativos para assistência (Tabela 1 – Limite de Reembolso do Plano Padrão).

Posteriormente, na Circular nº 05, de 09 de março de 1989, a Susep consolidou as normas para o seguro grupal de assistência médico-hospitalar, as quais vigoraram até a Lei 9.656/98. Esse documento contém dois capítulos: o primeiro, de conceituação e elementos gerais conta com vinte e dois itens; o segundo, sobre as garantias do seguro, tinha dez itens.

Os conceitos aí expostos abordam o objetivo do seguro, a identificação das representações, a aceitação e exclusão do segurado, a suspensão e reabilitação da cobertura individual, o regime da prestação dos serviços, os limites da cobertura, as franquias e carências, os prêmios e cálculos de reavaliação, a forma de contribuição, a vigência e, por fim, o cancelamento da apólice.

As garantias do seguro eram classificadas em principais e acessórias, havendo obrigatoriedade de cobertura às principais. As despesas hospitalares e médicas durante internação e as pequenas cirurgias ou tratamentos ambulatoriais eram consideradas principais. Já as acessórias compreendiam: consultas médicas, exames complementares,

fisioterapia, partos e tratamento dentário. Também eram definidas as despesas não previstas para a cobertura.

A Resolução CNSP nº 31, de 22 de dezembro de 1994, determinou que toda apólice de seguro de assistência médica e/ou hospitalar observasse a aplicação da proteção contratual contida no Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

Como novidades trazia a prorrogação automática da apólice por período igual à carência máxima fixada, a isenção de carência para acidente pessoal, a exigência de clareza no critério de reajuste e a instituição da “Apólice de Garantia Compreensiva”, em que não poderia haver restrição de cobertura a qualquer doença ou lesão, exceto às preexistentes à assinatura do contrato, e o tratamento de doenças mentais e odontológicas de qualquer natureza. A oferta de coberturas menos abrangentes continuava sendo permitida, mas não podia ser referida como “Garantia Compreensiva”, devendo-se redigir as cláusulas restritivas de modo a facilitar o entendimento do consumidor.

A Circular Susep nº 21, de 15 de dezembro de 1995, deu nova redação ao item I do Capítulo II da Circular Susep nº 05/89, pelo que excluiu a classificação das coberturas em principais e acessórias e permitiu outras despesas ou coberturas que fossem dimensionadas, assim como reservou a terminologia “Seguro Saúde” para os planos que contivessem no mínimo as coberturas antes classificadas como principais. Assim, a comercialização de coberturas menos abrangentes deveria receber a denominação de “cobertura específica”.

Apesar dessa operação pelas seguradoras estar normatizada, não havia registro individualizado de cada tipo de seguro saúde oferecido ou outro tipo de identificação que facilitasse a escolha do consumidor.

Todos esses aspectos foram relatados no depoimento de Solange Beatriz Palheiro Mendes sobre o modo como a Susep regulamentava o seguro saúde.

Através de circulares a Susep regulamentava o contrato ou apólice de seguro, o relacionamento com o consumidor, o serviço que tinha de prestar, a questão da transparência do contrato com regras claras e grafado de maneira legível e outros pontos que constam do Código de Defesa do Consumidor. Entretanto, nunca teve atenção para questão da rede, por exemplo, pois para seguradoras se entende que não têm interferência na assistência apenas intermediam a questão financeira.

A Susep não tinha regulamentação sobre a parte relativa a obrigações e relacionamento com o prestador. Agora, os contratos, os processos de denúncia de consumidores quanto à cobertura, a parte assistencial do produto, isto sempre foi analisado em uma estrutura na Susep; o que não existia, diferentemente de hoje, era o foco na assistência à saúde especificamente. Existia uma regulação com normas e circulares específicas sobre o ramo saúde.

A seguradora pedia autorização para praticar um produto e entrava com uma Nota Técnica que não era analisada previamente pela Susep. Se durante o estudo fosse identificada necessidade de ajuste, isto era feito com o produto já em operação. A principal preocupação da Nota Técnica era quanto ao preço, que tinha o seu mínimo controlado. Além das condições gerais, circulares indicavam o que devia ser tratado para melhor definição do produto, como: garantias do seguro, regime da prestação dos serviços, limites da cobertura, franquias e carências.

Contratação e área de atuação eram elementos necessários para caracterizar um produto. O contrato deveria ter cláusula expressa quanto às exclusões, o formulário a ser preenchido na adesão e prazo da vigência. (Solange Beatriz Palheiro Mendes – entrevista realizada em 12/03/2004)

A questão do desequilíbrio no que concerne às informações da operação também foi identificada como a principal motivação para o registro de planos pela advogada Elena Camarinha, que acompanhou todo o processo na assessoria jurídica ao DESAS/MS e DIPRO/ANS.

Toda discussão do registro de planos vinha em razão do fato de que o consumidor não sabia exatamente o que estava comprando. Fosse por que não lhe era oferecido contrato com as regras de maneira clara ou por que não entendia o que estava no contrato ou por que a operadora podia mudar aquilo a qualquer tempo. Ao ser registrado o plano em uma entidade pública, dava-se fé pública à conformidade de suas regras. (Elena Camarinha – entrevista realizada em 05/03/2004)

No tocante ao protocolamento dos planos, a Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, dispunha, em seu artigo 9º, que a Superintendência de Seguros Privados (Susep) o faria na observância das normas do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), conforme se pode ver pelo trecho da versão original transcrito abaixo; entretanto, essa medida regulatória não foi implementada pela autarquia do Ministério da Fazenda:

Art. 9º As operadoras de planos privados de assistência à saúde só podem comercializar ou operar planos que tenham sido previamente protocolados na Susep, de acordo com as normas técnicas e gerais definidas pelo CNSP.

§ 1º O protocolamento previsto no caput não exclui a responsabilidade da operadora pelo descumprimento das disposições desta Lei e dos respectivos regulamentos.

§ 2º O número do certificado de registro da operadora, expedido pela Susep, deve constar dos instrumentos contratuais referentes aos planos ou seguros privados de assistência à saúde.

A motivação para esse hiato regulatório pode ser encontrada no depoimento de Solange Beatriz Palheiro Mendes:

Quanto ao registro de planos naquele início da regulação na Susep não se pensou em nada. O Superintendente decidiu não atuar na regulamentação desse produto por discordar do encaminhamento que o Ministro da Saúde vinha tendo naquela política. Dentre o corpo técnico, o que se imaginava para registro de produto era uma analogia com o que havia para os contratos de seguro saúde, com regras para as condições gerais e apresentação de notas técnicas. Mas não houve nenhuma evolução maior, trabalho escrito ou envolvimento que pudesse adiantar esse assunto.

Essa característica de compartilhamento da regulamentação do setor entre órgãos de dois ministérios foi percebida como um risco por Maria Angélica Mesquita e resultou na redefinição emergencial das competências, para que não houvesse retardo na implementação das primeiras medidas:

A outra parte da regulamentação que era feita pela Susep e CNSP não avançou muito; tentaram negociar com atores do mercado individualmente e chegaram a fazer uma proposta de Circular nº 44 que tratava de uma questão importante para operadoras que era a política de reajuste. Tinha duas possibilidades para se autorizar reajustes: motivo técnico e equilíbrio financeiro, que acabou não sendo implementada pois não houve consenso no governo e aquele Conselho não apresentou alternativas.

Depois disso e antes de esgotado o prazo para a regulamentação previsto na lei, o CNSP também propôs para discussão uma resolução que contemplava todos os aspectos que estavam sob sua competência, incluindo-se os requisitos para a autorização de funcionamento das empresas, mas que não progrediu nas negociações com atores do mercado. Essa falta de sustentação criava à época o risco de desmoralizar o começo da regulamentação pois as resoluções CONSU já estavam publicadas mas as resoluções CNSP não saíam para orientar como seriam os contratos e quais condições mínimas para funcionamento de uma operadora e um produto ser colocado à venda. Para que a regulamentação já publicada pelo CONSU pudesse ser aplicada, era necessário um mínimo de informações sobre o setor. Naquele momento, porém, existia a ameaça de não se saber quem eram as operadoras que atuavam no mercado e detalhes da sua operação, ou seja, o risco de não conhecer o próprio o objeto da regulação. Então se optou por criar o registro provisório do produto pela ampliação da competência do MS: não só para questão de conteúdo assistencial mas também para alguns aspectos da operação dos produtos, incluindo seu registro e a análise crítica dos contratos. A Susep cuidaria do registro provisório da operadora com informações mínimas para que se tivesse pelo menos um retrato do objeto da regulação, além de autorização de reajustes.

Vale destacar aqui que o Registro de Produtos nasceu provisório porque se tinha consciência de que as ferramentas regulatórias seriam ainda construídas a partir do conhecimento do mercado que estava iniciando-se naquela ocasião. Ao contrário de outras agências reguladoras originadas de ex-monopólios estatais que traziam para o ambiente regulatório experiências e informações das operações das ex-empresas do governo, a regulação de planos de saúde não era exercida pelo governo antes da lei e ficava a mercê do próprio mercado operador. Isso exigia e ainda exige da ANS um esforço infinitamente maior de construção das ferramentas necessárias à regulação do setor, incluindo recursos financeiros voltados à capacitação do mercado.

O descompasso entre as regulamentações dos dois conselhos, CONSU e CNSP, deu urgência para criar este primeiro retrato do mercado e viabilizar o efetivo cumprimento do que exigia a lei. (Maria Angélica Fonseca Mesquita – entrevista realizada em 05/03/2004)

Cabe registrar que, à época, a Susep estabeleceu os seguintes conceitos para a classificação das operadoras:

O registro das operadoras era feito na Susep. A idéia desse registro era que as empresas se apresentassem ao órgão; como o governo desconhecia quem operava no mercado, deixava-se que se apresentassem indicando a modalidade em que se enquadravam - medicina de grupo, cooperativa ou autogestão, por exemplo, e isto era aceito num primeiro momento. Num segundo momento se fazia então toda regulamentação em cima dessas informações. Quando veio a provisoriedade do registro de operadora se manteve a orientação de admitir a informação que a própria empresa prestava pois o maior ganho era que viesse para dentro da regulação. No registro definitivo se fazia a verificação e adequação do enquadramento inicial. (Solange Beatriz Palheiro Mendes – entrevista realizada em 12/03/2004)

O primeiro formato de registro de planos foi então estabelecido no âmbito do Departamento de Saúde Suplementar da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. A norma foi publicada em 08 de dezembro de 1998, com antecedência de apenas vinte e cinco dias da data limite para a entrada em vigor da obrigatoriedade de as operadoras só poderem comercializar planos de saúde com registro provisório.

O prazo exíguo entre a publicação do normativo e o início da nova obrigação para a continuidade da comercialização de planos de saúde gerou grande movimentação por parte das operadoras no sentido de estarem com a situação regularizada. As muitas dúvidas sobre que tipos de operação deveriam ser registrados e a fragilidade do sistema operacional disponibilizado foram determinantes para as inadequações ainda hoje existentes no banco de dados.

Além das dúvidas operacionais, outras, de caráter mais conceitual, ainda estavam presentes nas discussões dos técnicos envolvidos na época:

Existiam questões econômicas e sanitárias mas não estava claro se o registro dos planos deveria ficar ligado à área da Fazenda ou da Saúde. Isto foi amadurecendo aos poucos. O registro era importante por prever todas as questões operacionais, financeiras, direitos, o tipo de assistência. O refinamento veio quando da regulamentação da lei para garantir que o plano atendia a todas aquelas regras o registro era o instrumento adequado. O registro veio então com este viés de garantidor da conformidade do produto com as regras financeiras e assistenciais. Quanto mais você define exigências para operação o papel do registro e do contrato assumem mais importância. Não basta ver o contrato, o consumidor tem que saber que o governo está garantindo esta operação. (Elena Camarinha – entrevista realizada em 05/03/2004)

Pode-se conceituar o registro de planos de saúde como procedimento obrigatório e preliminar de responsabilidade da operadora, para informar, ao órgão regulador, certas características operacionais do contrato que pretende oferecer aos consumidores. Após a análise do atendimento aos dispositivos legais e normativos, o órgão regulador emite a necessária autorização, caracterizada por número codificado que formaliza sua identificação perante o mercado.

O registro provisório veio atender ao que dispunha o art. 9º da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com a nova redação dada pela MP 1730-07, de 07 de dezembro de 1998, que estabelecia a obrigatoriedade de registro dos planos de saúde a serem comercializados pelas operadoras após 02 de janeiro de 1999.

Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei e até que sejam definidas as normas do CNSP, as empresas de que trata o art. 1º só poderão comercializar ou operar planos ou seguros de assistência à saúde se estiverem provisoriamente cadastradas na Susep e com seus produtos registrados no Ministério da Saúde, de acordo com o disposto no art. 19.

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo não exclui a responsabilidade pelo cumprimento das disposições desta Lei e dos respectivos regulamentos.

§ 2º A Susep, por iniciativa própria ou a requerimento do Ministério da Saúde, poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.

.....

Art. 19. Para cumprimento das normas de que trata o art. 3º, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão prazo de cento e oitenta

dias a partir da publicação da regulamentação do CNSP para requerer a sua autorização definitiva de funcionamento.

§ 1º Até que sejam expedidas as normas do CNSP, serão mantidos registros provisórios das empresas na Susep e registros provisórios dos produtos na Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, com a finalidade de autorizar a comercialização de planos e seguros a partir de 2 de janeiro de 1999.

A Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, através da Portaria nº 233, de 08 de dezembro de 1998, implantou a padronização de conteúdos de informações e criou mecanismos simplificados, que possibilitaram o registro provisório dos planos de saúde das operadoras de plano privado de assistência à saúde, o que é comentado por Elena Camarinha e Maria Angélica Fonseca Mesquita:

O modelo para os dados de registro era o adotado pela Susep. Na Susep os seguros de assistência à saúde obedeciam a uma certa padronização e eram acompanhados por meio de notas técnicas atuariais. Agora se tratava de um universo de produtos com enorme diversidade. Uma regra de registro que buscasse ter as características básicas comuns a todos os planos tinha que ser muito simplificada. (Elena Camarinha – entrevista realizada em 05/03/2004)

A base da regulamentação foi os desenhos dos planos existentes à época, a partir da forma como o mercado modelava os planos através das empresas especializadas tanto na parte atuarial como na de administração da operação de planos. Era o que o mercado mais profissional praticava quanto às características mínimas que formatavam um plano de saúde e que foram consideradas como úteis à regulação naquele momento inicial.

Já se identificava no mercado algumas empresas com maior profissionalismo e maturidade operacional que utilizavam essas informações, algumas já eram referenciadas nos debates no Congresso Nacional que antecederam sua publicação. Por isto talvez foram relativamente bem aceitas pelo mercado. (Maria Angélica Fonseca Mesquita – entrevista realizada em 05/03/2004)

Idêntica situação de prazo bastante restrito para a implementação das diversas regulamentações também aconteceu com o registro provisório, em relação ao qual se tinha a idéia inicial de fazer um cadastro dos planos para atender demandas de fiscalização e de mapeamento preliminar do objeto da regulação, conforme dizem os entrevistados:

Na época nós elencamos para esse cadastro chamado de registro provisório algumas características maiores que identificariam um plano de saúde. A imagem objetivo sempre foi de permitir ao consumidor comparabilidade entre contratos que estivesse comprando e facilitar a difusão da informação pela ANS em recursos como a Internet para aumentar a concorrência.

Garantir ao consumidor que estava comprando produto da lei, estimular a possibilidade de comparação, mas entendendo que no primeiro momento quase se decidiu chamar esta medida como cadastro e não como registro provisório. Em alguma etapa avaliou-se que como cadastro perderíamos força e definiu-se por registro provisório. (Dr. João Luis Barroca de Andréa – entrevista realizada em 26 de fevereiro de 2004)

O objetivo do registro provisório era o primeiro retrato dos produtos existentes que seriam objeto da fiscalização, com as informações mínimas que se pudesse obter para identificar o mercado. (Maria Angélica Fonseca Mesquita – entrevista realizada em 05/03/2004)

O veio principal era garantir o consumidor; o que tem direito, qual a segmentação etc.. Era importante deixar claras as diferenças entre coberturas dos planos para que o consumidor pudesse fazer comparações inclusive de preço. (Elena Camarinha – entrevista realizada em 05/03/2004)

Amparada pelo § 3º do art. 19 da Lei nº 9.656/98, com a nova redação dada pela MP 1730-07, essa Portaria da SAS/MS estabelecia, em seu art. 2º, que, para requerer o registro provisório de seus planos de saúde, as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde ficavam obrigadas a fornecer as informações abaixo:

- I. razão social da empresa;
- II. CGC;
- III. número do registro na Susep;
- IV. endereço, telefone, fax, e-mail;
- V. nome comercial do produto;
- VI. segmento assistencial;
- VII. tipo de contratação;
- VIII. abrangência geográfica;
- IX. preços dos planos de saúde, segundo as faixas etárias definidas na Resolução CONSU n.º 6/98; e
- X. rede hospitalar própria e credenciada, nos casos dos planos hospitalares e referência.

O detalhamento dessas informações podia ser encontrado no aplicativo para Registro de Planos de Saúde (RPS), concebido pelo setor de informática do Ministério da Saúde (MS), que as operadoras obtinham através de um *download* (transferência de arquivo pela Internet).

No domínio da operadora, o aplicativo produzia um relatório (LRPS 01) e gerava um arquivo (RPS.ZIP), que continha as referidas informações a serem enviadas ao Ministério da Saúde para o procedimento de registro provisório dos planos de saúde, sem que fosse feita cobrança de taxa. Em continuidade ao procedimento, no Ministério da Saúde, o aplicativo corporativo produzia outro relatório (LRPS 03) com os números de registro provisório dos planos de saúde, que era disponibilizado às operadoras através de fax. A rotina de entrega de requerimentos e de concessão de registro provisório dos planos de saúde das operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde foi determinada pela Portaria nº 245, de 17 de dezembro de 1998.

Contudo, a padronização das informações foi logo contestada por setores das operadoras que pleiteavam flexibilidade para seu atendimento no tocante ao tipo de plano em operação, bem como ao porte ou tipo de empresa que constituía a operadora. Essa flexibilização não foi atendida, à época, pelos técnicos do DESAS/SAS/MS, por avaliarem que as informações eram absolutamente necessárias e, também, que as operadoras não deveriam ter dificuldade para sistematizar o que já vinham praticando em suas operações. Hoje, esse episódio tem outra leitura por quem estava à frente do poder decisório:

Aí surge um dos equívocos do início da regulamentação que não considerou as diferenças decorrentes por exemplo do tipo de contratação, se individual ou coletiva. Algumas exigências não se compatibilizavam com a agilidade do mercado coletivo que é concorrencial e trabalha com variações em preço, nível de participação e rede assistencial dentro de um mesmo contrato.

Algumas pessoas do mercado disseram que só naquele momento muita gente procurou fazer contrato e desenvolver banco de dados informatizado pois não tinham absolutamente nada. Não atentamos naquele momento para quais operadoras poderiam ter dificuldades, até por ainda não conhecer o seu conjunto. Um exemplo foram as Santas Casas que tinham peculiaridades não presentes em empresas comerciais com estrutura de S/A e grande porte.

Era muito tênue e fragmentada a avaliação; para o registro provisório do produto se pediu muito mais informações do que a Susep pedia das operadoras, este sim era mesmo só um cadastro. (Dr. João Luis Barroca de Andréa – entrevista realizada em 26 de fevereiro de 2004)

Apesar da reação desaprovadora inicial, as operadoras logo progrediram no atendimento ao normativo. Vencida a fase preliminar, os técnicos do DESAS/SAS/MS começavam a ver mais próximos alguns dos objetivos esperados para aquela

regulamentação, assim como podiam avaliar seu impacto no mercado. Esse momento é comentado abaixo pelos entrevistados:

A principal preocupação era acompanhar justamente o nível de preços tendo em vista as obrigatoriedades de cobertura impostas pela nova legislação a exemplo da psiquiatria, transplantes e coberturas para DLP, além de atender às determinações constantes na lei.

Houve uma confusão muito grande no início devido à falta de entendimento por parte das operadoras. Isto gerou um grande número de contratos e registros de produtos. Além do mais, não tínhamos a definição de que segmento deveria estar registrado e houve a orientação de que todos deveriam possuir produtos. Daí foram registrados como produtos àqueles hoje conhecidos como cartões descontos e seus desdobramentos. (Valdir Zettel – entrevista realizada em 28 de janeiro de 2004)

Foi a medida que efetivamente teve maior impacto para o mercado. Pela primeira vez, as operadoras sentiram a lei transformando seu dia a dia operacional e entenderam que era algo com poucas chances de ser revertido. Se não se registrassem poderiam perder a autorização para funcionar. As discussões das resoluções do CONSU foram importantes mas na prática a Lei se materializou pela primeira vez no registro de planos. (Maria Angélica Fonseca Mesquita – entrevista realizada em 05/03/2004)

A resistência arrefeceu a partir do momento em que ficou claro que o registro com as garantias da Lei, seria apenas para os novos planos que estivessem sendo preparados para continuidade da comercialização. (Elena Camarinha – entrevista realizada em 05/03/2004)

Pela Portaria nº 49 de 11, de fevereiro de 1999 – publicada no Diário Oficial (D.O.) de 17/02/99 –, a SAS/MS estabelecia a obrigatoriedade de as operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde encaminharem, até o dia 31 de março de 1999, os modelos de contrato e anexos de todos os produtos – planos e seguros – cujos registros provisórios tivessem sido solicitados ao Ministério da Saúde. O não atendimento dessa determinação no prazo estipulado, sem justificativa documental que fosse acatada pelo Ministério da Saúde, poderia acarretar o cancelamento do registro provisório e, em consequência, a suspensão da comercialização dos planos de saúde.

Reconhecendo a relevância do volume de documentos a ser entregue, a Portaria nº 114, de 31 de março de 1999, prorrogou esse prazo para 30/04/1999, findo o qual cancelou os registros provisórios dos planos ou seguros-saúde cujos contratos não tinham sido apresentados pela Portaria nº 260, de 18 de junho de 1999 – publicada no D.O. de 21/06/99.

Essas medidas provocaram forte impacto no mercado, em especial nas operadoras que não valorizaram o novo contexto da regulação no setor ou não conseguiram estruturar-se para o que fora solicitado. Em razão disso, a Portaria nº 262/99, de 18 de junho de 1999, publicada no D.O. de 21/06/99, definiu critérios para que aquelas que tivessem tido planos de saúde cancelados requeressem revisão desse ato.

A requisição dos modelos contratuais, anunciada pouco mais de trinta dias do início do registro provisório e que teve como motivo o complemento ao trabalho de fiscalização, foi importante fator indutor de adesão ao registro, ao sinalizar para cancelamento caso não fossem enviados. As falas a seguir enfatizam a importância da medida:

Havia um sentimento nos núcleos de fiscalização à época de que o nº de operadoras e contratos vendidos era muito superior ao nº de registros feitos até então. Foi uma medida governamental forte de consolidação do conhecimento das informações e aumentar o grau de seriedade do próprio registro provisório, impactando nos consumidores que passariam a ter um contrato de acordo com a lei.

A vinda dos contratos foi uma efeméride. Isto em relação ao registro, ao qual passou a se acoplar pois seriam cancelados aqueles que não enviassem. Isto representou a maior avalanche de papel e uma ação que nunca mais vai se repetir: uma turma de 20 estagiários de direito para fazer revisão nos contratos, supervisionados pela advogada Aída Santana. À época já se achava um absurdo mas o interessante é que teve seu efeito pois quem ainda não tinha solicitado registro, correu para fazê-los diante da ameaça de cancelamento. Ao lado desse fato positivo aparece uma idéia muito negativa que foi passageira: querer se dar marca de qualidade para contrato. Isto não faria o menor sentido. Este episódio aponta para que não se deve confundir o que é um cadastro ou registro com monitoramento da assistência prestada ou da adequação dos contratos. (Dr. João Luis Barroca de Andréa – entrevista realizada em 26 de fevereiro de 2004)

A principal preocupação que surgiu foi a de que as operadoras pudessem estar comercializando produtos sem cumprir as exigências da legislação; daí optar-se pelo envio dos contratos ao Ministério da Saúde, embora nada garantisse que o que estava sendo comercializado fosse exatamente o que constava do contrato enviado. Esta determinação gerou um excesso de trabalho que o DESAS teve que se reestruturar para poder cumprir com os objetivos definidos. (Valdir Zettel – entrevista realizada em 28 de janeiro de 2004)

Havia reclamação dos órgãos de defesa do consumidor quanto às cláusulas abusivas dos contratos e clamavam pela sua correção pelo órgão regulador, apesar da Lei garantir que mesmo com um contrato incorreto o consumidor estaria protegido. (Maria Angélica Fonseca Mesquita – entrevista realizada em 05/03/2004)

Os representantes dos consumidores alegavam que só o registro do plano não era garantidor do que iria ser contratado. Porque o texto contratual adotava uma linguagem que era um enigma para o consumidor. Para realmente “garantir” que os planos atendiam à regulamentação o Ministério deveria examinar os contratos. Nesse contexto de pressão política o Ministério optou por requisitar todos os contratos. (Elena Camarinha – entrevista realizada em 05/03/2004)

Na época da implantação do registro da operação assistencial no MS/SAS/DESAS, o cadastro das empresas operadoras e seguradoras de saúde era feito pela Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Fazenda. Isso impossibilitou o necessário compartilhamento de informações e comprometeu a coordenação das medidas regulatórias, reduzindo sua efetividade no tocante às partes envolvidas no mercado de saúde suplementar.

O primeiro passo para solucionar esse problema veio com a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que, definindo novo ente regulador, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esta, em seu artigo 4º, incisos XII e XX, define como de sua competência o estabelecimento de normas e a autorização para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. O inciso XVI complementa essa competência com o estabelecimento de rotinas e procedimentos para sua concessão, manutenção e cancelamento.

Art. 4º Compete à ANS:

.....
XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;

.....
XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

.....
XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;

3.2 A implementação

Com a finalidade de aprimorar o sistema, corrigir erros técnicos e regulamentar o processo de registro provisório dos planos de saúde das operadoras de plano privado de assistência à saúde, a ANS editou, em 18/02/2000, a Resolução de Diretoria

Colegiada (RDC) nº 4 – publicada no D.O. de 22/02/2000 –, que dispunha sobre a alteração na rotina do registro provisório de planos de saúde e outras providências.

Como pontos principais, a RDC nº 4/00 estabeleceu o pagamento de taxa para registro e alteração de planos de saúde, aprimorou as rotinas para registro provisório e criou normas para sua alteração e cancelamento. Note-se que os registros provisórios já concedidos sem o pagamento da taxa de registro foram mantidos e que o aplicativo RPS foi atualizado da versão 1.3 para a versão 1.4.

Com a publicação do RDC nº 4/00 acabou a obrigatoriedade da operadora de encaminhar o modelo de contrato e seus anexos junto com a documentação para o registro provisório de planos de saúde. Contudo, no § 3º do Art. 7º, a mesma RDC estabeleceu que os modelos contratuais referentes aos planos de saúde encaminhados para esse tipo de registro deveriam ser mantidos em arquivo na operadora, à disposição da ANS para posterior fiscalização.

As informações encaminhadas pelas operadoras eram praticamente as mesmas exigidas a partir da Portaria nº 233/99 da SAS/MS. No entanto, as tabelas de segmentação assistencial, o tipo de contratação e a abrangência geográfica foram alterados em consequência de correções técnicas. Dentre algumas dessas alterações, o RPS, na atual versão 1.4, já não permite a multiplicidade no tipo de contratação – “Individual ou Familiar + Coletivo Empresarial + Coletivo Por Adesão” ou “Coletivo Empresarial + Coletivo Por Adesão” – ou a incoerência na segmentação assistencial – “Hospitalar Com Obstetrícia + Hospitalar Sem Obstetrícia” – nem a abrangência geográfica “Outras”.

Avaliação semelhante tem Valdir Zettel, que, à época, era Consultor da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS:

A RDC 04 após a criação da ANS e já com algumas versões do RPS testadas, visou apenas esclarecer ao mercado sobre todas as dúvidas ocorridas entre as duas regulamentações.

Foi elaborada em conjunto com a RDC 05 (registro de operadoras) e trouxe apenas de novo a suspensão da remessa dos instrumentos contratuais. (Valdir Zettel – entrevista realizada em 28 de janeiro de 2004)

A RDC nº 28, de 26 de junho de 2000, publicada no D.O. de 28/06/2000, alterou a RDC nº 4/00 no que diz respeito às informações econômico-financeiras e instituiu a Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP). Esta contém as previsões atuariais de

preço mínimo de comercialização, em cada faixa etária, que é necessário para garantir a cobertura assistencial prevista na operação do plano oferecido ao consumidor.

Em seu art. 2º, a RDC nº 28/00 estabeleceu que, a partir da data de publicação, os documentos exigidos para registro provisório de produtos junto à ANS devem estar acompanhados da Nota Técnica de Registro de Produto, atestada por atuário registrado no Instituto Brasileiro de Atuária (IBA). A informação anterior acerca do preço de comercialização por faixas etárias deixou de ser registrada no RPS. Assim, o campo relativo ao preço do plano de saúde deve ser preenchido com o valor de R\$1,00 (um Real), para não inviabilizar a operacionalização do sistema.

3.2.1 Características fundamentais de um plano de saúde

Além de informações cadastrais da operadora e do nome comercial, um plano de saúde a ser registrado precisa ter estabelecido primeiramente, por lei, outras características obrigatórias, que podem ser classificadas como fundamentais ou complementares.

Consideram-se a **SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL** e o **TIPO DE CONTRATAÇÃO** como características fundamentais para a definição de um plano de saúde, pois estabelecem o desenho principal daquele plano de saúde específico, ou seja, que cobertura assistencial irá garantir e como as pessoas poderão contratá-lo. Pela necessidade de se manter a identificação obtida com o registro de um plano de saúde, suas características fundamentais não poderão ser alteradas após sua comercialização e precisam estar claramente definidas quando da apresentação de Nota Técnica atuarial específica para seu registro.

3.2.1.1 Segmentação Assistencial: é a cobertura assistencial, com as respectivas amplitudes definidas de acordo com o disposto nos Art.10 e 12 da Lei 9.656/98, que são garantidas financeiramente pela operadora de planos de saúde e ofertadas para a escolha do consumidor. Podem ser apresentadas isoladamente ou combinadas, totalizando doze opções, conforme abaixo especificado:

- a) ambulatorial;
- b) ambulatorial + hospitalar;
- c) ambulatorial + hospitalar com cobertura obstétrica;
- d) ambulatorial + odontológico;

- e) ambulatorial + hospitalar + odontológico;
- f) ambulatorial + hospitalar com cobertura obstétrica + odontológico;
- g) hospitalar ;
- h) hospitalar com cobertura obstétrica;
- i) hospitalar + odontológico;
- j) hospitalar com cobertura obstétrica + odontológico;
- k) odontológico;
- l) plano-referência.

O plano-referência contempla as coberturas ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, além de atendimento integral em caso de urgência/emergência após 24 horas de contratação. É o único a ter o padrão de acomodação definido na lei: enfermaria. Deveria ser o primeiro plano de saúde a ser registrado, observando-se a disponibilidade específica para cada TIPO DE CONTRATAÇÃO que a operadora comercialize, para atendimento ao disposto no art.10 da Lei 9.656/98: obrigatoriedade de oferecimento comprovado a todo consumidor de plano de saúde.

3.2.1.2 Tipo de Contratação: é a característica que determina se o plano de saúde é destinado à utilização por pessoa física e seu grupo familiar ou por um conjunto de pessoas vinculado a uma pessoa jurídica. Essa definição é importante tanto para a quantificação do nível de risco da operação quanto para a possibilidade de seleção de risco. As três opções previstas em lei estão abaixo descritas:

- a) individual / familiar - aqueles oferecidos no mercado para a livre adesão de consumidores pessoas físicas, com ou sem seu grupo familiar;
- b) coletivo empresarial - aqueles que oferecem cobertura da atenção prestada à totalidade (ou maioria absoluta) da população delimitada e vinculada a uma pessoa jurídica, comumente uma empresa.
- c) coletivo por adesão - aquele que, embora oferecido por pessoa jurídica – empresa, órgão público, associação ou sindicato – para massa delimitada de beneficiários, tem adesão apenas espontânea e opcional de funcionários, empregados, associados ou sindicalizados, com ou sem a opção de inclusão do grupo familiar ou dependentes.

3.2.2 Características complementares de um plano de saúde

À combinação das duas características fundamentais devem ser agregadas outras complementares, as quais, além de melhor definirem o plano de saúde, aumentarão a variabilidade de cobertura e também estarão refletidas em seu custo final. Podem ser estabelecidas e justificadas mediante a apresentação de anexos à Nota Técnica de Registro do Produto, de modo a contemplar as seguintes variáveis:

3.2.2.1 Abrangência geográfica: é aquela em que a operadora fica obrigada a garantir financeiramente todas as coberturas de assistência à saúde que forem contratadas pelo consumidor. Hoje são cinco, a saber:

- nacional - por todo o território nacional;
- grupo de estados - por todos os municípios de, no mínimo, 02 (dois) estados, mas não alcançando a cobertura nacional;
- estadual - por todos municípios de um estado;
- grupo de municípios - por mais de um município dentro do mesmo estado ou não, sem alcançar a sua totalidade;
- municipal – em todo o município.

3.2.2.2 Rede hospitalar: é o conjunto de entidades hospitalares vinculadas aos planos de saúde que tenham as segmentações hospitalares (com ou sem obstetrícia) e referência. Os planos de saúde operados exclusivamente na modalidade de livre escolha estão desobrigados de prestar a informação, desde que isso seja explicitado na solicitação de registro e no modelo contratual utilizado. Nessa modalidade é vedada a utilização de qualquer tipo de referenciamento de prestador, independentemente do meio de divulgação.

Quanto à relação com as entidades hospitalares, a operadora deve informar se é:

- a) própria: todo e qualquer estabelecimento hospitalar de propriedade da operadora, de sua controlada ou de sua controladora;
- b) credenciada: todo e qualquer estabelecimento hospitalar que mantenha vínculo com a operadora, através de instrumento formal, contratualizando a relação para prestação de serviço assistencial. Observe-se que referenciada ou conveniada são denominações equivalentes.

3.2.2.3 Nome do plano de saúde: é a nomenclatura atribuída pelas operadoras ao plano. Há pouca especificidade quanto a caracterizar informação relevante para sua identificação, sendo construído a partir de conceitos com finalidade promocional das vendas. Por esse motivo é comum haver planos de saúde diversos em operadoras diferentes com o mesmo nome ou qualificação por adjetivo. O monitoramento é orientado para não permitir referência às outras características do plano de saúde (segmentação assistencial, tipo de contratação ou abrangência geográfica) que não sejam as apresentadas para o registro provisório. Pode-se exemplificar por meio de um plano com nome de “Referência Nacional”, mas que tem cobertura apenas ambulatorial e abrangência geográfica municipal.

3.3 Situação atual

Essas informações serviram, em um primeiro momento, para que fosse delineado um quadro da segmentação assistencial, do tipo de contratação e da abrangência geográfica dos planos de saúde que foram comercializados a partir de 2 de janeiro de 1999. Exemplos de relatórios de planos de saúde registrados provisoriamente com essas características e rede hospitalar encontram-se no Apêndice. No entanto, os dados que vêm alimentando o sistema não geram informações representativas da diversificada composição atual dos planos de saúde por falta de outros dados básicos. Também não são totalmente confiáveis em razão das inadequações que, geradas ao longo desse tempo, ainda estão presentes na base de dados do RPS.

3.3.1 Planos registrados e classificação das operadoras

TABELA 1 Distribuição dos planos de saúde com registro provisório por classificação das operadoras

CLASSIFICAÇÃO DAS OPERADORAS	QUANTIDADE DE OPERADORAS		PLANOS COM REGISTRO PROVISÓRIO		Relação Planos/Operadora
	Ativas	Com Planos	Nº	%	
I - Médico -Hospitalar					
Autogestão	330	161	691	2,10%	4,29
Cooperativa Médica	370	360	12.513	38,06%	34,76
Filantrópica	130	117	1.876	5,71%	16,03
Medicina de Grupo	769	714	11.385	34,63%	15,95
Seguradora Especializada em Saúde	14	12	3.186	9,69%	265,50
SUB-TOTAL 1	1613	1364	29651	90,19%	21,74
II - Exclusiva Odontológica					
Cooperativa odontológica	171	163	1.013	3,08%	6,21
Odontologia de Grupo	461	371	2.204	6,70%	5,94
Autogestão	6	6	7	0,02%	1,17
(*) - Administradora de planos	15	1	2	0,01%	2,00
SUB-TOTAL 2	653	541	3226	9,81%	5,96
TOTAL	2.266	1.905	32.877	100,00%	17,26

FONTE: RPS / CADOP de 31/12/2003

As operadoras classificadas como de atenção médico-hospitalar têm 29.651 planos de saúde sob sua responsabilidade, que são a quase totalidade (90,19%) dos 32.877 planos com registro provisório na ANS em 31/12/2003. Por sua vez, as operadoras exclusivamente odontológicas respondem pelos 9,81% restantes, somando 3.224 registros; no entanto existem 2 (dois) registros provisórios vinculados a uma administradora de planos (0,01% do total). Esta é uma incorreção identificada no monitoramento feito e se encontra em processo administrativo de cancelamento, pois às administradoras só é permitido operar planos registrados por outra operadora.

Nas operadoras da segmentação médico-hospitalar identifica-se que, de cada quatro planos com registro provisório, as empresas do tipo cooperativa médica e de medicina de grupo possuem 3,22 deles; a liderança, hoje, é das cooperativas médicas por pequena margem no total dos registros: 38,06% contra 34,63%. As seguradoras especializadas em saúde vêm em seguida, com 9,69%.

Utilizando a medida do número de planos por operadora como indicador da capacidade de oferta no mercado, a situação se inverte: entre as que operam na segmentação médico-hospitalar, as seguradoras especializadas em saúde disparam com índice de 265,50 planos por operadora, enquanto as cooperativas médicas e medicinas de grupo ficam com 34,76 e 15,95 planos por operadora respectivamente. O índice do mercado geral é 17,26 planos por operadora, sendo 21,74 para o segmento médico-hospitalar e 5,96 no exclusivamente odontológico.

Entre as operadoras que atuam exclusivamente em odontologia, predomina, em número absoluto, o da odontologia de grupo: 2,73 de cada quatro registros provisórios.

Também ocorre inversão quando são analisados os índices de planos por operadoras exclusivamente odontológicas em lugar do número absoluto de registros: as cooperativas odontológicas têm pequena vantagem, com 6,21 planos por operadora contra 5,94 das odontologias de grupo.

Como as operadoras do segmento médico-hospitalar também operam 2.535 planos com a segmentação assistencial odontológica, a oferta nessa área de cobertura aumenta para 5.759 registros provisórios, participando com 17,52% do total, quase o dobro dos 9,81% originais em operadoras exclusivamente odontológicas.

Existem 361 empresas com registro provisório de operadoras sem qualquer registro de plano de saúde; quase a metade (46,81%) são autogestões, vindo em seguida

as odontologias de grupo (24,93%). Por não terem planos registrados só podem estar operando planos anteriores à Lei 9.656/98, cuja nova comercialização é vedada. Permite-se apenas a inclusão de novo conjugue ou dependente. Enquanto para autogestões essa restrição não impacta na sua operação por ter massa de beneficiários estável e delimitada, para uma empresa comercial como odontologia de grupo pode significar a opção de saída do mercado.

3.3.2 Abrangência Geográfica

TABELA 2 Distribuição dos tipos de abrangência geográfica dos planos de saúde por classificação das operadoras

CLASSIFICAÇÃO DAS OPERADORAS	ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA												
	Nacional		Estadual		Grupo de Estados		Municipal		Grupo de Municípios		Outras 1	Total	
I - Médico -Hospitalar													
Autogestão	101	0,31%	158	0,48%	97	0,30%	27	0,08%	306	0,93%	2	0,01%	691
Cooperativa Médica	3.077	9,36%	2.582	7,85%	149	0,45%	637	1,94%	5.998	18,24%	70	0,21%	12.513
Filantropica	8	0,02%	22	0,07%	40	0,12%	599	1,82%	1.207	3,67%	0	0,00%	1.876
Medicina de Grupo	767	2,33%	739	2,25%	429	1,30%	1.855	5,64%	7.093	21,57%	502	1,53%	11.385
Seguradora Especializada em Saúde	1.594	4,85%	68	0,21%	226	0,69%	1	0,00%	974	2,96%	323	0,98%	3.186
II - Exclusiva Odontológica													
Cooperativa odontológica	56	0,17%	120	0,36%	7	0,02%	67	0,20%	763	2,32%	0	0,00%	1013
Odontologia de Grupo	428	1,30%	336	1,02%	155	0,47%	412	1,25%	871	2,65%	2	0,01%	2204
Autogestão	1	0,00%	3	0,01%	2	0,01%	1	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	7
(*) - Administradora de planos	2	0,01%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2
TOTAL	6.034	18,35%	4.028	12,25%	1.105	3,36%	3.599	10,95%	17.212	52,35%	899	2,73%	32.877

FONTE: RPS de 31/12/2003

NOTAS: ¹ opção disponível na versão 1.3 que gerou indefinição na abrangência geográfica do plano

O perfil de cobertura quanto à abrangência geográfica não se altera se a operadora é exclusivamente odontológica ou médico-hospitalar: 17.212 registros, que representam a maioria absoluta (52,35%), são do tipo regional B (grupo de municípios). Os de cobertura nacional vêm bem distante: 6.034 planos, representando 18,35%, seguidos dos estaduais – 4.028 planos ou 12,25%.

Certos resultados merecem destaque pela confirmação de indicativos obtidos com análises de outras variáveis: a metade dos planos das seguradoras especializadas em saúde é de cobertura nacional (4,85% do total). A segunda cobertura mais relevante em operação médico-hospitalar de medicina de grupo é a municipal (5,64%), diferindo das cooperativas médicas, que replicam o padrão majoritário de nacional (9,36% do total). Na cobertura exclusivamente odontológica observa-se que as cooperativas odontológicas praticamente só operam com cobertura municipal, ao contrário da

odontologia de grupo, que também repete o padrão geral de grupo de municípios (regional B) e nacional.

3.3.3 Tipo de Contratação

TABELA 3 Distribuição dos tipos de contratação dos planos de saúde por classificação das operadoras

CLASSIFICAÇÃO DAS OPERADORAS	TIPO DE CONTRATAÇÃO								
	Individual ou familiar		Coletivo Empresarial		Coletivo por Adesão		Contratação Múltipla ¹		Total
I - Médico -Hospitalar									
Autogestão	51	0,16%	88	0,27%	380	1,16%	172	0,52%	691
Cooperativa Médica	5.606	17,05%	2.884	8,77%	2.393	7,28%	1.630	4,96%	12.513
Filantrópica	762	2,32%	332	1,01%	339	1,03%	443	1,35%	1.876
Medicina de Grupo	4.299	13,08%	2.653	8,07%	2.304	7,01%	2.129	6,48%	11.385
Seguradora Especializada em Saúde	313	0,95%	2.558	7,78%	228	0,69%	87	0,26%	3.186
II - Exclusiva Odontológica									
Cooperativa Odontológica	397	1,21%	239	0,73%	187	0,57%	190	0,58%	1.013
Odontologia de Grupo	809	2,46%	412	1,25%	378	1,15%	605	1,84%	2.204
Autogestão	2	0,01%	2	0,01%	2	0,01%	1	0,00%	7
(*) - Administradora de planos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,01%	2
TOTAL	12.239	37,23%	9.168	27,89%	6.211	18,89%	5.259	16,00%	32.877

FONTE: RPS de 31/12/2003

NOTAS: 1 opção disponível na versão 1.3 que gerou indefinição na abrangência geográfica do plano

Não há predominância ou maioria absoluta na distribuição dos planos por tipo de contratação: 37,23% (12.239 registros provisórios) são ofertados para o indivíduo e seu grupo familiar, seguido pelo coletivo empresarial, com 27,89%, que se destina à maioria absoluta das pessoas vinculadas à pessoa jurídica contratante. O perfil é o mesmo, independentemente da operação médico-hospitalar ou exclusivamente odontológica.

Novamente merece destaque o perfil das seguradoras especializadas em saúde que têm 80,29% de seus planos dirigidos para o coletivo empresarial – 2.559 dos 3.186 registrados provisoriamente, ao passo que o coletivo por adesão está no mesmo nível do individual/familiar, com quem guarda semelhança quanto ao risco da seleção adversa.

3.3.4 Segmentação Assistencial

TABELA 4- Distribuição dos tipos de segmentação dos planos de saúde por classificação das operadoras

CLASSIFICAÇÃO DAS OPERADORAS	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL																												
	Amb + Hosp c/ Obstetria + Odont	%	Amb+Hosp c/ obstetria	%	Amb+Odont	%	Ambulatorial	%	Hosp c/ obstetria + Odont.	%	Hospitalar com obstetria	%	Referência	%	Odontológico	%	Hospitalar sem obstetria	%	Amb+ Hosp s/obstetria	%	Hosp s/ obstetria + Odont	%	Amb + Hosp s/ Obstetria + Odont	%	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL INCORRETA	%	TOTAL		
I - Médico -Hospitalar																													
Autogestão	114	0,35%	316	0,96%	14	0,04%	30	0,09%	16	0,05%	39	0,12%	13	0,04%	24	0,07%	23	0,07%	41	0,12%	17	0,05%	23	0,07%	21	0,06%	691		
Cooperativa Médica	354	1,08%	5644	17,17%	27	0,08%	848	2,58%	41	0,12%	830	2,52%	1548	4,71%	81	0,25%	437	1,33%	2375	7,22%	6	0,02%	46	0,14%	276	0,84%	12513		
Filantrópica	28	0,09%	703	2,14%	3	0,01%	188	0,57%	4	0,01%	271	0,82%	270	0,82%	39	0,12%	137	0,42%	219	0,67%	2	0,01%	2	0,01%	10	0,03%	1876		
Medicina de Grupo	664	2,02%	4249	12,92%	125	0,38%	1211	3,68%	36	0,11%	977	2,97%	1277	3,88%	456	1,39%	519	1,58%	1345	4,09%	76	0,23%	136	0,41%	314	0,96%	11385		
Seguradora Especializada em Saúde	7	0,02%	1688	5,13%	0	0,00%	20	0,06%	0	0,00%	864	2,63%	120	0,36%	194	0,59%	116	0,35%	145	0,44%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	32	0,10%	3186
II - Exclusiva Odontológica																													
Cooperativa odontológica	0	0,00%	0	0,00%	3	0,01%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1010	3,07%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1013
Odontologia de Grupo	0	0,00%	0	0,00%	13	0,04%	11	0,03%	0	0,00%	1	0,00%	2	0,01%	2176	6,62%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,00%	2204
Autogestão	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	7	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	7
(*) - Administradora de planos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,00%	2
TOTAL	1187	3,55%	12600	38,32%	185	0,56%	2308	7,02%	97	0,30%	2982	9,07%	3231	9,83%	3987	12,13%	1232	3,75%	4125	12,55%	101	0,31%	207	0,63%	655	1,99%	32877		

FONTE: RPS de 31/12/2003

NOTAS:

¹ Segmentação assistencial incorreta, disponíveis na versão 1.3 que geravam definições inconsistentes

Uma ampla cobertura assistencial é ofertada pelos planos com registro provisório: a principal segmentação é a que combina os segmentos ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, a qual está presente em 12.600 planos ou 38,32% dos registros. Muito próximos estão o ambulatorial e hospitalar sem obstetrícia (12,55% do total) e o odontológico exclusivo (12,13%). Os planos-referência somam 3.231 registros, representando 9,83% do conjunto; logo a seguir vem o hospitalar com obstetrícia (9,07%) e o ambulatorial (7,02%).

Planos com assistência médico-hospitalar integral, encontrada no plano-referência e nas combinações que contemplem as segmentações ambulatorial + hospitalar + obstetrícia, somam 16.995 registros (51,69%). Destaque para o índice de 63,47% (443 em 698) registros nas carteiras das autogestões e 60,13% nas cooperativas médicas.

3.3.5 Abrangência Geográfica e porte das operadoras

TABELA 5 Distribuição da abrangência geográfica dos planos de saúde com registro provisório pelas operadoras classificadas por número de beneficiários

ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	< 20.000		entre 20.000 e 100.000		> 100.000	
	Médico-Hospitalar	Excl. Odontológica	Médico-Hospitalar	Excl. Odontológica	Médico-Hospitalar	Excl. Odontológica
Nacional	1.624	215	1.343	181	1.994	184
Estadual	1.568	407	1.445	81	351	19
Municipal	2.318	959	443	80	84	5
Regional - A - Grupo de Estados	301	154	258	130	286	13
Regional - B - Grupo de Municípios	8.271	2.503	3.480	496	2.768	18
(*)Outras	70	1	9	1	817	0
TOTAL	14.152	4.239	6.978	969	6.300	239

FONTE: ANS - RPS , CADOP de 31/12/2003 e SIB de novembro de 2003

Quando são analisadas as mesmas características informadas para a obtenção do registro provisório dos planos de saúde, classificando-se as operadoras pelo número de beneficiários vinculados, a única alteração observada diz respeito à abrangência geográfica: mantém a predominância a de grupo de município, mas a cobertura municipal é a seguinte, que ultrapassa a nacional e a estadual, encontradas quando a classificação das operadoras foi pelo tipo de empresa.

3.3.6 Inconsistências

O acompanhamento desses registros feitos durante o período permitiu identificar inadequações, tais como: operadoras sem plano-referência para oferta ao consumidor; incoerência entre a segmentação em que está registrada a operadora e a modalidade de contratação ou de segmentação assistencial oferecida nos planos; ausência de rede hospitalar vinculada ao plano de saúde; registros provisórios com multiplicidade no tipo de contratação, segmentação assistencial com e sem obstetria e indefinição da abrangência geográfica – estes, em especial, nos registros provisórios anteriores à RDC nº 4/00, que foram mantidos na base de dados do RPS.

O nível de inadequação é pequeno em relação à abrangência geográfica, conforme pode ser observado na Tabela 2: 2,73% dos registros têm indicada “Outras” como abrangência geográfica.

TABELA 6 Distribuição das inconsistências nos planos de saúde com registro provisório por classificação das operadoras

CLASSIFICAÇÃO DAS OPERADORAS	PLANOS SEM REDE 1	OPERADORAS SEM PLANO-REFERENCIA	PLANO MÉDICO-HOSPITALAR EM OPS ODONTOLÓGICA	PLANO IND/FAM EM AUTOGESTÃO
Médico -Hospitalar				
Autogestão	191	0	0	53
Cooperativa Médica	1107	70	0	0
Filantrópica	242	19	0	0
Medicina de Grupo	935	165	0	0
Seguradora Especializada em Saúde	16	1	0	0
Exclusiva Odontológica				
Cooperativa odontológica	0	0	3	0
Odontologia de Grupo	1	0	28	0
Autogestão	0	0	0	0
Administradora de planos	0	0	0	0
TOTAL	2.492	255	31	53

FONTE: RPS / CADOP de 31/12/2003

O nível de inadequação (9,44% dos 32.877 registrados provisoriamente com cobertura hospitalar ou referência) é maior quanto à não vinculação de rede hospitalar ao plano. Esses 2.492 planos estão registrados por 289 operadoras, que, no que se referem à segmentação, se distribuem em: 124 medicinas de grupo, 93 cooperativas médicas, 52 autogestões, 18 filantrópicas e 2 seguradoras especializadas em saúde.

Excluindo-se as autogestões e aquelas exclusivamente odontológicas, que estão desobrigadas de oferecer plano-referência ao consumidor, ainda são encontradas 255

operadoras sem plano-referência registrado provisoriamente, o que corresponde a 21,20% das 1.203 operadoras obrigadas ao oferecimento.

Inconsistência entre a segmentação da operadora e a do plano existe em 31 planos (0,96% dos 3.224 odontológicos) de sete odontologias de grupo e uma cooperativa odontológica: são exclusivamente odontológicas e os planos têm segmentação assistencial médico-hospitalar. Distribuem-se em ambulatorial+odontológico (16), ambulatorial (11), referência (2), hospitalar com obstetrícia (1) e incorreta (1). A grande maioria dos planos (27) apresenta erros que envolvem a segmentação ambulatorial, provavelmente, por ser este o regime de atendimento mais comum em odontologia, o que poderia contribuir para ocorrência do equívoco.

Outro tipo de inconsistência entre a segmentação da operadora e uma característica do plano é a de autogestão com planos de contratação individual/familiar. São 53 planos (7,59% dos 698 de autogestões) em 10 (dez) operadoras.

TABELA 7 Tipos de Contratação Múltipla por classificação das operadoras

CLASSIFICAÇÃO DAS OPERADORAS	TIPO DE CONTRATAÇÃO MÚLTIPLA								
	Coletivo Empresarial + Coletivo por Adesão		Individual ou Familiar + Coletivo Empresarial		Individual ou Familiar + Coletivo Empresarial + Coletivo por Adesão		Individual ou Familiar + Coletivo por Adesão		TOTAL
I - Médico -Hospitalar									
Autogestão	24	0,46%	1	0,02%	12	0,23%	135	2,57%	172
Cooperativa Médica	1.214	23,08%	82	1,56%	231	4,39%	103	1,96%	1.630
Filantrópica	166	3,16%	43	0,82%	227	4,32%	7	0,13%	443
Medicina de Grupo	1.225	23,29%	178	3,38%	557	10,59%	169	3,21%	2.129
Seguradora Especializada em Saúde	81	1,54%	0	0,00%	6	0,11%	0	0,00%	87
II - Exclusiva Odontológica									
Cooperativa odontológica	105	2,00%	18	0,34%	51	0,97%	16	0,30%	190
Odontologia de Grupo	325	6,18%	48	0,91%	196	3,73%	36	0,68%	605
Autogestão	0	0,00%	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1
(*) - Administradora de planos	0	0,00%	0	0,00%	2	0,04%	0	0,00%	2
TOTAL	3.140	59,71%	371	7,05%	1.282	24,38%	466	8,86%	5.259

FONTE: RPS / CADOP de 31/12/2003

É nesta característica do plano de saúde que se observa o maior índice de inadequações quanto ao disposto normativamente: 16,00% dos registros provisórios com multiplicidade no tipo de contratação. A expressiva maioria (84,09%) das incorreções contém a duplicidade nos planos coletivos – empresarial e por adesão: isoladamente (59,71%) ou associada ao individual/familiar (24,38%).

TABELA 8 Segmentações assistenciais incorretas por classificação das operadoras

CLASSIFICAÇÃO DAS OPERADORAS	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL INCORRETA						
	Ambulatorial + Hosp. c/s Obstetrícia		Hosp c/ obstetrícia + Hosp s/ obstetrícia		Hosp c/s Obstetrícia + Odont		TOTAL
I - Médico -Hospitalar							
Autogestão	18	2,75%	0	0,00%	3	0,46%	21
Cooperativa Médica	230	35,11%	43	6,56%	3	0,46%	276
Filantrópica	6	0,92%	2	0,31%	2	0,31%	10
Medicina de Grupo	264	40,31%	49	7,48%	1	0,15%	314
Seguradora Especializada em Saúde	24	3,66%	8	1,22%	0	0,00%	32
II - Exclusiva Odontológica							
Cooperativa odontológica	0		0	0,00%	0	0,00%	0
Odontologia de Grupo	1	0,15%	0	0,00%	0	0,00%	1
Autogestão	0		0	0,00%	0	0,00%	0
(*) - Administradora de planos	1	0,15%	0	0,00%	0	0,00%	1
TOTAL	544	83,05%	102	15,57%	9	1,37%	655

FONTE: RPS / CADOP de 31/12/2003

A parcela de incorreções também é pequena (3,10% dos 21.137 planos envolvidos) na segmentação assistencial e reside na informação incoerente do atendimento obstétrico – com e sem. É na combinação de segmentação ambulatorial com hospitalar que se apresenta a quase totalidade desse erro (83,05%).

Diversas medidas corretivas têm sido implementadas para sanar essas inadequações, tais como: comunicado à operadora para registrar plano-referência; suspensão do registro provisório de planos individuais ou não delimitados à massa original de beneficiários em operadoras de autogestão; revisão da segmentação assistencial ambulatorial indicada por operadoras exclusivamente odontológicas; adequação de rede hospitalar e ajustes na versão corporativa do sistema RPS, incorporando críticas operacionais que impedem multiplicidade, incoerência ou ausência de informação nas características do registro provisório.

Contudo, a experiência atual já permite vislumbrar novas informações e rotinas operacionais que poderiam contribuir para melhorar esse instrumento.

3.4 Perspectivas

A interação da agência reguladora com as operadoras – em particular, no momento do registro provisório do plano de saúde, mas também em seu acompanhamento – permitiu o conhecimento mais profundo do mercado. Todavia

persistem dúvidas com relação a diversas outras questões ainda não regulamentadas e que não são alimentadas no sistema RPS, apesar de, por vezes, serem citadas em outros normativos, como, por exemplo: fator moderador como mecanismo de regulação do uso; definição de acomodação hospitalar; oferta de serviços adicionais de saúde ou benefícios não assistenciais; operacionalidades da rede assistencial, área de cobertura assistencial dentro da definição genérica de abrangência geográfica, formação do preço e responsabilidade financeira em planos coletivos.

Os diversos técnicos entrevistados para esta pesquisa também expressaram suas visões de futuro quanto ao registro de planos de saúde.

A agência divulga pouca informação principalmente por que no início havia muita inconsistência. Hoje já poderíamos informar os parâmetros de preço do mercado.¹² Uma outra informação que o consumidor busca muito é a questão da rede assistencial. Para operadoras que tenham um grande número de planos seria mais adequado apresentá-los agrupados em perfis. (Solange Beatriz Palheiro Mendes – entrevista realizada em 12/03/2004)

Para o conhecimento que temos do mercado, as informações hoje exigidas no registro estão adequadas. Na medida em que haja maior clareza na apropriação de outros conceitos será possível desenvolver sub chaves de classificação e incluir outras variáveis como mecanismo de regulação, qualidade de rede, tipo de financiamento e também variáveis na forma de contratação nos planos coletivos. (Elena Camarinha – entrevista realizada em 05/03/2004)

Antes do registro provisório dos planos só tínhamos suposições de como era o mercado, experiências localizadas ou visões parciais. Após esse período de quatro anos que permitiu acumulação de conhecimentos do regulador, pode-se fundamentar uma proposta mais consistente que corrija e complemente o atual instrumento que hoje se apresenta insuficiente, mas que cumpriu o seu papel naquela época. (Maria Angélica Fonseca Mesquita – entrevista realizada em 05/03/2004)

Alterar o tratamento do modelo contratual buscando criar normas mínimas para sua elaboração e articular sua fiscalização regulada pela interação com os órgãos do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor.

Superar a questão de redes nacionais resultantes da complementação operacional entre operadoras.

¹ Nas NTRP encaminhadas à ANS existe a informação do valor mínimo para comercialização, estimado atuarialmente; não são informados os preços de comercialização que, entretanto, não podem ser inferiores a esses valores mínimo atuariais.

² A ANS contratou em 15/12/2003 a Fundação Getúlio Vargas para o Projeto de Pesquisa nº 46 – “Desenvolvimento e Implementação de um Sistema de Acompanhamento dos Indicadores de Preço, Custo e Frequência do Mercado de Assistência Suplementar à Saúde”. Abrangerá informações sobre preços dos planos de saúde aos consumidores, custos dos insumos para assistência prestada e frequência de utilização dos serviços.

Talvez diferenciar as informações pelos diversos tipos de contratação dos planos.

Evitar confundir o registro com monitoramento do mercado; ele é a base para o monitoramento que entretanto terá necessidade de outras informações não presentes no registro.

O registro pode ter papel importante na ajuda ao consumidor que está buscando no mercado comprar um plano de saúde. Pelo seu número de registro ser possível checar as características e até cláusulas básicas do contrato. Ser utilizado como ferramenta contra a assimetria de informação no setor. (Dr. João Luis Barroca de Andréa – entrevista realizada em 26 de fevereiro de 2004)

Este estudo possibilitou que, com base nessa experiência da regulação, fossem sistematizadas as primeiras reflexões para incorporação de novas informações e rotina operacional para registro de planos de saúde. O objetivo é melhorar, de modo significativo, esse instrumento de regulação, que é de grande importância para o mercado de saúde suplementar.

Como nova alternativa a ser discutida para inclusão no Projeto de Conversão da atual Medida Provisória em Lei, apresenta-se a modalidade de contratação GRUPAL: aquela cujo contrato é pactuado entre a operadora e outra pessoa jurídica que representa um grupo de, no mínimo, cinquenta participantes, independente de existir qualquer tipo de vínculo empregatício, funcional, associativo ou sindical. Idealmente, essa contratação deve ter prazo predeterminado.

Também se propõe uma nova opção para caracterizar a abrangência geográfica de um plano de saúde: INTERMUNICIPAL – cobertura em alguns municípios de estados diferentes, limítrofes ou não.

É fundamental, da mesma forma, regulamentar que a operadora – quando não tiver prestadores, dentro da área de abrangência geográfica pretendida, capazes de garantir toda a cobertura assistencial a ser contratada pelo consumidor – utilize prestadores fora dessa abrangência geográfica do plano de saúde, até que contemplem todos os procedimentos exigidos na Lei nº 9.656/98.

Para definir claramente o local da operação, a operadora deverá indicar a ÁREA DE COBERTURA, discriminando os municípios ou estados da abrangência geográfica do plano. Todas as possibilidades devem ser apresentadas em Nota Técnica atuarial quando exigível.

Diversos serviços disponibilizados com os planos de saúde e alternativas operacionais ainda não previstas para informação são relevantes e merecem ser consideradas pela agência reguladora. Muitas dessas variáveis, em passado recente, foram requisitadas no curso de pesquisas acadêmicas ou em estudos preliminares a novas políticas regulatórias.

3.4.1 Mecanismo de regulação

É o gerenciamento da atenção à saúde que poderá ser realizado através de ações de controle ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto nos códigos de ética profissionais, na Lei n.º 9.656/98 e de acordo com os critérios estabelecidos na Resolução CONSU nº 8/98.

3.4.1.1 Formas de acesso: são mecanismos inibidores do acesso direto do consumidor ao prestador de serviço, com a finalidade de controle da utilização.

3.4.1.1.1 Porta de entrada: é quando a operadora direciona o consumidor a um prestador específico da rede própria ou credenciada para o primeiro atendimento e, quando necessário para a continuidade do atendimento, encaminhamento a outro prestador. Pode ser implementada pela introdução do médico generalista, que presta a atenção primária e cumpre o papel de acesso preferencial ou obrigatório ao sistema.

3.4.1.1.2 Autorização administrativa: é a necessidade de habilitação expressa da operadora para que o beneficiário utilize serviços específicos da cobertura assistencial.

3.4.1.1.3 Direcionamento: é o acesso do beneficiário à cobertura assistencial contratada em prestador restrito, previamente definido pela operadora;

3.4.1.1.4 Hierarquização: é a organização da cobertura assistencial em etapas de complexidades crescentes, a serem observadas pelo consumidor quando da utilização. Pode envolver prestador preferencial conforme grau de complexidade do atendimento e mobilização entre os prestadores mediante referência e contra-referência.

3.4.1.2 Fator moderador: é a participação financeira do consumidor quando da utilização da cobertura contratada – prevista contratualmente – e limitada a

percentual – ainda não regulamentado – do valor remunerado ao prestador pelo procedimento, excetuando os procedimentos previstos na Resolução CONSU nº 11/98, nas seguintes formas:

3.4.1.2.1 Co-participação: é a participação do consumidor na despesa assistencial, a ser paga diretamente à operadora após a realização de procedimento;

3.4.1.2.2 Franquia: é o valor financeiro a ser pago pelo consumidor diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço, por não ser responsabilidade contratual da operadora.

3.4.2 Extensão Assistencial

São as coberturas assistenciais adicionais às descritas no rol de procedimentos da segmentação, incluídas no contrato do beneficiário. Por exemplo: transplantes de coração, fígado, medula óssea, cirurgia plástica estética, ortodontia etc.

3.4.3 Tipo de acomodação

É a definição da acomodação hospitalar a que o consumidor terá direito de utilização ao adquirir o plano de saúde.

3.4.3.1 Coletiva (enfermaria): mais de um leito no ambiente;

3.4.3.2 Individual: um leito no ambiente.

3.4.4 Rede Assistencial

Além da vinculação das entidades hospitalares aos planos de saúde com segmentação hospitalar ou referência, é necessário definir outros critérios para sistematizar a operacionalização do conjunto de prestadores de serviços que mantenham vínculo contratual direto ou não com a operadora para atendimento a determinado plano de saúde, a conjunto de planos de saúde ou a toda carteira.

A operadora poderá combinar os diversos tipos de rede hospitalar para vinculação ao plano de saúde.

Considerando a existência de acordos operacionais entre operadoras, do tipo intercâmbio, no segmento de cooperativas médicas, ou do convênio de reciprocidade, nas autogestões e na medicina de grupo, para suporte de rede assistencial em áreas que não tenham densidade de beneficiários que justifique a contratação direta e também a

iminente implementação dos instrumentos previstos na Resolução Normativa nº 42/03 sobre contratualização entre operadoras e entidades hospitalares, é necessário alterar a sistematização da relação com esses prestadores, hoje restrita à indicação se próprio ou credenciado. A nova proposição explicitaria também a amplitude da prestação do serviço:

- a) quanto à relação: própria ou contratualizada;
- b) quanto ao tipo de contratualização: direta – credenciada, referenciada ou conveniada – ou indireta – convênio de reciprocidade ou intercâmbio;
- c) quanto à prestação dos serviços disponíveis na entidade: integral ou parcial.

3.4.5 Serviços adicionais

São as coberturas de serviços assistenciais adicionais às previstas na Lei vigente, contratualmente ou em aditivo, cujo custo já esteja contemplado no valor mensal:

- a) Assistência / internação domiciliar;
- b) Assistência farmacêutica;
- c) Transporte aeromédico;
- d) Emergência domiciliar e/ou fora da abrangência geográfica
- e) Programas de prevenção de doenças e promoção da saúde;
- f) Assistência internacional;
- g) Saúde ocupacional.

3.4.6 Benefícios não-assistenciais

São os serviços ou benefícios de ordem financeira que estão presentes em outros tipos de operação, previstos contratualmente ou em aditivo, cujo custo já esteja contemplado no valor mensal ou não. De forma geral, nunca abrangem aspectos assistenciais, como nos exemplos a seguir:

- a) Assistência funerária;
- b) Remissão por período determinado para dependentes em caso de falecimento do titular responsável;
- c) Prêmios em dinheiro por sorteio vinculado à adimplência;
- d) Isenção por prazo determinado do pagamento da contraprestação pecuniária na eventualidade de desemprego;
- e) Seguro de vida.

3.4.7 Forma de pagamento

São as formas de se estabelecer os valores a serem pagos pela cobertura assistencial contratada:

- a) preestabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado por pessoa física ou jurídica antes da utilização das coberturas contratadas;
- b) pós-estabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é efetuado após a realização das despesas com as coberturas contratadas, devendo ser limitado em caso de planos de saúde médico-hospitalares à contratação coletiva. O pós-estabelecido poderá ser utilizado nas seguintes formas:

I – rateio – quando a operadora ou pessoa jurídica contratante divide o valor total das despesas assistenciais entre todos os consumidores do plano de saúde, independentemente da utilização da cobertura;

II – custo operacional – quando a operadora repassa o valor total das despesas assistenciais à pessoa jurídica contratante.

3.4.8 Financiamento de planos coletivos

São as formas de se caracterizar – quanto à participação financeira ou intermediação de recursos dos participantes – o papel da pessoa jurídica contratante de um plano coletivo perante a operadora que garante a cobertura de serviços assistenciais.

- a) coletivo com patrocínio – quando a pessoa jurídica participa financeiramente do custo da assistência, parcial ou integralmente, ou responsabiliza-se pelo recolhimento dos recursos e repasse à operadora;
- b) coletivo sem patrocínio – quando não há participação financeira da pessoa jurídica no custeio da assistência ou sua intermediação no pagamento.

3.4.9 Condições de vínculo para planos coletivos

Definição se o plano de saúde coletivo destina-se à massa de empregados/funcionários, ativos ou inativos da pessoa jurídica contratante.

- a) com vínculo empregatício ativo: destinado a empregados/funcionários ativos de pessoa jurídica contratante;

- b) com vínculo empregatício inativo: destinado a empregados/funcionários de pessoa jurídica contratante, que estejam aposentados ou foram demitidos;
- c) sem vínculo empregatício: destinado a consumidores que tenham vínculo com pessoa jurídica diferente da relação trabalhista, como sindical ou associativa.

3.4.10 Situação do registro do plano de saúde

No sistema devem-se considerar os seguintes conceitos relativos à definição da situação do registro do plano de saúde:

- a) **Ativo:** regularizado e com a comercialização autorizada;
- b) **Cancelado:** desativado a pedido da operadora ou por decisão da ANS através de processo. O cancelamento implica a impossibilidade de comercialização do plano de saúde;
- c) **Suspenso:** quando identificada qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial do plano de saúde. É vedada a comercialização do plano de saúde até que operadora regularize a situação junto a ANS; no entanto, estará obrigada a garantir a cobertura aos beneficiários já contratados.

Toda e qualquer alteração de registro dependerá de análise prévia e autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A operadora poderá solicitar alterações nos dados dos planos de saúde registrados, desde que observadas as seguintes medidas:

- a) Quando houver beneficiários vinculados ao plano de saúde, a característica fundamental do tipo de contratação não poderá ser alterada.
- b) Quando houver beneficiário vinculado ao plano de saúde, as características complementares e a segmentação assistencial somente poderão ser alteradas quando resultarem em ampliação da assistência ao consumidor, devendo a operadora encaminhar à Agência Nacional de Saúde Suplementar uma declaração de compromisso de que a assistência ampliada não resultará em qualquer ônus para o consumidor.
- c) A ANS não autorizará a alteração solicitada, quando houver beneficiário vinculado ao plano de saúde e representar redução da assistência ou ônus financeiro ao consumidor, devendo a operadora, nesse caso, proceder a novo registro.

- d) A alteração autorizada pela ANS deverá ser estendida a toda a massa de consumidores vinculada ao plano de saúde
- e) A alteração da rede hospitalar deverá atender o artigo 17 da Lei nº 9.656/98.
- f) A alteração no nome comercial do plano de saúde poderá ser feita independente da existência de beneficiários, desde que não induza à confusão quanto a qualquer característica fundamental ou complementar que componha o plano de saúde.

CAPÍTULO IV. DISCUSSÃO

As operadoras de planos de saúde do segmento médico-hospitalar têm a quase totalidade dos registros provisórios do mercado. Essa informação demonstra a maior competitividade e variabilidade desses planos – até pela possibilidade de combinações, inclusive, com assistência odontológica.

O predomínio de cooperativa médica e medicina de grupo no número absoluto dos planos registrados não se repete, quando se compara a relação de planos por operadoras, em que as seguradoras especializadas em saúde têm índice 15,38 vezes maior que o da média do mercado como um todo, ou 12,21 vezes entre as de atenção médico-hospitalar. Tal fato reflete principalmente a representatividade das seguradoras especializadas em saúde na disputa comercial, mas, também, a estratégia de operadoras de grande porte e atuação nacional. É importante destacar que esse indicador é maior na cooperativa médica do que na medicina de grupo, segmentos que apresentam importante capilaridade na operação.

Note-se que a oferta de cobertura odontológica pelas operadoras médico-hospitalares é tão relevante quanto aquela oferecida pelas operadoras exclusivamente odontológicas.

Há coerência entre o perfil observado na abrangência geográfica – primeiro municipal e depois nacional – e o predomínio de cooperativa médica e medicina de grupo no quantitativo de registros provisórios, o que aponta para a capilaridade dessas operadoras na oferta de planos. Isso é reforçado pela cobertura municipal em medicina de grupo ser a segunda maior frequência. A estratégia de operação das seguradoras especializadas em saúde aparece com a preferência pela cobertura nacional; esta também é a segunda maior frequência em cooperativa médica, o que demonstra o esforço do sistema cooperativista em estar presente onde estiver o concorrente mais forte.

Como na odontologia não existe uma grande operadora de porte nacional, as cooperativas odontológicas mantêm-se operando, quase exclusivamente, em nível municipal. Importante registrar que esse sistema cooperativo odontológico começa a implementar várias fusões em nível estadual.

O quadro de maior oferta de planos individuais / familiares também aponta para a estratégia comercial, pois necessita maior variabilidade de opções para esse tipo de consumidor do que para as pessoas jurídicas. Entretanto, se forem agregados os dois tipos de contratação coletiva, o perfil de oferta refletirá o do cadastro de beneficiários, que é de, aproximadamente, dois coletivos para cada individual. As seguradoras especializadas em saúde, para não se exporem ao risco da seleção adversa, ofertam 80,29% de seus planos como coletivo empresarial.

A cobertura integral preconizada pelo artigo 10 da Lei 9.656/98, que instituiu o plano-referência, está presente em mais da metade (51,69%) dos planos registrados para oferta ao consumidor. A única diferença entre o plano-referência e o da principal combinação de cobertura oferecida – ambulatorial + hospitalar + obstetrícia – diz respeito à acomodação hospitalar e ao acesso nas situações de urgência/emergência. Tal fato demonstra que as empresas operadoras se mobilizaram para ofertar planos com o princípio da integralidade da assistência.

Como em outras características, aqui também as cooperativas médicas procuram acompanhar seu segmento concorrente – nesse caso, as seguradoras especializadas em saúde – ao oferecerem planos com assistência mais integral. Apesar de desobrigadas quanto ao plano-referência, as autogestões confirmam o princípio norteador da integralidade na atenção à saúde do assistido e têm 63,47% de planos com o mesmo perfil.

Observe-se que, dentre os planos com cobertura odontológica exclusiva, 19,91% (794 registros) são ofertados por operadoras do segmento médico-hospitalar.

A mudança do critério de classificação das operadoras de tipo de empresa para porte segundo o número de beneficiários vinculados contribui para mais uma evidência do perfil dos planos registrados: cobertura regional por operadoras de pequeno porte (menos de 20.000 beneficiários).

Quanto às inconsistências nos registros provisórios dos planos de saúde merece destaque a não vinculação de rede hospitalar aos planos por 32,3% das autogestões (52

em 161) e 25,83% das cooperativas médicas (93 em 360). Estes percentuais encontrados são maiores que os de outros segmentos de operadoras e pode refletir a complexidade da operacionalização dessa característica nos segmentos, que para garantir coberturas estaduais e nacional utilizam com frequência das relações de intercâmbio entre cooperativas singulares ou convênio de reciprocidade entre autogestões.

4.1 Resultados esperados para ANS e regulação do mercado

4.1.1 Propostas de intervenção

Para atender a necessidade de informação qualificada que é demandada pelo consumidor, bem como considerando que sua ausência ou inadequação contribui para uma das características de falhas de mercado observadas no provimento de um bem público como saúde, é fundamental corrigir, aperfeiçoar e difundir as informações sobre registro de planos de saúde. O processo pode escalonar as etapas operacionais até sua completa implantação, ultrapassando a situação de provisório.

Planos com registro provisório, que atendem integralmente a RDC 04/00 e estão corretamente incorporados ao banco de dados do RPS, seriam validados como fase inicial pelo novo normativo sobre registro de planos de saúde a ser editado pela ANS ainda em 2004. Aqueles que não atendam integralmente a RDC 04/00 por qualquer das inadequações já identificadas no banco de dados do RPS, também poderiam ser validados após indispensável correção.

A fase intermediária do registro seria feita em 2005, incorporando-se os seguintes blocos de informação: área de cobertura, tipo de acomodação, acesso a livre escolha, extensão de assistência, serviços adicionais de saúde, benefícios não assistenciais, fator moderador, forma do pagamento, responsabilidade financeira e vínculo em planos coletivos. A priorização poderia ser estabelecida, em obediência à época do registro provisório: o primeiro quadrimestre de 2005 atenderia os feitos até 31/12/2000, enquanto os próximos quatro bimestres seriam reservados respectivamente para os feitos em 2001, 2002, 2003 e 2004.

A fase final aconteceria em 2006 e contemplaria questões específicas e mais complexas, tais como: modelo contratual, nota técnica de registro de plano de saúde e rede hospitalar.

Também se considera oportuno discutir a denominação PRODUTO, pois se observa, ao longo do processo de regulamentação da Lei 9656/98, que há dificuldade de compreensão e de incorporação do termo, além de não ter sido conceituado para diferenciação de plano de saúde. Como a expressão “PLANOS DE SAÚDE” tem ampla aceitação, está definida no marco legal e é a que gera menos incerteza junto aos consumidores no entendimento das regras da Lei 9.656/98, sugere-se convencionar apenas a sua utilização.

4.1.2 Recomendações

Seria preciso considerar que as informações hoje solicitadas para registro provisório pela RDC nº 04/00 constituem o núcleo que define as características fundamentais e complementares de um plano de saúde. Os benefícios da sua utilização pelas diversas áreas funcionais a partir da disponibilização de consulta na rede interna de computadores da ANS (IntrANS), aponta para viabilidade de sua imediata liberação para consulta dos consumidores e operadoras na rede mundial (Internet).

O monitoramento do mercado nesses quatro anos permitiu identificar novas informações que também são importantes e diferenciam claramente cada plano, mesmo que mantido o núcleo, devendo, portanto, ser incluídas no banco de dados que identificam os planos de saúde em operação.

Da mesma forma, a experiência do acompanhamento de modelo contratual, nota técnica de registro de plano de saúde e rede hospitalar vinculada permite indicar formas alternativas de encaminhamento para esses pontos específicos:

- a) Modelo contratual: continuam sendo muito relevantes às demandas na ANS e órgãos de defesa do consumidor, quanto a abusividade e incorreções encontradas nas cláusulas dos contratos entre consumidores e operadoras de planos de saúde. O trabalho de correção hoje é feito a partir de discussões das cláusulas com as operadoras, priorizando-se os seus principais planos individuais com maior número de beneficiários, e tem como objetivo a adequação desses instrumentos contratuais mediante a celebração de Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta. Entretanto, a limitada capacidade operacional para analisar o grande volume de contratos dos planos existentes e a necessidade de rapidez em atingir todas operadoras, independentemente do porte, conduzem a baixa eficácia nesse processo. Para mudar essa situação atuaríamos na orientação das operadoras pela publicação de normativo específico, o qual disporia sobre as cláusulas

obrigatórias que toda operadora deveria utilizar em seus futuros contratos e também nos aditivos aos atualmente em uso. Esse modelo único por operadora, após análise e aprovação do texto pela ANS, seria disponibilizado para consulta na Internet e permitiria assim o estabelecimento de um canal para articulação da ANS com os órgãos de defesa do consumidor. Estes por serem em grande número e estarem localizados junto aos beneficiários, poderiam atuar na fiscalização dos contratos de maneira eficaz, com agilidade e capilaridade, atendendo assim ao disposto no inciso XXXVI do art. 4º da Lei 9.961/00, que determina a busca da eficácia na proteção e defesa do consumidor de planos de saúde, observando a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

- b) Rede hospitalar: hoje essa informação das entidades hospitalares no registro provisório dos planos de saúde está restrita a razão social, inscrição no cadastro nacional de pessoas jurídicas, município e estado de localização. Não há informação sobre a estrutura de serviços e capacidade operacional das entidades. Entretanto, essas informações estão detalhadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, que é o banco de dados dos estabelecimentos de saúde no país. Administrado pelo Ministério da Saúde, o cadastramento é feito pelos gestores locais do Sistema Único de Saúde após vistoria das instalações e priorizou as entidades que prestam serviços ao setor público. A incorporação dos prestadores de serviço do setor de saúde suplementar está sendo incentivada no processo de contratualização previsto na RN nº 42/03: o número de registro da entidade hospitalar no CNES deverá constar do contrato com a operadora de planos de saúde. A partir de então as operadoras informariam a ANS esses números de registro da sua rede hospitalar. Todas as consultas e o monitoramento da rede hospitalar seriam feitos nesse banco de dados, cujo acesso é público, dispensando-se a requisição de informações específicas às operadoras e prestadores de serviço. Posteriormente e dentro da mesma lógica, seria possível também tratar os prestadores de serviços ambulatoriais e de apoio ao diagnóstico e tratamento.
- c) Nota técnica atuarial: atualmente as operadoras são obrigadas a apresentar essa informação apenas para cada plano individual/familiar e coletivo que não tenha participação da pessoa jurídica no seu financiamento. O objetivo é estabelecer o valor mínimo de receita que garanta a prestação do serviço contratado, a partir da estimativa dos custos e frequências dos procedimentos em determinado grupo

de indivíduos e localidade. Por utilizarem o mesmo banco de dados na definição das condições mínimas para correta comercialização, essas podem ser as mesmas para planos diferentes na mesma região, enquanto um mesmo plano em regiões diferentes pode ter condições diferenciadas. Os principais fatores que contribuem para variação são as taxas de morbidade local, frequência de procedimentos e custos assistenciais diferenciados dos prestadores, e se refletem nos diversos anexos que uma nota técnica atuarial apresenta. Poderia, como alternativa, evoluir da vinculação atual aos registros dos planos para operação da carteira de planos de saúde em uma determinada região e perfil de rede assistencial – Nota de Técnica para Comercialização de Planos de Saúde. A regularidade no envio dessas informações, que devem ser atualizadas anualmente pelas operadoras, seria fundamental para manter a habilitação de comercialização da carteira de planos de saúde em uma determinada região.

Esse conjunto de propostas de intervenção e recomendações é de fundamental importância para a redução da assimetria de informações no setor. Pode ser avaliado para implantação em substituição ao atual modelo de registro provisório de planos de saúde.

4.2 Viabilidade de implementação das propostas

4.2.1 Econômica

A experiência decorrida desde a implantação do primeiro aplicativo nas operadoras consolidou as informações básicas do registro de planos de saúde. Se o agente regulador tornasse disponível, de forma gratuita, um novo instrumento, reduziria o impacto da alteração nos custos administrativos das operadoras, o que seria interessante diante da necessidade de rerepresentar cada registro provisório com novas informações. Ressalte-se que, nesse momento, haveria o recolhimento da Taxa de Registro de Produto para aqueles registros provisórios obtidos até a publicação da RDC nº 04/00 no Diário Oficial da União, em 22 de fevereiro de 2000. Também deveria ser observada a progressão por etapas com previsão de tempo suficiente para a adaptação das operadoras.

4.2.2 Jurídica

Há previsão no marco regulatório: os artigos 8º e 9º da Lei 9.656/98 dispõem sobre o registro dos planos de saúde, enquanto o art. 19 estabeleceu regras para o período de provisoriedade.

4.2.3 Técnica

Para a implementação do registro previsto no art. 8º da Lei 9.656/98 há necessidade de viabilizar e orientar formas para atendimento às disposições de seus incisos, como se segue:

- *II – descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros:* é a identificação da rede assistencial. O Ministério da Saúde já criou um banco de dados, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, onde estão informadas as condições de estrutura, recursos humanos e serviços assistenciais de todos os tipos de prestadores de serviços de saúde do país. Sua utilização pela saúde suplementar está determinada como item obrigatório dos contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço. Recebendo da operadora a relação com todos os prestadores registrados no CNES, as áreas competentes da ANS terão acesso permanentemente atualizado sobre as condições desses serviços de saúde.
- *V – demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados:* a informação obrigatória e regular da produção assistencial das operadoras de planos de saúde – estabelecida pela RDC nº 85/01 – permite análise comparativa das frequências de utilização para itens específicos, como: consultas, exames, terapias, atendimentos ambulatoriais e internações.
- *VI – demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras:* o caso dos planos de saúde está contemplado pela Nota Técnica de Registro de Produto da RDC nº 28/00.
- *VII – especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde:* hoje, já é item de informação obrigatória para registro provisório pela RDC 04/00; o artigo 16, da Lei 9.656/98 determina sua explicitação no contrato do consumidor.

4.2.4 Institucional

O Regimento Interno da ANS estabelece que o tema é de atribuição da Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos na Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. O Contrato de Gestão com o Ministério da Saúde, para o período 2002/2004, estabelece meta de 50% na relação entre planos de saúde, atendendo normativo específico para seu registro e aqueles na atual situação de provisórios – registro / registro provisório.

O Plano Plurianual (PPA) de atividades do Governo Federal também contempla indicadores sobre registro de planos de saúde – registro / registro + registro provisório:

- 2003 – 33%
- 2004 – 45%
- 2005 – 60%
- 2006 – 80%
- 2007 – 95%

CONCLUSÕES

O estudo realizado pesquisou a origem, a implementação e as perspectivas para correção e melhoria desse importante instrumento de regulação em saúde suplementar. O momento é de discussão das alternativas para intervenção, de modo que possam contribuir para a construção de novo normativo sobre o registro de planos de saúde. Esse é um dos pontos do Contrato de Gestão da Diretoria Colegiada da ANS com o Ministério da Saúde, além do Plano Plurianual de Atividades do Governo Federal.

Naturalmente, as sugestões precisariam ser discutidas com as operadoras de planos de saúde e demais atores do setor, antes de serem avaliadas para publicação em atendimento aos incisos XII e XVI do art. 4º da Lei nº 9.961/2000, que estabelece as normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, bem como as rotinas e procedimentos para sua concessão, manutenção e cancelamento.

O trabalho contém definições sobre plano privado de assistência à saúde, segmentação assistencial, tipo de contratação, área de abrangência geográfica e de cobertura, tipo de rede e de acomodação hospitalar, acesso por livre escolha, mecanismos de regulação, extensão assistencial, serviços adicionais, benefícios não-assistenciais, forma de pagamento do plano, condições de financiamento e vínculo em planos coletivos por adesão e empresarial, na tentativa de esclarecimento e sistematização de matéria altamente relevante.

O estudo quantitativo dos bancos de dados da ANS merece ter aprofundamento estatístico em outro trabalho, pois identificou indícios importantes para a confirmação da hipótese levantada - o tipo de assistência ofertada e as características dos planos de saúde variam conforme o tipo e porte das operadoras:

- a) há predomínio da oferta de planos de assistência médico-hospitalar;

b) é significativa a importância das cooperativas médicas, medicina e odontologias de grupo na cobertura do extenso território nacional pela sua presença nos municípios;

c) a estratégia de operação das seguradoras especializadas em saúde aponta para priorização na oferta de planos de saúde para empresas, com cobertura integral e abrangência nacional;

d) predomina a oferta de planos com cobertura regional por operadoras de pequeno porte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C., 1998. *O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: panorama atual e tendências da Assistência Médica Suplementar*. Brasília: IPEA/PNUD.

ANDRADE, M.V., 2000. *Ensaio em Economia da Saúde*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola de Pós-Graduação em Economia da Fundação Getúlio Vargas.

ANDRADE, M.V., 2002. *Regulação 2 – Aula 1: Fundamentos microeconômicos da Economia da Saúde*. Rio de Janeiro: Apostila da Escola de Pós-Graduação em Economia da Fundação Getúlio Vargas, p.51-53. 57 p.

ANDRADE, M.V. & LISBOA, M.B., 2001. *Economia da Saúde no Brasil*. In *Microeconomia e Sociedade no Brasil* (M. Lisboa; N. A. Menezes Filho, orgs), Rio de Janeiro: Editora Contracapa.

ANDRÉA, J.L.B. de, 2004. Entrevista concedida a E.C. Braga. Rio de Janeiro.

ANDREAZZI, M.F.S., 2002. *Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - IMS/UERJ.

BAHIA, L., 1999. *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Osvaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ.

BRASIL, 1998. *Conselho de Saúde Suplementar*. Resolução nº 8, 04 nov. 1998. Brasília.

BRASIL, 2001a. *Lei 9.656*, 03 jun. 1998. Modificada pela Medida Provisória nº 2177-44, 24 ago. 2001. Brasília.

BRASIL, 2001b. *Lei 9.961*, 28 jan. 2000. Modificada pela Medida Provisória nº 2177-44, 24 ago. 2001. Brasília.

BRASIL, 2000. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resoluções de Diretoria Colegiada nº 4 e 39*. Rio de Janeiro.

BRASIL, 2002a. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resoluções de Diretoria Colegiada nº 95*. Rio de Janeiro.

BRASIL, 2002b. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro.

- BRASIL, 1998. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Portarias n° 233 e 245, 1998*. Brasília.
- BRASIL, 1999. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Portarias n° 49, 114 e 262, 1999*. Brasília.
- CAMARINHA, E., 2004. Entrevista concedida a E.C. Braga. Rio de Janeiro.
- CLEARY, P.D. & EDGMAN-LEVITAN, S., 1996. What information do consumers want and need? *Health Affairs*, 15(4): 42–56.
- COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M. & SILVA, P.L.B., 2000. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. *Revista de Administração Pública*, 34(1): 209-227, jan./fev.
- COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M.; SILVA, P.L.B. & MELO, M.A.C., 2001. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. *Revista de Administração Pública*, 35 (2): 193-228, mar./abr.
- CUTLER, D.M. & ZECKHAUSER, R.J., 2000. The anatomy of health insurance. In: *Handbook of health economics* (A.J. Culyer, & J.P. Newhouse), v. 1, p.563–643. Chapter 11.
- DEL NERO, C.R., 2002. O que é economia da saúde. In: *Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde* (S.F. Piola, & S.M. Vianna), Brasília: IPEA.
- DONALDSON, C. & GERARD, K., 1992. Market failure in health care. In: *Economics of health care financing: the visible hand*, (C. Donaldson & K. Gerard), London: Mac Millan.
- ENTHOVEN, A. & SINGER, S., 1997. Market Based Reform: what to regulate and by whom. *Health Affairs*, Chevy Chase (MD), n. 1, p. 26-33, nov/dec.
- FIANI, R., 2002. Teoria dos Custos de Transação. In: *Economia Industrial: Fundamentos e Práticas no Brasil* (D. Kupfer & L. Hasenclever, orgs.), Rio de Janeiro: Campus.
- FOLLAND, S.; GOODMAN, A.C.; ALLEN, C. & STANO, M., 1997. *The Economics of Health and Health Care*, New Jersey: Ed. A Simon & Schuster Company. Chap. 1,7, 11 e 19.
- FORLAND, R.A.; WICKS, E.K. & HOY, E.W., 1996. A guide to facilitating consumer choice. *Health Affairs*, 15(4): 9–30.
- ISAACS, S., 1996. Consumer's information needs: results of a national survey. *Health Affairs*, 15(4): 31–41.
- MENDES, S.B.P., 2004. Entrevista concedida a E.C. Braga. Rio de Janeiro.
- MESQUITA, M.A.F., 2004. Entrevista concedida a E.C. Braga. Rio de Janeiro.
- MONTONE, J., 2000. ANS, a que será que se destina? *Folha de São Paulo*, 04 out., p. A3.

MORAN, D.W., 1997. Federal regulation of managed care: an impulse in search of a theory? *Health Affairs*, 6(6): 7–21.

NEUDECK, W. & PODCZECK, K., 1996. Adverse selection and regulation in health insurance markets. *Journal of Health Economics* (Amsterdam), 15: 387-408.

PORTER, M.E., 1990. *A vantagem competitiva das nações*. Rio de Janeiro: Campus. Cap. 2.

STIGLITZ, J.E., 1999. *Economics of the public sector*. New York, London: W. W. Norton & Company. Cap. 3, 4, 6, 9 e 12.

ZETTEL, V., 2004. Entrevista concedida a E.C. Braga. Rio de Janeiro.

Bibliografia

BRASIL, 2002a. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Relatório de Gestão: os primeiros 30 meses*. Rio de Janeiro.

CARNEIRO, V.B., 2001. *Gênese da Assistência Médica Supletiva no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais.

ENTHOVEN, A., 1997. *The market-based reform of America's health care financing and delivery system: managed care and managed competition*. Innovations in health care financing. An international conference sponsored by the World Bank. March 10-11, Washington.

ENTHOVEN, A.C. & SINGER, S.J., 1997. Markets and collective action in regulating managed care. *Health Affairs*, 16(6): 26–32.

GABEL, J.R. & JENSEN, G.A. 1989. The price of State mandated benefits. *Inquiry*, 26: 419-431, Winter.

KEMPER, P.; RESCHOVSKY, J. & TU, H., 2000. Does type of health insurance affect health care use and assessments of care among the privately insured? *Health Services Research*, 35:1, Part II, April.

MANNING, W.G. & MARQUIS, M.S., 1996. Health insurance: the trade off between risks pooling and moral hazard. *Journal of Health Economics*, 15:609–639.

MELO, P.H.F., 2003. O processo de regulação da assistência suplementar no Brasil. In: *Gestão de sistemas de saúde* (C.R. Pierantoni & C.M.M. Vianna, orgs.), Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ.

PAWLSON, G. and O'KANE, M.E., 2002. Professionalism, regulation and the market: impact on accountability for quality of care. *Health Affairs*, 21(3):200-207, May/Jun.

PIOLA, S.F. & VIANNA, S.M., 2002. *Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA.

PUIG-JUNOY, J., 1999. Managing risk selection incentives in health sector reforms. *International Journal of Health Planning and Management*, 14:287–311.

ROTHSCHILD, M. & STIGLITZ, J.E., 1976. Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Quarterly Journal of Economics*: 90: 629–649.

ZATKIN, S. A health plan's view of government regulation. *Health Affairs*, 16(6):33–35.

ZWEIFEL, P. & BREYER, F., 1997. *Health Economics*. Cap. 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 10. Oxford: Oxford University Press.

Anexos

Roteiro de entrevista

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Coordenação de Pós-Graduação
Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública – ano 2002

Sub-área: Regulação em Saúde Suplementar

Dissertação: REGISTRO DE PLANOS DE SAÚDE: ORIGEM, EXPERIÊNCIA E PERSPECTIVAS.

Aluno: Everardo Cancela Braga

Orientador: Profª Dina Czeresnia

Entrevistado:

Funções exercidas e período:

Cargo ou vinculação funcional:

Experiência anterior:

Alteração do Marco Regulatório – Lei 9.656/98

Quais eram os temas em debate à época do estabelecimento da obrigatoriedade do registro de plano de saúde introduzida pela **MP 1730-07 de 07/12/1998** ?

Que documentos, estudos ou experiência institucional orientaram ou influenciaram aquela decisão ? De que forma?

Esses estudos foram formalizados em que tipo de documentos (exposição de motivo, parecer, nota técnica, memorando ou despacho) e de que órgãos da Administração Federal ?

Portaria SAS/MS nº 233 de 08/12/1998 até RDC nº 04 de 22/02/2000

Qual a avaliação fazia do mercado para o estabelecimento do conteúdo das informações requeridas naquele normativo original ?

Quais objetivos fundamentais foram buscados com aquelas informações ?

Como avalia o resultado dessas medidas na regulação do mercado de saúde suplementar ? Considerar a fase inicial (Port. 233 em 1999) e atual (RDC 4 desde 2000 até 2003).

Quais as motivações e objetivos para requisição dos modelos contratuais às operadoras ?

Futuro

Que tipo de modificações sugeriria no registro de planos para que fosse adequado ao atual momento da regulação no setor de saúde suplementar ?

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro Sr (a). _____ :

O Sr (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre Registro de Planos de Saúde: Origem, Implementação e Perspectivas. Este trabalho será realizado pelo pesquisador Everardo Cancela Braga como parte integrante da Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Pública, Sub-área de Regulação em Saúde Suplementar.

Alguns dos principais gestores e técnicos envolvidos no início dessa regulamentação no âmbito do DESAS/SAS/MS estão sendo convidados a participar. O foco será nas avaliações que faziam do mercado e resultados observados com os normativos implementados.

Haverá gravação da entrevista, que seguirá o roteiro em anexo abordando a alteração do Marco Regulatório – Lei 9.656/98 pela MP 1730-07 de 07/12/1998, a Portaria SAS/MS nº 233 de 08/12/1998 e demais normativos até a RDC nº 04 de 22/02/2000, bem como sugestões para o futuro da regulamentação. As declarações poderão ser identificadas no texto da Dissertação.

Como benefícios, podemos destacar que estará contribuindo para resgate de parte importante da recente regulamentação do setor e, num futuro próximo, que possam ser traçadas estratégias de sua atualização concernentes com a experiência acumulada no período em que participaram dessa construção.

Concordando com a participação e divulgação identificada de sua entrevista, por favor assine esse termo e devolva-o ao pesquisador. Desde já agradeço sua colaboração, que será de grande valor.

Em caso de dúvida, contate o pesquisador pelos telefones 2105-0422 / 9912-1783.

 Concordo com a entrevista e autorizo sua divulgação identificada, conforme texto preliminar a mim submetido, na pesquisa sobre Registro de Planos de Saúde.

Nome do entrevistado: _____

Funções exercidas e período: _____

Cargo ou vinculação funcional: _____

Experiência anterior: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do entrevistado: _____

Apêndices

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998
publicada no DO de 04/06/98

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

§ 1º Para os fins do disposto no *caput* deste artigo, consideram-se:

I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros;

II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

§ 3º A assistência a que alude o *caput* deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.

§ 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.

§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde.

Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:

I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano;

II - nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice.

Parágrafo único. Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde.

Art. 3º Sem prejuízo das atribuições previstas na legislação vigente e observadas, no que couber, as disposições expressas nas Leis nºs 8.078, de 11 de setembro de 1990, e 8.080, de 19 de setembro de 1990, compete ao Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, ouvido, obrigatoriamente, o órgão instituído nos termos do art. 6º desta Lei, ressaltado o disposto no inciso VIII, regulamentar os planos privados de assistência à saúde, e em particular dispor sobre:

I - a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

II - as condições técnicas aplicáveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde, de acordo com as suas peculiaridades;

III - as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

IV - as normas de contabilidade, atuariais e estatísticas, a serem observadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

V - o capital e o patrimônio líquido das operadoras de planos privados de assistência à saúde, assim como a forma de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima de capital;

VI - os limites técnicos das operações relacionadas com planos privados de assistência à saúde;

VII - os critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores, a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

VIII - a direção fiscal, a liquidação extrajudicial e os procedimentos de recuperação financeira.

Parágrafo único. A regulamentação prevista neste artigo obedecerá às características específicas da operadora, mormente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

Art. 4º O art. 33 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, alterado pela Lei nº 8.127, de 20 de dezembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 33. O Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP será integrado pelos seguintes membros:

I - Ministro de Estado da Fazenda, ou seu representante legal;

II - Ministro de Estado da Saúde, ou seu representante legal;

III - Ministro de Estado da Justiça, ou seu representante legal;

IV - Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, ou seu representante legal;

V - Presidente do Banco Central do Brasil, ou seu representante legal;

VI - Superintendente da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, ou seu representante legal;

VII - Presidente do Instituto de Resseguros do Brasil - IRB, ou seu representante legal.

§ 1º O Conselho será presidido pelo Ministro de Estado da Fazenda e, na sua ausência, pelo Superintendente da SUSEP.

§ 2º O CNSP terá seu funcionamento regulado em regimento interno."

Art. 5º Compete à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, de acordo com as diretrizes e resoluções do CNSP, sem prejuízo das atribuições previstas na legislação em vigor:

I - autorizar os pedidos de constituição, funcionamento, cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

II - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao funcionamento dos planos privados de saúde;

III - aplicar as penalidades cabíveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde previstas nesta Lei;

IV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde, segundo normas definidas pelo CNSP;

V - proceder à liquidação das operadoras que tiverem cassada a autorização para funcionar no País;

VI - promover a alienação da carteira de planos ou seguros das operadoras.

§ 1º A SUSEP contará, em sua estrutura organizacional, com setor específico para o tratamento das questões concernentes às operadoras referidas no art. 1º.

§ 2º A SUSEP ouvirá o Ministério da Saúde para a apreciação de questões concernentes às coberturas, aos aspectos sanitários e epidemiológicos relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares.

Art. 6º É criada a Câmara de Saúde Suplementar como órgão do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, com competência privativa para se pronunciar acerca das matérias de sua audiência obrigatória, previstas no art. 3º, bem como propor a expedição de normas sobre:

- I - regulamentação das atividades das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde;
- II - fixação de condições mínimas dos contratos relativos a planos e seguros privados de assistência à saúde;
- III - critérios normativos em relação aos procedimentos de credenciamento e destituição de prestadores de serviço do sistema, visando assegurar o equilíbrio das relações entre os consumidores e os operadores de planos e seguros privados de assistência à saúde;
- IV - estabelecimento de mecanismos de garantia, visando preservar a prestação de serviços aos consumidores;
- V - o regimento interno da própria Câmara.

Art. 7º A Câmara de Saúde Suplementar é composta dos seguintes membros:

- I - Ministro de Estado da Saúde, ou seu representante legal, na qualidade de presidente;
- II - Ministro de Estado da Fazenda, ou seu representante legal;
- III - Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, ou seu representante legal;
- IV - Ministro de Estado do Trabalho, ou seu representante legal;
- V - Secretário Executivo do Ministério da Saúde, ou seu representante legal;
- VI - Superintendente da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, ou seu representante legal;
- VII - Secretário de Direito Econômico do Ministério da Justiça, ou seu representante legal;
- VIII - um representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, dentre seus membros;
- IX - um representante de entidades de defesa do consumidor;
- X - um representante de entidades de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;
- XI - um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem os estabelecimentos de seguro;
- XII - um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem o segmento de autogestão de assistência à saúde;
- XIII - um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem a medicina de grupo;
- XIV - um representante indicado pelas entidades que representem as cooperativas de serviços médicos;
- XV - um representante das entidades filantrópicas da área de saúde;
- XVI - um representante indicado pelas entidades nacionais de representação da categoria dos médicos;
- XVII - um representante indicado pelas entidades nacionais de representação da categoria dos odontólogos;
- XVIII - um representante indicado pelos órgãos superiores de classe que representem as empresas de odontologia de grupo;
- XIX - um representante do Ministério Público Federal.

§ 1º As deliberações da Câmara dar-se-ão por maioria de votos, presente a maioria absoluta de seus membros, e as proposições aprovadas por dois terços de seus integrantes exigirão igual *quorum* para serem reformadas, no todo ou em parte, pelo CNSP.

§ 2º Em suas faltas e impedimentos, o presidente da Câmara será substituído pelo Secretário Executivo do Ministério da Saúde.

§ 3º A Câmara, mediante deliberação de seus membros, pode constituir subcomissões consultivas, formadas por representantes dos profissionais e dos estabelecimentos de serviços de saúde, das entidades vinculadas à assistência à saúde ou dos consumidores, conforme dispuser seu regimento interno.

§ 4º Os representantes de que tratam os incisos VIII a XVII serão indicados pelas respectivas entidades e designados pelo Ministro de Estado da Saúde.

§ 5º As matérias definidas no art. 3º e em seus incisos, bem como as de competência da Câmara, têm prazo de trinta dias para discussão e votação, após o que poderão ser avocadas pelo CNSP para deliberação final.

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento a que alude o inciso I do art. 5º, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer as seguintes exigências:

I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;

II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;

III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;

IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;

V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;

VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras;

VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

Parágrafo único. São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas:

I - nos incisos I a V do *caput*, as operadoras de seguros privados a que alude o inciso II do § 1º do art. 1º;

II - nos incisos VI e VII do *caput*, as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, definidas no § 2º do art. 1º.

Art. 9º As operadoras de planos privados de assistência à saúde só podem comercializar ou operar planos que tenham sido previamente protocolados na SUSEP, de acordo com as normas técnicas e gerais definidas pelo CNSP.

§ 1º O protocolamento previsto no *caput* não exclui a responsabilidade da operadora pelo descumprimento das disposições desta Lei e dos respectivos regulamentos.

§ 2º O número do certificado de registro da operadora, expedido pela SUSEP, deve constar dos instrumentos contratuais referentes aos planos ou seguros privados de assistência à saúde.

Art. 10. É instituído o plano ou seguro-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente;

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

III - inseminação artificial;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, observado o disposto no § 1º deste artigo;

VIII - procedimentos odontológicos, salvo o conjunto de serviços voltados à prevenção e manutenção básica da saúde dentária, assim compreendidos a pesquisa, o tratamento e a remoção de focos de infecção dentária, profilaxia de cárie dentária, cirurgia e traumatologia bucomaxilar;

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes do inciso VII podem ser a qualquer tempo revistas e atualizadas pelo CNSP, permanentemente, mediante a devida análise técnico-atuarial.

§ 2º As operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º oferecerão, obrigatoriamente, o plano ou seguro-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor.

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas as seguintes exigências mínimas:

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico e tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente;

II - quando incluir internação hospitalar:

a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;

b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, a critério do médico assistente;

c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;

d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;

e) cobertura de taxa de sala de cirurgia, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato;

f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;

III - quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento;

IV - quando incluir atendimento odontológico:

a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;

b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;

c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral;

V - quando fixar períodos de carência:

a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;

b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos;

VI - reembolso, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de

preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada;

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Dos contratos de planos e seguros de assistência à saúde com redução da cobertura prevista no plano ou seguro-referência, mencionado no art. 10, deve constar:

I - declaração em separado do consumidor contratante de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do aludido plano ou seguro e de que este lhe foi oferecido;

II - a cobertura às doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde.

§ 2º É obrigatória cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente;

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

§ 3º Nas hipóteses previstas no parágrafo anterior, é vedado o estabelecimento de carências superiores a três dias úteis.

Art. 13. Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Aos planos ou seguros individuais ou familiares, aplicam-se as seguintes disposições:

I - o prazo mínimo de vigência contratual de um ano;

II - são vedadas:

a) a recontagem de carências;

b) a suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, a cada ano de vigência do contrato;

c) a denúncia unilateral durante a ocorrência de internação do titular.

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos ou seguros privados de assistência à saúde.

Art. 15. É facultada a variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos e seguros de que trata esta Lei em razão da idade do consumidor, desde que sejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajuste incidentes em cada uma delas, conforme critérios e parâmetros gerais fixados pelo CNSP.

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o *caput* para consumidores com mais de sessenta anos de idade, se já participarem do mesmo plano ou seguro, ou sucessor, há mais de dez anos.

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos e seguros tratados nesta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o *caput* do art. 15;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário ou segurado;

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - as modalidades do plano ou seguro;

- a) individual;
- b) familiar; ou
- c) coletivo;

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

X - a área geográfica de abrangência do plano ou seguro;

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

§ 1º A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais do plano ou seguro privado de assistência à saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

§ 2º A validade dos documentos a que alude o *caput* condiciona-se à aposição da rubrica do consumidor ao lado de cada um dos dispositivos indicados nos incisos I a XI deste artigo.

Art. 17. A inclusão como contratados ou credenciados dos planos privados de assistência à saúde, de qualquer hospital, casa de saúde, clínica, laboratório ou entidade correlata ou assemelhada de assistência à saúde implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

§ 1º É facultada a substituição do contratado ou credenciado a que se refere o *caput*, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores com trinta dias de antecedência.

§ 2º Na hipótese de a substituição a que se refere o parágrafo anterior ocorrer durante internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a mantê-lo internado e a operadora obriga-se ao pagamento das despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos:

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos;

III - a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com quantas operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde desejar, sendo expressamente vedado impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Art. 19. As pessoas jurídicas que, na data de vigência desta Lei, já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão o prazo de cento e oitenta dias, contado da expedição das normas pelo CNSP, para requererem a sua autorização de funcionamento.

Parágrafo único. O não cumprimento do disposto no *caput* deste artigo implica o pagamento de multa diária fixada pelo CNSP e aplicada pela SUSEP às operadoras de planos e seguros de que trata esta Lei.

Art. 20. As operadoras de planos ou seguros de que trata esta Lei são obrigadas a fornecer periodicamente ao Ministério da Saúde e à SUSEP informações e estatísticas, incluídas as de natureza cadastral, que permitam a identificação de seus consumidores, e de seus dependentes, consistentes de seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

Parágrafo único. Os servidores da SUSEP, no exercício de suas atividades, têm livre acesso às operadoras de planos privados de assistência à saúde, podendo requisitar e apreender livros, notas técnicas, processos e documentos, caracterizando-se como embaraço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, qualquer dificuldade oposta à consecução desse objetivo.

Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:

I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive;

II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso anterior, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladora da empresa.

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

Parágrafo único. A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo normas definidas pelo CNSP.

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial, previsto no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.

Art. 24. Sempre que ocorrer insuficiência nas garantias a que alude o inciso VII do art. 3º, ou anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, em qualquer operadora de planos privados de assistência à saúde, a SUSEP poderá nomear, por prazo não superior a cento e oitenta dias, um diretor-fiscal com as atribuições que serão fixadas de acordo com as normas baixadas pelo CNSP.

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal por administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem efeito suspensivo, para o CNSP.

§ 2º Os administradores da operadora que se encontrar em regime de direção fiscal serão suspensos do exercício de suas funções a partir do momento em que for instaurado processo-crime por atos ou fatos relativos à respectiva gestão, perdendo imediatamente o cargo na hipótese de condenação judicial transitada em julgado.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora e proporá à SUSEP as medidas cabíveis conforme previsto nesta Lei.

§ 4º O diretor-fiscal poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.

§ 5º No caso de não surtirem efeitos as medidas especiais para recuperação econômico-financeira, a SUSEP promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação por leilão da carteira das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei sujeitam a operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde;

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras.

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias referidas no inciso VII do art. 3º.

Art. 27. As multas serão fixadas pelo CNSP e aplicadas pela SUSEP, em função da gravidade da infração, até o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 19 desta Lei.

Parágrafo único. As multas constituir-se-ão em receitas da SUSEP.

Art. 28. Das decisões da SUSEP caberá recurso ao CNSP, no prazo de quinze dias, contado a partir do recebimento da intimação.

Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo ao CNSP dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias, prazos, perempção e outros atos processuais, assegurando-se à parte contrária amplo direito de defesa e ao contraditório.

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o

direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade patronal.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o *caput* será de um terço do tempo de permanência no plano ou seguro, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no *caput* é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 2º Cálculos periódicos para ajustes técnicos atuariais das mensalidades dos planos ou seguros coletivos considerarão todos os beneficiários neles incluídos, sejam eles ativos ou aposentados.

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras a que alude o art. 1º os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o *caput* será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, ou ao SUS, nos demais casos, mediante tabela a ser aprovada pelo CNSP, cujos valores não serão inferiores aos praticados pelo SUS e não superiores aos praticados pelos planos e seguros.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, a entidade prestadora ou o SUS, por intermédio do Ministério da Saúde, conforme o caso, enviará à operadora a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o trigésimo dia após a apresentação da fatura, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao Fundo Nacional de Saúde, conforme o caso.

§ 4º O CNSP, ouvida a Câmara de Saúde Suplementar, fixará normas aplicáveis aos processos de glosa dos procedimentos encaminhados conforme previsto no § 2º deste artigo.

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

Art. 34. As entidades que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei podem constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada ao consumidor com contrato já em curso a possibilidade de optar pelo sistema previsto nesta Lei.

§ 1º No prazo de até noventa dias a partir da obtenção da autorização de funcionamento prevista no art. 19, as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde adaptarão aos termos desta legislação todos os contratos celebrados com seus consumidores.

§ 2º A adaptação dos contratos a que se refere o parágrafo anterior não implica prejuízo ao consumidor no que concerne à contagem dos períodos de carência, dos prazos para atendimento de doenças preexistentes e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados os limites de cobertura previstos no contrato original.

Art. 36. Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

Brasília, 3 de junho de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros

Pedro Malan

Waldeck Ornélas

José Serra

LEI N° 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998,

MEDIDA PROVISÓRIA N.º 1.730-7, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1998.

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.

§ 1º Para os fins do disposto no **caput** deste artigo, consideram-se:

I - operadoras de planos privados de assistência à saúde: toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado, independente da forma jurídica de sua constituição, que ofereça tais planos mediante contraprestações pecuniárias, com atendimento em serviços próprios ou de terceiros; e

II - operadoras de seguros privados de assistência à saúde: as pessoas jurídicas constituídas e reguladas em conformidade com a legislação específica para a atividade de comercialização de seguros e que garantam a cobertura de riscos de assistência à saúde, mediante livre escolha pelo segurado do prestador do respectivo serviço e reembolso de despesas, exclusivamente.

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão.

§ 3º A assistência a que alude o **caput** deste artigo compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença e à recuperação, à manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos desta Lei e do contrato firmado entre as partes.

§ 4º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos e seguros privados de assistência à saúde.

§ 5º É vedada às pessoas físicas a operação de plano ou seguro privado de assistência à saúde.

Art. 2º Para o cumprimento das obrigações constantes do contrato, as pessoas jurídicas de que trata esta Lei poderão:

I - nos planos privados de assistência à saúde, manter serviços próprios, contratar ou credenciar pessoas físicas ou jurídicas legalmente habilitadas e reembolsar o beneficiário das despesas decorrentes de eventos cobertos pelo plano; e

II - nos seguros privados de assistência à saúde, reembolsar o segurado ou, ainda, pagar por ordem e conta deste, diretamente aos prestadores, livremente escolhidos pelo segurado, as despesas advindas de eventos cobertos, nos limites da apólice.

Parágrafo único. Nos seguros privados de assistência à saúde, e sem que isso implique o desvirtuamento do princípio da livre escolha dos segurados, as sociedades seguradoras podem apresentar relação de prestadores de serviços de assistência à saúde.

Art. 3º Sem prejuízo das atribuições previstas na legislação vigente e observadas, no que couber, as disposições expressas nas Leis nos 8.078, de 11 de setembro de 1990, e 8.080, de 19 de setembro de 1990, compete ao Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP dispor sobre:

I - a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

II - as condições técnicas aplicáveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde, de acordo com as suas peculiaridades;

III - as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

IV - as normas de contabilidade, atuariais e estatísticas, a serem observadas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

V - o capital e o patrimônio líquido das operadoras de planos privados de assistência à saúde, assim como a forma de sua subscrição e realização quando se tratar de sociedade anônima de capital;

VI - os limites técnicos das operações relacionadas com planos privados de assistência à saúde;

VII - os critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, ou fundos especiais ou seguros garantidores, a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

VIII - a direção fiscal, a liquidação extrajudicial e os procedimentos de recuperação financeira; e

IX - normas de aplicação de penalidades.

Parágrafo único. A regulamentação prevista neste artigo obedecerá às características específicas da operadora, mormente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

Art. 4º O art. 33 do Decreto-Lei n° 73, de 21 de novembro de 1966, alterado pela Lei n° 8.127, de 20 de dezembro de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 33. O Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP será integrado pelos seguintes membros:

I - Ministro de Estado da Fazenda, ou seu representante legal;

II - Ministro de Estado da Saúde, ou seu representante legal;

III - Ministro de Estado da Justiça, ou seu representante legal;

IV - Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, ou seu representante legal;

V - Presidente do Banco Central do Brasil, ou seu representante legal;

VI - Superintendente da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, ou seu representante legal;

VII - Presidente do Instituto de Resseguros do Brasil - IRB, ou seu representante legal.

§ 1º O Conselho será presidido pelo Ministro de Estado da Fazenda e, na sua ausência, pelo Superintendente da SUSEP.

§ 2º O CNSP terá seu funcionamento regulado em regimento interno."

Art. 5º Compete à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, de acordo com as diretrizes e resoluções do CNSP, sem prejuízo das atribuições previstas na legislação em vigor:

- I - autorizar o registro, os pedidos de funcionamento, cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- II - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao funcionamento dos planos privados de saúde;
- III - aplicar as penalidades cabíveis às operadoras de planos privados de assistência à saúde previstas nesta Lei;
- IV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde, segundo normas definidas pelo CNSP;
- V - proceder à liquidação das operadoras que tiverem cassada a autorização para funcionar no País;
- VI - promover a alienação da carteira de planos ou seguros das operadoras; e
- VII - manter o registro provisório de que trata o art. 19 até que sejam expedidas as normas do CNSP.

§ 1º REVOGADO

§ 2º REVOGADO

Art. 6º. REVOGADO

Art. 7º. REVOGADO

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento a que alude o inciso I do art. 5º, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer as seguintes exigências:

- I - registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto no art. 1º da Lei nº 6.839, de 30 de outubro de 1980;
- II - descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros;
- III - descrição de suas instalações e equipamentos destinados a prestação de serviços;
- IV - especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria;
- V - demonstração da capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados;
- VI - demonstração da viabilidade econômico-financeira dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras; e
- VII - especificação da área geográfica coberta pelo plano privado de assistência à saúde.

Parágrafo único. São dispensadas do cumprimento das condições estabelecidas:

- I - nos incisos I, II, III e V do **caput**, as operadoras de seguros privados a que alude o inciso II do § 1º do art. 1º desta Lei; e
- II - nos incisos VI e VII do **caput**, as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão, definidas no § 2º do art. 1º.

Art. 9º Após decorridos cento e vinte dias de vigência desta Lei e até que sejam definidas as normas do CNSP, as empresas de que trata o art. 1º só poderão comercializar ou operar planos ou seguros de assistência à saúde se estiverem provisoriamente cadastradas na SUSEP e com seus produtos registrados no Ministério da Saúde, de acordo com o disposto no art. 19.

§ 1º O descumprimento das formalidades previstas neste artigo não exclui a responsabilidade pelo cumprimento das disposições desta Lei e dos respectivos regulamentos.

§ 2º A SUSEP, por iniciativa própria ou a requerimento do Ministério da Saúde, poderá solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou de parte das condições dos planos apresentados.

Art. 10. É instituído o plano ou seguro-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-hospitalar-odontológica, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem ou centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

- I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;
- III - inseminação artificial;
- IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;
- V - fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;
- VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

VIII - REVOGADO

IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; e

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

§ 1º As exceções constantes dos incisos I a X serão objeto de regulamentação pelo CONSU.

§ 2º As operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano ou seguro referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

§ 3º Excluem-se da obrigatoriedade a que se refere o § 2º deste artigo as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as empresas que operem exclusivamente planos odontológicos.

§ 4º A amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta complexidade, serão definidos por normas editadas pelo CONSU.

Art. 11. É vedada a exclusão de cobertura às doenças e lesões preexistentes à data de contratação dos planos ou seguros de que trata esta Lei após vinte e quatro meses de vigência do aludido instrumento contratual, cabendo à respectiva operadora o ônus da prova e da demonstração do conhecimento prévio do consumidor.

Parágrafo único. É vedada a suspensão da assistência à saúde do consumidor, titular ou dependente, até a prova de que trata o **caput**, na forma da regulamentação a ser editada pelo CONSU.

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguros privados de assistência à saúde, nas segmentações previstas nos incisos de I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano ou seguro-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

- a) cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina; e
- b) cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, solicitados pelo médico assistente.

II - quando incluir internação hospitalar:

- a) cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos;
- b) cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva, ou similar, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente;
- c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar;
- e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, em território brasileiro, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato; e
- f) cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos.

III - quando incluir atendimento obstétrico:

- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; e
- b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, no plano ou seguro como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento.

IV - quando incluir atendimento odontológico:

- a) cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;
- b) cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia; e
- c) cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.

V - quando fixar períodos de carência:

- a) prazo máximo de trezentos dias para partos a termo;
- b) prazo máximo de cento e oitenta dias para os demais casos; e
- c) prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência.

VI - reembolso, em todos os tipos de plano ou seguro, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário, titular ou dependente, com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelas operadoras definidas no art. 1º, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo plano ou seguro, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega à operadora da documentação adequada; e

VII - inscrição de filho adotivo, menor de doze anos de idade, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo consumidor adotante.

§ 1º Após cento e vinte dias da vigência desta Lei, fica proibido o oferecimento de planos ou seguros de saúde fora das segmentações de que trata este artigo, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação.

§ 2º A partir de 3 de dezembro de 1999, da documentação relativa à contratação de planos e seguros de assistência à saúde, nas segmentações de que trata este artigo, deverá constar declaração em separado do consumidor contratante, de que tem conhecimento da existência e disponibilidade do plano ou seguro-referência, e de que este lhe foi oferecido.

Art. 13. Os contratos de planos e seguros privados de assistência à saúde têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os planos ou seguros contratados individualmente terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

I - a recontagem de carências;

II - a suspensão do contrato e a denúncia unilateral, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e

III - a suspensão e a denúncia unilateral, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

Art. 14. Em razão da idade do consumidor, ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar de planos ou seguros privados de assistência à saúde.

Art. 15. A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de planos e seguros de que trata esta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pelo CNSP, a partir de critérios e parâmetros gerais fixados pelo CONSU.

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o **caput** para consumidores com mais de sessenta anos de idade, se já participarem do mesmo plano ou seguro, ou sucessor, há mais de dez anos.

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos planos e seguros tratados nesta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

I - as condições de admissão;

II - o início da vigência;

III - os períodos de carência para consultas, internações, procedimentos e exames;

IV - as faixas etárias e os percentuais a que alude o **caput** do art. 15;

V - as condições de perda da qualidade de beneficiário ou segurado;

VI - os eventos cobertos e excluídos;

VII - as modalidades do plano ou seguro:

a) individual;

b) familiar; ou

c) coletivo.

VIII - a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica;

IX - os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária;

X - a área geográfica de abrangência do plano ou seguro;

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias; e

XII - número do certificado de registro da operadora, emitido pela SUSEP.

§ 1º A todo consumidor titular de plano individual ou familiar será obrigatoriamente entregue, quando de sua inscrição, cópia do contrato, do regulamento ou das condições gerais do plano ou seguro privado de assistência à saúde, além de material explicativo que descreva, em linguagem simples e precisa, todas as suas características, direitos e obrigações.

§ 2º REVOGADO

Art. 17. A inclusão como contratados, referenciados ou credenciados dos planos e seguros privados de assistência à saúde, de qualquer entidade hospitalar, implica compromisso para com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos.

§ 1º É facultada a substituição do prestador hospitalar a que se refere o **caput** deste artigo, desde que por outro equivalente e mediante comunicação aos consumidores e ao Ministério da Saúde com trinta dias de antecedência, ressalvados desse prazo mínimo os casos decorrentes de rescisão por fraude ou infração das normas sanitárias e fiscais em vigor.

§ 2º Na hipótese de substituição do estabelecimento hospitalar, a que se refere o parágrafo anterior, ocorrer por vontade da operadora durante período de internação do consumidor, o estabelecimento obriga-se a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar, a critério médico, na forma do contrato.

§ 3º Excetuam-se do previsto no parágrafo anterior os casos de substituição do estabelecimento hospitalar por infração às normas sanitárias em vigor durante período de internação, quando a operadora arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o consumidor.

§ 4º Em caso de redimensionamento da rede hospitalar por redução, as empresas deverão solicitar ao Ministério da Saúde autorização expressa para tal, informando:

I - nome da entidade a ser excluída;

II - capacidade operacional a ser reduzida com a exclusão;

III - impacto sobre a massa assistida, a partir de parâmetros universalmente aceitos, correlacionando a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante; e

IV - justificativa para a decisão, observando a obrigatoriedade de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor.

Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado ou credenciado de uma operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, impõe-lhe as seguintes obrigações e direitos:

I - o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano;

II - a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de forma a atender às necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, assim como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos; e

III - a manutenção de relacionamento de contratação ou credenciamento com número ilimitado de operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, sendo expressamente vedado às operadoras impor contratos de exclusividade ou de restrição à atividade profissional.

Parágrafo único. Os prestadores de serviço ou profissionais de saúde não poderão manter contrato ou credenciamento com operadoras de planos ou seguros de saúde que não tiverem registros para funcionamento e comercialização conforme previsto nesta Lei, sob pena de responsabilidade por atividade irregular.

Art. 19. Para cumprimento das normas de que trata o art. 3º, as pessoas jurídicas que já atuavam como operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde terão prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação da regulamentação do CNSP para requerer a sua autorização definitiva de funcionamento.

§ 1º Até que sejam expedidas as normas do CNSP, serão mantidos registros provisórios das empresas na SUSEP e registros provisórios dos produtos na Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, com a finalidade de autorizar a comercialização de planos e seguros a partir de 2 de janeiro de 1999.

§ 2º Para o registro provisório da empresa, as operadoras de planos ou seguros deverão apresentar à SUSEP os seguintes documentos:

I - registro do documento de constituição da empresa;

II - nome fantasia;

III - CGC;

IV - endereço;

V - telefone, fax e e-mail; e

VI - principais dirigentes da empresa e nome dos cargos que ocupam.

§ 3º Para registro provisório dos produtos a serem comercializados, deverão ser apresentados ao Ministério da Saúde, para cada plano ou seguro, os seguintes dados:

I - razão social da operadora;

II - CGC da operadora;

III - nome do produto (plano ou seguro saúde);

IV - segmentação da assistência (ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, odontológica, referência);

V - tipo de contratação (individual/familiar; coletivo empresarial e coletivo por adesão);

VI - âmbito geográfico de cobertura;

VII - faixas etárias e respectivos preços;

VIII - rede hospitalar própria por município (para segmentações hospitalar e referência); e

IX - rede hospitalar contratada por município (para segmentações hospitalar e referência).

§ 4º Os procedimentos administrativos para registro provisório dos produtos serão tratados em norma específica do Ministério da Saúde.

§ 5º Independentemente do cumprimento, por parte da operadora, das formalidades de cadastramento e registro provisórios, ou da conformidade dos textos das condições gerais ou dos instrumentos contratuais, ficam garantidos, a todos os usuários de planos ou seguros contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, todos os benefícios de acesso e cobertura previstos nesta Lei e em seus regulamentos, para cada segmentação definida no art. 12.

§ 6º O não-cumprimento do disposto neste artigo implica o pagamento de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) aplicada pela SUSEP às operadoras de planos e seguros de que trata esta Lei.

§ 7º Estarão igualmente sujeitas ao cadastramento e registro de produtos provisórios, as pessoas jurídicas que forem iniciar operação de planos ou seguros de saúde a partir de 8 de dezembro de 1998.

Art. 20. As operadoras de planos ou seguros de que trata esta Lei são obrigadas a fornecer periodicamente ao Ministério da Saúde e à SUSEP informações e estatísticas, incluídas as de natureza cadastral, que permitam a identificação de seus consumidores, e de seus dependentes, consistentes de seus nomes, inscrições no Cadastro de Pessoas Físicas dos titulares e Municípios onde residem, para fins do disposto no art. 32.

§ 1º Os servidores da SUSEP, no exercício de suas atividades, têm livre acesso às operadoras de planos privados de assistência à saúde, podendo requisitar e apreender livros, notas técnicas, processos e documentos, caracterizando-se como embarço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, qualquer dificuldade oposta à consecução desse objetivo.

§ 2º Os servidores do Ministério da Saúde, especialmente designados pelo titular desse órgão para o exercício das atividades de fiscalização, na área de sua competência, têm livre acesso às operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, podendo requisitar e apreender processos, contratos com prestadores de serviços, manuais de rotina operacional e demais documentos, caracterizando-se como embarço à fiscalização, sujeito às penas previstas na lei, qualquer dificuldade oposta à consecução desse objetivo.

Art. 21. É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde realizar quaisquer operações financeiras:

I - com seus diretores e membros dos conselhos administrativos, consultivos, fiscais ou assemelhados, bem como com os respectivos cônjuges e parentes até o segundo grau, inclusive; e

II - com empresa de que participem as pessoas a que se refere o inciso anterior, desde que estas sejam, em conjunto ou isoladamente, consideradas como controladora da empresa.

Art. 22. As operadoras de planos privados de assistência à saúde submeterão suas contas a auditores independentes, registrados no respectivo Conselho Regional de Contabilidade e na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, publicando, anualmente, o parecer respectivo, juntamente com as demonstrações financeiras determinadas pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976.

Parágrafo único. A auditoria independente também poderá ser exigida quanto aos cálculos atuariais, elaborados segundo normas definidas pelo CNSP.

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem requerer concordata e não estão sujeitas a falência, mas tão-somente ao regime de liquidação extrajudicial, previsto no Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966.

Art. 24. Sempre que ocorrer insuficiência nas garantias a que alude o inciso VII do art. 3º, ou anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves, em qualquer operadora de planos privados de assistência à saúde, a SUSEP poderá nomear, por prazo não superior a cento e oitenta dias, um diretor-fiscal com as atribuições que serão fixadas de acordo com as normas baixadas pelo CNSP.

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-fiscal por administradores, conselheiros ou empregados da operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório, sem efeito suspensivo, para o CNSP.

§ 2º Os administradores da operadora que se encontrar em regime de direção fiscal serão suspensos do exercício de suas funções a partir do momento em que for instaurado processo-crime por atos ou fatos relativos à respectiva gestão, perdendo imediatamente o cargo na hipótese de condenação judicial transitada em julgado.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-fiscal procederá à análise da organização administrativa e da situação econômico-financeira da operadora e proporá à SUSEP as medidas cabíveis conforme previsto nesta Lei.

§ 4º O diretor-fiscal poderá propor a transformação do regime de direção em liquidação extrajudicial.

§ 5º No caso de não surtirem efeitos as medidas especiais para recuperação econômico-financeira, a SUSEP promoverá, no prazo máximo de noventa dias, a alienação por leilão da carteira das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 25. As infrações dos dispositivos desta Lei sujeitam a operadora de planos ou seguros privados de assistência à saúde, seus administradores, membros de conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados às seguintes penalidades, sem prejuízo de outras estabelecidas na legislação vigente:

I - advertência;

II - multa pecuniária;

III - suspensão do exercício do cargo;

IV - inabilitação temporária para exercício de cargos em operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde;

V - inabilitação permanente para exercício de cargos de direção ou em conselhos das operadoras a que se refere esta Lei, bem como em entidades de previdência privada, sociedades seguradoras, corretoras de seguros e instituições financeiras; e

VI - cancelamento, providenciado pela SUSEP, da autorização de funcionamento e alienação da carteira da operadora mediante leilão.

Art. 26. Os administradores e membros dos conselhos administrativos, deliberativos, consultivos, fiscais e assemelhados das operadoras de que trata esta Lei respondem solidariamente pelos prejuízos causados a terceiros, inclusive aos acionistas, cotistas, cooperados e consumidores, conforme o caso, em consequência do descumprimento de leis, normas e instruções referentes às operações previstas na legislação e, em especial, pela falta de constituição e cobertura das garantias obrigatórias referidas no inciso VII do art. 3º.

Art. 27. As multas fixadas pelo CNSP, no âmbito de suas atribuições e em função da gravidade da infração, serão aplicadas pela SUSEP, até o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 19 desta Lei.

Parágrafo único. As multas de que trata o **caput** constituir-se-ão em receitas da SUSEP.

Art. 28. Das decisões da SUSEP caberá recurso ao CNSP, no prazo de quinze dias, contado a partir do recebimento da intimação.

Art. 29. As infrações serão apuradas mediante processo administrativo que tenha por base o auto de infração, a representação ou a denúncia positiva dos fatos irregulares, cabendo ao CNSP e ao CONSU, observadas suas respectivas atribuições, dispor sobre normas para instauração, recursos e seus efeitos, instâncias, prazos, perempção e outros atos processuais, assegurando-se à parte contrária amplo direito de defesa e o contraditório.

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma também o pagamento da parcela anteriormente de responsabilidade patronal.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o **caput** será de um terço do tempo de permanência no plano ou seguro, ou sucessor, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no **caput** deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerado contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar.

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivo de assistência à saúde, decorrente de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para plano ou seguro coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no **caput** é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

§ 2º REVOGADO

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do artigo anterior.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras, as quais alude o art. 1º, de acordo com normas a serem definidas pelo CONSU, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º O ressarcimento a que se refere o **caput** será efetuado pelas operadoras diretamente à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao Sistema Único de Saúde - SUS nos demais casos, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pelo CONSU.

§ 2º Para a efetivação do ressarcimento, os gestores do SUS disponibilizarão às operadoras a discriminação dos procedimentos realizados para cada consumidor.

§ 3º A operadora efetuará o ressarcimento até o trigésimo dia após a apresentação da fatura, creditando os valores correspondentes à entidade prestadora ou ao respectivo fundo de saúde, conforme o caso.

§ 4º O CONSU fixará normas aplicáveis ao processo de glosa ou impugnação dos procedimentos encaminhados, conforme previsto no § 2º deste artigo.

§ 5º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelos planos e seguros.

Art. 33. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pelo plano, é garantido ao consumidor o acesso à acomodação, em nível superior, sem ônus adicional.

Art. 34. As entidades que executam outras atividades além das abrangidas por esta Lei podem constituir pessoas jurídicas independentes, com ou sem fins lucrativos, especificamente para operar planos de assistência à saúde, na forma da legislação em vigor e em especial desta Lei e de seus regulamentos.

Art. 35. Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada ao consumidor com contrato já em curso a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei, observado o prazo estabelecido no § 1º.

§ 1º A adaptação aos termos desta legislação de todos os contratos celebrados anteriormente à vigência desta Lei, bem como daqueles celebrados entre 2 de setembro e 30 de dezembro de 1998, dar-se-á no prazo máximo de quinze meses a partir da data da vigência desta Lei, sem prejuízo do disposto no art. 35-H.

§ 2º A adaptação dos contratos não implica nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios previstos nos arts. 30 e 31 desta Lei, observados os limites de cobertura previstos no contrato original.

Art. 35-A. Fica criado o Conselho de Saúde Suplementar - CONSU, órgão colegiado integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico e, em especial:

I - regulamentar as atividades das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde no que concerne aos conteúdos e modelos assistenciais, adequação e utilização de tecnologias em saúde;

II - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto nesta Lei;

III - fixar as diretrizes para a cobertura assistencial;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - fixar, no âmbito de sua competência, as normas de fiscalização, controle e aplicação de penalidades previstas nesta Lei;

VII - estabelecer normas para intervenção técnica nas operadoras;

VIII - estabelecer as condições mínimas, de caráter técnico-operacional dos serviços de assistência à saúde;

IX - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;

X - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas empresas de assistência médica suplementar, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

XI - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

XII - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistente;

XIII - qualificar, para fins de aplicação desta Lei, as operadoras de planos privados de saúde; e

XIV - outras questões relativas à saúde suplementar.

§ 1º O CONSU terá o seu funcionamento regulado em regimento interno.

§ 2º A regulamentação prevista neste artigo obedecerá às características específicas da operadora, mormente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

Art. 35-B. O CONSU será integrado pelos seguintes membros ou seus representantes:

I - Ministro de Estado da Saúde;

II - Ministro de Estado da Fazenda;

III - Ministro de Estado da Justiça;

IV - Superintendente da SUSEP; e

V - do Ministério da Saúde:

a) Secretário de Assistência à Saúde; e

b) Secretário de Políticas de Saúde.

§ 1º O CONSU será presidido pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência, pelo Secretário-Executivo do respectivo Ministério.

§ 2º O Secretário de Assistência à Saúde, ou representante por ele especialmente designado, exercerá a função de Secretário do Conselho.

§ 3º Fica instituída, no âmbito do CONSU, a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo, integrada:

I - por um representante de cada Ministério a seguir indicado:

a) da Saúde, na qualidade de seu Presidente;

b) da Fazenda;

c) da Previdência e Assistência Social;

d) do Trabalho; e

e) da Justiça.

II - pelo Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, ou seu representante, na qualidade de Secretário;

III - pelo Superintendente da SUSEP, ou seu representante;

IV - por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicados:

a) Conselho Nacional de Saúde;

b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;

c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;

d) Conselho Federal de Medicina;

e) Conselho Federal de Odontologia;

f) Federação Brasileira de Hospitais; e

g) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços.

V - por um representante de cada entidade a seguir indicada:

- a) de defesa do consumidor;
- b) de representação de associações de consumidores de planos e seguros privados de assistência à saúde;
- c) de representação das empresas de seguro de saúde;
- d) de representação do segmento de autogestão de assistência à saúde;
- e) de representação das empresas de medicina de grupo;
- f) de representação das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
- g) de representação das instituições filantrópicas de assistência à saúde;
- h) de representação das empresas de odontologia de grupo;
- i) de representação das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na saúde suplementar; e
- j) de representação do Fórum Nacional de Entidades de Portadores de Patologias e Deficiências do consumidor.

§ 4º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Ministro de Estado da Saúde.

Art. 35-C. Compete ao Ministério da Saúde, sem prejuízo das atribuições previstas na legislação em vigor:

I - formular e propor ao CONSU as normas de procedimentos relativos à prestação de serviços pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde;

II - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde;

III - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos e seguros privados de saúde e garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

IV - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

V - fiscalizar questões concernentes às coberturas e aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

VI - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde, com a finalidade de preservar a qualidade da atenção à saúde;

VII - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços próprios, referenciados, contratados ou conveniados oferecidos pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde;

VIII - fiscalizar o cumprimento das normas estabelecidas pelo CONSU;

IX - aplicar as penalidades cabíveis às operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde previstas nesta Lei, segundo as normas fixadas pelo CONSU; e

X - manter o registro provisório de que trata o § 1º do art. 19, até que sejam expedidas as normas do CNSP.

Art. 35-D. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e

II - de urgência, assim entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

Parágrafo único. O CONSU fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos e prazos de adaptação previstos no art. 35.

Art. 35-E. Sempre que ocorrerem graves deficiências em relação aos parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras, o Ministério da Saúde poderá designar, por prazo não superior a cento e oitenta dias, um diretor-técnico com as atribuições que serão fixadas de acordo com as normas baixadas pelo CONSU.

§ 1º O descumprimento das determinações do diretor-técnico por administradores, conselheiros ou empregados da entidade operadora de planos privados de assistência à saúde acarretará o imediato afastamento do infrator, sem prejuízo das sanções penais cabíveis, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, sem efeito suspensivo, para o CONSU.

§ 2º Os administradores da operadora que se encontrarem em regime de direção-técnica ficarão suspensos do exercício de suas funções a partir do momento em que for instaurado processo-crime em face de atos ou fatos relativos à respectiva gestão, perdendo imediatamente o cargo na hipótese de condenação judicial transitada em julgado.

§ 3º No prazo que lhe for designado, o diretor-técnico procederá à análise da situação da operadora e proporá ao Ministério da Saúde as medidas cabíveis.

§ 4º No caso de não surtirem efeitos as medidas especiais para regularização da operadora, o Ministério da Saúde determinará à SUSEP a aplicação da penalidade prevista no art. 25, inciso VI, desta Lei.

§ 5º Antes da adoção da medida prevista no parágrafo anterior, o Ministério da Saúde assegurará ao infrator o contraditório e a ampla defesa.

Art. 35-F. As multas fixadas pelo CONSU, no âmbito de suas atribuições e em função da gravidade da infração, serão aplicadas pelo Ministério da Saúde, até o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

Art. 35-G. Aplica-se às operadoras de planos de assistência à saúde a taxa de fiscalização instituída pela Lei no 7.944, de 20 de dezembro de 1989.

§ 1º O Ministério da Saúde e a SUSEP firmarão convênio com o objetivo de definir as respectivas atribuições, no que se refere à fiscalização das operadoras de planos e seguros de saúde.

§ 2º O convênio de que trata o parágrafo anterior estipulará o percentual de participação do Ministério da Saúde na receita da taxa de fiscalização incidente sobre operadoras de planos de saúde e fixará as condições dos respectivos repasses.

Art. 35-H. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

I - qualquer variação na contraprestação pecuniária para consumidores com mais de sessenta anos de idade estará sujeita à autorização prévia da SUSEP;

II - a alegação de doença ou lesão preexistente estará sujeita à prévia regulamentação da matéria pelo CONSU;

III - é vedada a suspensão ou denúncia unilateral de contrato individual ou familiar de plano ou seguro de assistência à saúde por parte da operadora, salvo o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 desta Lei; e

IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

§ 1º Nos contratos individuais de planos ou seguros de saúde, independentemente da data de sua celebração, e pelo prazo estabelecido no § 1º do art. 35 desta Lei, a aplicação de cláusula de reajuste das contraprestações pecuniárias, vinculadas à sinistralidade ou à variação de custos, dependerá de prévia aprovação da SUSEP.

§ 2º O disposto no art. 35 desta Lei aplica-se sem prejuízo do estabelecido neste artigo.
Brasília, de de 1998; 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

LEI Nº 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000.

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências

(ALTERADA PELA MP Nº 2.177-44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001).

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I**DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA**

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

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Art. 2º Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do

Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.

Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.

Art. 3º A ANS terá 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, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Art. 4º Compete à ANS:

- I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar – Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;
- II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
- III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e suas excepcionalidades;
- IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;
- VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
- VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;
- IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;
- X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;
- XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998;
- XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

- XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;
- XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;
- XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;
- XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
- XX - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;
- XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
- XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994;
- XXIII - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;
- XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XXV - 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;
- XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
- XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
- XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
- XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;
- XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;
- XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;
- XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;
- XXXIV – proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- XXXV – determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;
- XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;
- XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
- XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei.
- XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;

XL – definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira.

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, 3 de junho de 1998, incluindo:

- a) conteúdos e modelos assistenciais;
- b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
- c) direção fiscal ou técnica;
- d) liquidação extrajudicial;
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
- f) normas de aplicação de penalidades;
- g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços.

§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

§ 3º Revogado

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.

Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.

Art. 6º A gestão da ANS será exercida pela Diretoria Colegiada, composta por até cinco Diretores, sendo um deles o seu Diretor-Presidente.

Parágrafo único. Os Diretores serão brasileiros, indicados e nomeados pelo Presidente da República após aprovação prévia pelo Senado Federal, nos termos do art. 52, III, "f", da Constituição Federal, para cumprimento de mandato de três anos, admitida uma única recondução.

Art. 7º O Diretor-Presidente da ANS será designado pelo Presidente da República, dentre os membros da Diretoria Colegiada, e investido na função por três anos, ou pelo prazo restante de seu mandato, admitida uma única recondução por três anos.

Art. 8º Após os primeiros quatro meses de exercício, os dirigentes da ANS somente

perderão o mandato em virtude de:

- I - condenação penal transitada em julgado;
- II - condenação em processo administrativo, a ser instaurado pelo Ministro de Estado da Saúde, assegurados o contraditório e a ampla defesa;
- III - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas; e
- IV - descumprimento injustificado de objetivos e metas acordados no contrato de gestão de que trata o Capítulo III desta Lei.

§ 1º Instaurado processo administrativo para apuração de irregularidades, poderá o Presidente da República, por solicitação do Ministro de Estado da Saúde, no interesse da Administração, determinar o afastamento provisório do dirigente, até a conclusão.

§ 2º O afastamento de que trata o § 1º não implica prorrogação ou permanência no cargo além da data inicialmente prevista para o término do mandato.

Art. 9º Até doze meses após deixar o cargo, é vedado a ex-dirigente da ANS:

I - representar qualquer pessoa ou interesse perante a Agência, excetuando-se os interesses próprios relacionados a contrato particular de assistência à saúde suplementar, na condição de contratante ou consumidor;

II - deter participação, exercer cargo ou função em organização sujeita à regulação da ANS.

Art. 10. Compete à Diretoria Colegiada:

I - exercer a administração da ANS;

II - editar normas sobre matérias de competência da ANS;

III - aprovar o regimento interno da ANS e definir a área de atuação de cada Diretor;

IV - cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar;

V - elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades;

VI - julgar, em grau de recurso, as decisões dos Diretores, mediante provocação dos interessados;

VII - encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes.

§ 1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes.

§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa.

§ 3º O recurso a que se refere o § 2º terá efeito suspensivo, salvo quando a matéria que lhe constituir o objeto envolver risco à saúde dos consumidores.

Art. 11. Compete ao Diretor-Presidente:

I - representar legalmente a ANS;

II - presidir as reuniões da Diretoria Colegiada;

III - cumprir e fazer cumprir as decisões da Diretoria Colegiada;

IV - decidir nas questões de urgência *ad referendum* da Diretoria Colegiada;

V - decidir, em caso de empate, nas deliberações da Diretoria Colegiada;

VI - nomear ou exonerar servidores, provendo os cargos efetivos, em comissão e funções confiança, e exercer o poder disciplinar, nos termos da legislação em vigor;

VII - encaminhar ao Ministério da Saúde e ao Consu os relatórios periódicos elaborados pela Diretoria Colegiada;

VIII - assinar contratos e convênios, ordenar despesas e praticar os atos de gestão necessários ao alcance dos objetivos da ANS.

Art. 12. São criados os cargos em comissão de Natureza Especial, do Grupo-Direção e

Assessoramento Superiores - DAS e os Cargos Comissionados de Saúde Suplementar - CCSS, com a finalidade de integrar a estrutura da ANS, relacionados no Anexo I desta Lei.

§ 1º Os cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS serão exercidos, preferencialmente, por integrantes do quadro de pessoal da autarquia.

§ 2º Do total de CCSS, no mínimo noventa por cento são de ocupação exclusiva de empregados do quadro efetivo, cabendo à Diretoria Colegiada dispor sobre o provimento dos dez por cento restantes.

§ 3º Enquanto não estiverem completamente preenchidas as vagas do quadro de pessoal efetivo da ANS, os cargos de que trata o *caput* poderão ser ocupados por pessoal requisitado de outros órgãos e entidades da administração pública, devendo essa ocupação ser reduzida no prazo máximo de cinco anos.

§ 4º O servidor ou empregado investido em CCSS perceberá os vencimentos do cargo efetivo, acrescidos do valor do cargo comissionado para o qual tiver sido designado.

§ 5º Cabe à Diretoria Colegiada dispor sobre a realocação dos quantitativos e distribuição dos CCSS dentro de sua estrutura organizacional, observados os níveis hierárquicos, os valores de retribuição correspondentes e o respectivo custo global estabelecidos no Anexo I.

§ 6º A designação para CCSS é inacumulável com a designação ou nomeação para qualquer outra forma de comissionamento, cessando o seu pagamento durante as situações de afastamento do servidor, inclusive aquelas consideradas de efetivo exercício, ressalvados os períodos a que se referem os incisos I, IV, VI e VIII do art. 102 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, com as alterações da Lei nº 9.527, de 10 de dezembro de 1997.

Art. 13. A Câmara de Saúde Suplementar será integrada:

I - pelo Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;

II - por um diretor da ANS, na qualidade de Secretário;

III - por um representante de cada Ministério a seguir indicado:

a) da Fazenda;

b) da Previdência e Assistência Social;

c) do Trabalho e Emprego;

d) da Justiça;

e) da Saúde;

IV - por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicados:

a) Conselho Nacional de Saúde;

b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;

c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;

d) Conselho Federal de Medicina;

e) Conselho Federal de Odontologia;

f) Conselho Federal de Enfermagem;

g) Federação Brasileira de Hospitais;

h) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;

i) Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas;

j) Confederação Nacional da Indústria;

l) Confederação Nacional do Comércio;

m) Central Única dos Trabalhadores;

n) Força Sindical;

o) Social Democracia Sindical;

p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;

q) Associação Médica Brasileira.

V - por um representante de cada entidade a seguir indicada:

a) do segmento de auto-gestão de assistência à saúde;

- b) das empresas de medicina de grupo;
- c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
- d) das empresas de odontologia de grupo;
- e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;

VI – por dois representantes de entidades a seguir indicadas:

- a) de defesa do consumidor;
- b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;
- c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.

§ 1º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS.

§ 2º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar.

CAPÍTULO III

DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 14. A administração da ANS será regida por um contrato de gestão, negociado entre Diretor-Presidente e o Ministro de Estado da Saúde e aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar, no prazo máximo de cento e vinte dias seguintes à designação do Diretor-Presidente da autarquia.

Parágrafo único. O contrato de gestão estabelecerá os parâmetros para a administração interna da ANS, bem assim os indicadores que permitam avaliar, objetivamente, a sua atuação administrativa e o seu desempenho.

Art. 15. O descumprimento injustificado do contrato de gestão implicará a dispensa do Diretor-Presidente, pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministro de Estado da Saúde.

CAPÍTULO IV

DO PATRIMÔNIO, DAS RECEITAS E DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 16. Constituem patrimônio da ANS os bens e direitos de sua propriedade, os que lhe forem conferidos ou os que venha a adquirir ou incorporar.

Art. 17. Constituem receitas da ANS:

- I - o produto resultante da arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar de que trata o art. 18;
- II - a retribuição por serviços de quaisquer natureza prestados a terceiros;
- III - o produto da arrecadação das multas resultantes das suas ações fiscalizadoras;
- IV - o produto da execução da sua dívida ativa;
- V - as dotações consignadas no Orçamento-Geral da União, créditos especiais, créditos adicionais, transferências e repasses que lhe forem conferidos;
- VI - os recursos provenientes de convênios, acordos ou contratos celebrados com entidades ou organismos nacionais e internacionais;
- VII - as doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados;
- VIII - os valores apurados na venda ou aluguel de bens móveis e imóveis de sua propriedade;
- IX - o produto da venda de publicações, material técnico, dados e informações;
- X - os valores apurados em aplicações no mercado financeiro das receitas previstas neste artigo, na forma definida pelo Poder Executivo;
- XI - quaisquer outras receitas não especificadas nos incisos I a X deste artigo.

Parágrafo único. Os recursos previstos nos incisos I a IV e VI a XI deste artigo serão

creditados diretamente à ANS, na forma definida pelo Poder Executivo.

Art. 18. É instituída a Taxa de Saúde Suplementar, cujo fato gerador é o exercício pela ANS do poder de polícia que lhe é legalmente atribuído.

Art. 19. São sujeitos passivos da Taxa de Saúde Suplementar as pessoas jurídicas, condomínios ou consórcios constituídos sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que operem produto, serviço ou contrato com a finalidade de garantir a assistência à saúde visando a assistência médica, hospitalar ou odontológica.

Art. 20. A Taxa de Saúde Suplementar será devida:

I - por plano de assistência à saúde, e seu valor será o produto da multiplicação de R\$ 2,00 (dois reais) pelo número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano, de acordo com as Tabelas I e II do Anexo II desta Lei;

II - por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação conforme os valores constantes da Tabela que constitui o Anexo III desta Lei.

§ 1º Para fins do cálculo do número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I deste artigo, não serão incluídos os maiores de sessenta anos.

§ 2º Para fins do inciso I deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida anualmente e recolhida até o último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho, setembro e dezembro e de acordo com o disposto no regulamento da ANS.

§ 3º Para fins do inciso II deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida quando da protocolização do requerimento e de acordo com o regulamento da ANS.

§ 4º Para fins do inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes ao produto ou à operadora que não produzam conseqüências para o consumidor ou o mercado de saúde suplementar, conforme disposto em resolução da Diretoria Colegiada da ANS, poderão fazer jus a isenção ou redução da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.

§ 5º Até 31 de dezembro de 2000, os valores estabelecidos no Anexo III desta Lei sofrerão um desconto de 50% (cinquenta por cento).

§ 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde – SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.

§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinquenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS.

§ 8º As operadoras com número de usuários inferior a vinte mil poderão optar pelo recolhimento em parcela única no mês de março, fazendo jus a um desconto de cinco por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, além dos descontos previstos nos §§ 6º e 7º, conforme dispuser a ANS.

§ 9º Os valores constantes do Anexo III desta Lei ficam reduzidos em cinquenta por cento, no caso das empresas com número de usuários inferior a vinte mil.

§ 10. Para fins do disposto no inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes a produtos ou a operadoras, até edição da norma correspondente aos seus registros definitivos, conforme o disposto na Lei nº 9.656, de 1998, ficam isentos da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.

§ 11. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, nos casos de alienação compulsória de carteira, as operadoras de planos privados de assistência à saúde adquirentes ficam isentas de pagamento da respectiva Taxa de Saúde Suplementar, relativa aos beneficiários integrantes daquela carteira, pelo prazo de cinco anos.

Art. 21. A Taxa de Saúde Suplementar não recolhida nos prazos fixados será cobrada com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora, na via administrativa ou judicial, contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de 1% a.m. (um por cento ao mês) ou fração de mês;

II - multa de mora de 10% (dez por cento).

§ 1º Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária.

§ 2º Além dos acréscimos previstos nos incisos I e II deste artigo, o não recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar implicará a perda dos descontos previstos nesta Lei.

Art. 22. A Taxa de Saúde Suplementar será devida a partir de 1º de janeiro de 2000.

Art. 23. A Taxa de Saúde Suplementar será recolhida em conta vinculada à ANS.

Art. 24. Os valores cuja cobrança seja atribuída por lei à ANS e apurados administrativamente, não recolhidos no prazo estipulado, serão inscritos em dívida ativa da própria ANS e servirão de título executivo para cobrança judicial na forma da lei.

Art. 25. A execução fiscal da dívida ativa será promovida pela Procuradoria da ANS.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 26. A ANS poderá contratar especialistas para a execução de trabalhos nas áreas técnica, científica, administrativa, econômica e jurídica, por projetos ou prazos limitados, observada a legislação em vigor.

Art. 27. A ANS poderá requisitar, com ônus e para ocupação de cargos comissionados, servidores e empregados de órgãos e entidades integrantes da Administração Pública Federal.

Parágrafo único. Durante os primeiros trinta e seis meses subseqüentes à sua instalação, a ANS poderá:

I - requisitar servidores e empregados de órgãos e entidades públicos, independentemente da função ou atividade a ser exercida;

II - complementar a remuneração do servidor ou empregado requisitado, até o limite da remuneração do cargo efetivo ou emprego ocupado no órgão ou na entidade de origem, quando a requisição implicar redução dessa remuneração.

Art. 28. Nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, é a ANS autorizada a efetuar contratação temporária por prazo não excedente a trinta e seis meses, a contar de sua instalação.

§ 1º Para os fins do disposto no *caput* deste artigo, são consideradas necessidades temporárias de excepcional interesse público as atividades relativas à implementação, ao acompanhamento e à avaliação de atividades, projetos e programas de caráter finalístico na área de regulação da saúde suplementar, suporte administrativo e jurídico imprescindíveis à implantação da ANS.

§ 2º A contratação de pessoal temporário poderá ser efetivada à vista de notória capacidade técnica ou científica do profissional, mediante análise do *curriculum vitae*.

§ 3º As contratações temporárias serão feitas por tempo determinado e observado o prazo máximo de doze meses, podendo ser prorrogadas desde que sua duração não ultrapasse o termo final da autorização de que trata o *caput*.

§ 4º A remuneração do pessoal contratado temporariamente terá como referência valores definidos em ato conjunto da ANS e do órgão central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - Sipec.

§ 5º Aplica-se ao pessoal contratado temporariamente pela ANS o disposto nos arts. 5º e 6º, no parágrafo único do art. 7º, nos arts. 8º, 9º, 10, 11, 12 e 16 da Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993.

Art. 29. É vedado à ANS requisitar pessoal com vínculo empregatício ou contratual junto a entidades sujeitas à sua ação reguladora, bem assim os respectivos responsáveis, ressalvada a participação em comissões de trabalho criadas com fim específico, duração determinada e não integrantes da sua estrutura organizacional.

Parágrafo único. Excetuam-se da vedação prevista neste artigo os empregados de empresas públicas e sociedades de economia mista que mantenham sistema de assistência à saúde na modalidade de autogestão.

Art. 30. Durante o prazo máximo de cinco anos, contado da data de instalação da ANS, o exercício da fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde poderá ser realizado por contratado, servidor ou empregado requisitado ou pertencente ao Quadro da Agência ou do Ministério da Saúde, mediante designação da Diretoria Colegiada, conforme dispuser o regulamento.

Art. 31. Na primeira gestão da ANS, visando implementar a transição para o sistema de mandatos não coincidentes, as nomeações observarão os seguintes critérios:

I - três diretores serão nomeados pelo Presidente da República, por indicação do Ministro de Estado da Saúde;

II - dois diretores serão nomeados na forma do parágrafo único do art. 6º desta Lei.

§ 1º Dos três diretores referidos no inciso I deste artigo, dois serão nomeados para mandato de quatro anos e um, para mandato de três anos.

§ 2º Dos dois diretores referidos no inciso II deste artigo, um será nomeado para mandato de quatro anos e o outro, para mandato de três anos.

Art. 32. É o Poder Executivo autorizado a:

I - transferir para a ANS o acervo técnico e patrimonial, as obrigações, os direitos e as receitas do Ministério da Saúde e de seus órgãos, necessários ao desempenho de suas funções;

II - remanejar, transferir ou utilizar os saldos orçamentários do Ministério da Saúde e do Fundo Nacional de Saúde para atender as despesas de estruturação e manutenção da utilizando como recursos as dotações orçamentárias destinadas às atividades finalísticas e administrativas, observados os mesmos subprojetos, subatividades e grupos de despesas previstos na Lei Orçamentária em vigor;

III - sub-rogar contratos ou parcelas destes relativos à manutenção, instalação e funcionamento da ANS.

Parágrafo único. Até que se conclua a instalação da ANS, são o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde incumbidos de assegurar o suporte administrativo e financeiro necessário ao funcionamento da Agência.

Art. 33º. A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde.

§ 1º A remuneração do diretor técnico, do diretor fiscal ou do liquidante deverá ser suportada pela operadora ou pela massa.

§ 2º Se a operadora ou a massa não dispuserem de recursos para custear a remuneração de que trata este artigo, a ANS poderá, excepcionalmente, promover este pagamento, em valor equivalente à do cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE-III, ressarcindo-se dos valores despendidos com juros e correção monetária junto à operadora ou à massa, conforme o caso.

Art. 34. Aplica-se à ANS o disposto nos arts. 54 a 58 da Lei nº 9.472, de 16 de julho de 1997.

Art. 35. Aplica-se à ANS o disposto no art. 24, parágrafo único, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, alterado pela Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998.

Art. 36. São estendidas à ANS, após a assinatura e enquanto estiver vigendo o contrato de gestão, as prerrogativas e flexibilidades de gestão previstas em lei, regulamentos e atos normativos para as Agências Executivas.

Art. 37. Até a efetiva implementação da ANS, a Taxa de Saúde Suplementar instituída por esta Lei poderá ser recolhida ao Fundo Nacional de Saúde, a critério da Diretoria Colegiada.

Art. 38. A Advocacia-Geral da União e o Ministério da Saúde, por intermédio de sua Consultoria Jurídica, mediante comissão conjunta, promoverão, no prazo de cento e oitenta dias, levantamento dos processos judiciais em curso, envolvendo matéria cuja competência tenha sido transferida à ANS, a qual substituirá a União nos respectivos processos.

§ 1º A substituição a que se refere o *caput*, naqueles processos judiciais, será requerida mediante petição subscrita pela Advocacia-Geral da União, dirigida ao Juízo ou Tribunal competente, requerendo a intimação da Procuradoria da ANS para assumir o feito.

§ 2º Enquanto não operada a substituição na forma do § 1º, a Advocacia-Geral da União permanecerá no feito, praticando todos os atos processuais necessários.

Art. 39. O disposto nesta Lei aplica-se, no que couber, aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, bem assim às suas operadoras.

Art. 40. O Poder Executivo, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, enviará projeto de lei tratando da matéria objeto da presente Lei, inclusive da estrutura física e do funcionamento da ANS.

Art. 41. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 24 de agosto de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

ANEXO*(Revogado pela Lei nº 9.986, de 18.7.2000)***ANEXO II****TABELA I****DESCONTOS POR ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO**

Abrangência Geográfica	Desconto (%)
Nacional	5
Grupo de Estados	10
Estadual	15
Grupo de Municípios	20
Municipal	25

TABELA II**DESCONTOS POR COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR-ODONTOLÓGICA OFERECIDA**

Cobertura	Desconto (%)
Ambulatorial (A)	20
A+Hospitalar (H)	6
A+H +Odontológico (O)	4
A+H+Obstetrícia (OB)	4
A+H+OB+O	2
A+O	14
H	16
H+O	14
H+OB	14
H+OB+O	12
O	32

ANEXO III
ATOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Atos de Saúde Suplementar	Valor (R\$)
Registro de Produto	1.000,00
Registro de Operadora	2.000,00
Alteração de Dados – Produto	500,00
Alteração de Dados – Operadora	1.000,00
Pedido de Reajuste de Mensalidade	1.000,00

LEI N.º 10.185, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2001.

Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Faço saber que o Presidente da República adotou a Medida Provisória nº 2.122-2, de 2001, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Antonio Carlos Magalhães, Presidente, para os efeitos do disposto no parágrafo único do art. 62 da Constituição Federal, promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º As sociedades seguradoras poderão operar o seguro enquadrado no art. 1º, inciso I e § 1º, da Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

§ 1º As sociedades seguradoras que já operam o seguro de que trata o caput deste artigo, conjuntamente com outros ramos de seguro, deverão providenciar a sua especialização até 1º de julho de 2001, a ser processada junto à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, mediante cisão ou outro ato societário pertinente.

§ 2º As sociedades seguradoras especializadas, nos termos deste artigo, ficam subordinadas às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde - ANS, que poderá aplicar-lhes, em caso de infringência à legislação que regula os planos privados de assistência à saúde, as penalidades previstas na Lei no 9.656, de 1998, e na Lei no 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

§ 3º Caberá, exclusivamente, ao Conselho de Saúde Complementar - CONSU, nos termos da Lei no 9.656, de 1998, e à ANS, nos termos da Lei no 9.961, de 2000, disciplinar o seguro de que trata este artigo quanto às matérias previstas nos incisos I e IV do art. 35-A da referida Lei no 9.656, de 1998, bem como quanto à autorização de funcionamento e à operação das sociedades seguradoras especializadas.

§ 4º Enquanto as sociedades seguradoras não promoverem a sua especialização em saúde, nos termos deste artigo, ficarão sujeitas à fiscalização da SUSEP e da ANS, no âmbito de suas respectivas competências.

§ 5º As sociedades seguradoras especializadas em seguro saúde, nos termos deste artigo, continuarão subordinadas às normas sobre as aplicações dos ativos garantidores das provisões técnicas expedidas pelo Conselho Monetário Nacional - CMN.

Art. 2º Para efeito da Lei no 9.656, de 1998, e da Lei no 9.961, de 2000, enquadra-se o seguro saúde como plano privado de assistência à saúde e a sociedade seguradora especializada em saúde como operadora de plano de assistência à saúde.

Art. 3º A sociedade seguradora que não se adaptar ao disposto nesta Lei fica obrigada a transferir sua carteira de saúde para sociedade seguradora especializada já estabelecida ou para operadora de planos privados de assistência à saúde, que venha a apresentar o plano de sucessão segundo as normas fixadas pela ANS.

Parágrafo único. Deverá ser observado o prazo limite de 1º de julho de 2001 para a transferência da carteira de saúde de que trata o caput deste artigo.

Art. 4º Ficam convalidados os atos praticados com base na Medida Provisória no 2.122-1, de 27 de dezembro de 2000.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Congresso Nacional, em 12 de fevereiro de 2001; 180º da Independência e 113º da República

Senador Antonio Carlos Magalhães
Presidente

Resolução CONSU n.º 08
(publicada no DO n.º 211 - quarta feira - 04.11.98)

Dispõe sobre mecanismos de regulação nos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde.

O **Presidente do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU**, instituído pela Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, no uso de suas atribuições legais e regimentais, de acordo com a competência normativa que lhe foi conferida para dispor sobre a regulamentação do regime de contratação e prestação de serviços de saúde suplementar,

RESOLVE:

Art.1º O gerenciamento das ações de saúde poderá ser realizado pelas operadoras de que trata o **art. 1º** da Lei n.º 9.656/98, através de ações de controle, ou regulação, tanto no momento da demanda quanto da utilização dos serviços assistenciais, em compatibilidade com o disposto nos códigos de éticas profissionais, na Lei n.º 9.656/98 e de acordo com os critérios aqui estabelecidos.

§ 1º As sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde poderão ser adotadas por qualquer operadora de planos ou seguros privados de assistência saúde e/ou operadora de plano odontológico, independentemente de sua classificação ou natureza jurídica.

§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde a avaliação nos casos de introdução pelas operadoras de novas sistemáticas de gerenciamento da atenção à saúde do consumidor.

Art. 2º Para adoção de práticas referentes à regulação de demanda da utilização dos serviços de saúde, estão vedados:

I - qualquer atividade ou prática que infrinja o Código de Ética Médica ou o de Odontologia;

II - qualquer atividade ou prática que caracterize conflito com as disposições legais em vigor;

III – limitar a assistência decorrente da adoção de valores máximos ou teto de remuneração, no caso de cobertura a patologias ou eventos assistenciais, excetuando-se as previstas nos contratos com cláusula na modalidade de reembolso;

IV - estabelecer mecanismos de regulação diferenciados, por usuários, faixas etárias, graus de parentesco ou outras estratificações dentro de um mesmo plano;

V - utilizar mecanismos de regulação, tais como autorizações prévias, que impeçam ou dificultem o atendimento em situações caracterizadas como de urgência ou emergência;

VI - negar autorização de procedimento em razão do profissional solicitante não pertencer à rede própria, credenciada, cooperada ou referenciada da operadora;

VII - estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços;

VIII - estabelecer em casos de internação, fator moderador em forma de percentual por evento, com exceção das definições específicas em saúde mental.

Art. 3º Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:

I - "franquia", o valor estabelecido no contrato de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou odontológico, até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, quer nos casos de reembolso ou nos casos de pagamento à rede credenciada ou referenciada;

II - "co-participação", a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.

Parágrafo único - Nos planos ou seguros de contratação coletiva empresarial custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como fator moderador, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº9656/98

Art.4º As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, quando da utilização de mecanismos de regulação, deverão atender às seguintes exigências:

I - informar clara e previamente ao consumidor, no material publicitário do plano ou seguro, no instrumento de contrato e no livro ou indicador de serviços da rede:

a) os mecanismos de regulação adotados, especialmente os relativos a fatores moderadores ou de co-participação e de todas as condições para sua utilização;

b) os mecanismos de "porta de entrada", direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso;

II - encaminhar ao Ministério da Saúde, quando solicitado, documento técnico demonstrando os mecanismos de regulação adotados, com apresentação dos critérios aplicados e parâmetros criados para sua utilização;

III - fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato, decorrente da utilização dos mecanismos de regulação;

IV - garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência.

V - garantir, no caso de situações de divergências médica ou odontológica a respeito de autorização prévia, a definição do impasse através de junta constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da operadora;

VI – informar previamente a sua rede credenciada e/ou referenciada quando houver participação do consumidor, em forma de franquia, nas despesas decorrentes do atendimento realizado;

VII – estabelecer, quando optar por fator moderador em casos de internação, valores prefixados que não poderão sofrer indexação por procedimentos e/ou patologias.

Art. 5º Aplicam-se as disposições desta Resolução aos contratos celebrados na vigência da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, e aos existentes anteriores a sua vigência, a partir das respectivas adaptações.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação, revogando as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

PORTARIA SAS Nº 233 DE 08 DE DEZEMBRO DE 1998.

Dispõe sobre a documentação e formatação das informações necessárias ao registro provisório dos produtos das operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 9º, 19 e 35C, da Lei 9656/98, de 03 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 1.730-7, de 07 de dezembro de 1998, publicada no DO nº 235 de 08 de dezembro de 1998, sobre o registro provisório dos produtos das operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, e Considerando a importância de padronização de conteúdos e rotinas que possibilite o registro provisório dos produtos das operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, resolve:

Art. 1º - As operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde ficam obrigadas a requerer o registro provisório de seus produtos no Ministério da Saúde, mediante a apresentação dos seguintes documentos e informações:

I - cópia do registro provisório da Operadora, obtido junto a SUSEP, conforme disposto no artigo 19 da Lei 9.656/98, alterada pela Medida Provisória nº 1.730-7/98;

II - informações de que trata o artigo 2º desta Portaria, entregues em disquete 3,5" contidas no arquivo denominado RPS.ZIP; e

III - relatório (LRPS01), referido no art. 3º desta Portaria.

§ 1º . Os documentos e informações de que trata o *caput* deverão ser acondicionados em envelope etiquetado e entregues no Protocolo do Ministério da Saúde, localizado na Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", Edifício Anexo, Ala "B", térreo, salas 24 a 26, Brasília – DF, endereçado ao Departamento de Saúde Suplementar – SAS-MS.

§ 2º . A etiqueta de que trata o § 1º deverá conter as seguintes informações, obedecendo à ordem abaixo:

I - razão social da empresa;

II - CGC;

III - endereço;

IV - telefone, fax;

V - e-mail;

VI - nome do dirigente responsável pelas informações;

VII - quantidade de produtos para registro.

Art. 2º. Para requerer o registro provisório de seus produtos, as operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde ficam obrigadas a fornecer as informações abaixo, considerando as tabelas de códigos do anexo desta Portaria, registradas em meio magnético (disquete) na forma indicada no inciso II do art. 1º:

I - razão social da empresa;

II - CGC;

III - número do registro na SUSEP;

IV - endereço, telefone, fax, e-mail;

V - nome comercial do produto;

VI - segmento assistencial;

VII - tipo de contratação;

VIII - abrangência geográfica;

IX - preços dos produtos, segundo as faixas etárias definidas na Resolução CONSU n.º 6/98; e

X - rede hospitalar própria e credenciada, no casos dos planos hospitalares e

Tabela 1 - TIPOS DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

referência. Identificar a rede hospitalar própria como código 1 e a credenciada como código 2.

§ 1º. O detalhamento sobre o preenchimento das informações de que tratam os incisos I a X do *caput* pode ser encontrado no aplicativo RPS. O arquivo RPS.ZIP a que se refere o inciso II do artigo 1º deverá ser gerado a partir deste mesmo aplicativo, disponível no endereço eletrônico www.datasus.gov.br e na BBS-MS, pelo telefone (021)535-4020.

§ 2º. O disquete de que trata o inciso II do art. 1º deverá estar identificado por meio de etiqueta, com as seguintes informações:

I - razão social da empresa;

II - CGC;

III - data da entrega no Ministério da Saúde.

Art. 3º. O aplicativo RPS produzirá um relatório (LRPS01) contendo os dados abaixo, que deverá ser entregue juntamente com o disquete, no Protocolo do Ministério da Saúde:

I - razão social da empresa;

II - CGC;

III - número do registro da operadora na SUSEP;

IV - endereço, telefone, fax, e-mail;

V - nome do dirigente responsável pelas informações; e

VI - número de ordem e nome dos planos que obterão registro provisório.

Art. 4º. O número de protocolo fornecido pelo Ministério da Saúde, corresponderá ao registro provisório de cada produto.

Art. 5º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RENILSON REHEM DE SOUZA

ANEXO

(instruções e sistema informatizado disponíveis no endereço: www.datasus.gov.br)

CÓDIGO SEGMENTAÇÕES CORRESPONDENTES

01 AMBULATORIAL

02 HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

03 HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

04 ODONTOLÓGICO

05 REFERÊNCIA

06 AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

07 AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

08 AMBULATORIAL + ODONTOLÓGICO

09 HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

10 HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO

11 HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO

12 AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

13 AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO

14 AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO

15 HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA +

ODONTOLÓGICO

CÓDIGO CONTRATAÇÃO

1 INDIVIDUAL OU FAMILIAR

2 COLETIVO EMPRESARIAL

3 COLETIVO POR ADESÃO

4 INDIVIDUAL OU FAMILIAR + COLETIVO EMPRESARIAL

5 INDIVIDUAL OU FAMILIAR + COLETIVO POR ADESÃO

6 COLETIVO EMPRESARIAL + COLETIVO POR ADESÃO

7 INDIVIDUAL OU FAMILIAR + COLETIVO EMPRESARIAL + COLETIVO POR ADESÃO

CÓDIGO ABRANGÊNCIA

1 NACIONAL

2 REGIONAL - A – GRUPO DE ESTADOS

3 ESTADUAL

4 REGIONAL - B – GRUPO DE MUNICÍPIOS

5 MUNICIPAL

6 OUTRA

FAIXA ETÁRIA 1 0 – 17 ANOS

FAIXA ETÁRIA 2 18 – 29 ANOS

FAIXA ETÁRIA 3 30 – 39 ANOS

FAIXA ETÁRIA 4 40 – 49 ANOS

FAIXA ETÁRIA 5 50 – 59 ANOS

FAIXA ETÁRIA 6 60 – 69 ANOS

FAIXA ETÁRIA 7 70 OU MAIS ANOS

PORTARIA SAS Nº 245, DE 17 DE DEZEMBRO DE 1998

Dispõe sobre a rotina de entrega de requerimentos, e de concessão de registro provisório dos produtos das operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o disposto na Portaria n.º 233/SAS de 08 de Dezembro de 1998, publicada no DOU de 09 de dezembro de 1998, que trata da formatação dos documentos necessários para requerimento do registro provisório dos produtos das operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, previsto nos art. 9º e 19 da Lei 9656/98 alterada pela MP 1730-7, de 07 de dezembro de 1998, Considerando a importância de estabelecer mecanismos operacionais simplificados, que viabilizem a concessão provisória de registros, para posterior análise, de forma a garantir a eficácia das novas regras de operação de planos e seguros a partir de 02 de janeiro de 1999, resolve:

Art. 1º - O registro provisório, no Ministério da Saúde, dos produtos das operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, deverá ser requerido no Protocolo do Ministério da Saúde, localizado na Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", Edifício Anexo, Ala "B", térreo, salas 24 a 26, Brasília - DF, CEP 70058-900, endereçado ao Departamento de Saúde Suplementar - SAS-MS.

Art. 2º - Os documentos e informações para registro, especificados no art. 1º da Portaria SAS/MS N.º 233 de 8 de dezembro de 1998, publicada no DOU 09 de dezembro de 1998, poderão ser entregues diretamente por representante ou emissário da empresa, ou enviados por sistema encomenda expressa de correio (SEDEX) ou serviços semelhantes que forneçam comprovante de entrega.

Art. 3º - No ato do recebimento do envelope de documentação, será feita a verificação preliminar do seu conteúdo, sendo fornecido ao portador o Relatório de Registro de Planos - LRPS033, com um número de protocolo para cada produto apresentado para registro, que comprovará a entrega do pedido.

§ 1º - As empresas que enviarem seus requerimentos de registro por via postal receberão no endereço constante da sua documentação o Relatório de Registro de Planos-LRPS03 com os números de protocolo relativos aos produtos encaminhados para registro.

§ 2º - A comprovação da entrega da documentação e o número do protocolo, substituem o registro provisório para efeito do disposto no art. 9º e 19 da Lei 9656/98 alterada pela MP 1370-7, até a efetiva publicação, no Diário Oficial da União, de Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde de Concessão ou de Indeferimento de Registro Provisório.

§ 3º - Não estando completo o conteúdo do envelope ou não validada a leitura do disquete, será devolvido o envelope ao portador ou, no caso de remessa postal, será comunicada a insuficiência e o indeferimento sumário do pedido de registro, sendo facultada, a qualquer tempo, a apresentação de novo pedido.

§ 4º - Nos casos previstos no parágrafo anterior, o pedido não será considerado entregue e não será fornecido número de protocolo.

Art. 4º - O registro provisório na SUSEP, exigido nos incisos I do art. 1º, III do art. 2º e III do art. 3.º da Portaria n.º 233/SAS de 08 de dezembro de 1998, poderá ser

substituído por cópia do protocolo fornecido por aquele órgão ou relatório impresso da página da SUSEP na Internet onde conste claramente CGC, razão social da operadora e o respectivo número de registro.

Art. 5º - Durante a análise dos documentos e das informações encaminhadas, se identificadas incorreções, será concedido prazo para cumprimento de exigência, após o qual, não sendo atendida, será indeferido o registro.

Art. 6º - O indeferimento do registro, sujeitará as empresas que comercializem produtos irregulares, às penalidades previstas na Lei 9656/98 e sua regulamentação, cancelamento dos contratos firmados e indenização dos contratantes.

Art. 7º. Esta Portaria entra em vigor na sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

PORTARIA SAS Nº 049, DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999

publicada no D.O. de 17/02/99 - seção I

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto no artigo 35 C da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 1.801-9, de 28 de janeiro 1999, sobre o registro provisório dos produtos das operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde, e

Considerando a importância de padronização de conteúdos e rotinas que possibilitem a implementação do processo desse registro, resolve:

Art. - 1º As operadoras de planos ou seguros privados de assistência à saúde ficam obrigadas a encaminhar, até o dia 31 de março de 1999, os modelos de contrato e seus anexos, de todos os produtos (planos e seguros) cujos registros provisórios foram solicitados ao Ministério da Saúde.

§ 1º - As informações devem ser postadas e encaminhadas ao Ministério da Saúde / Secretaria de Assistência à Saúde / Departamento de Saúde Suplementar, situado à Esplanada dos Ministérios, Bloco " G ", 7º andar, Brasília - DF, em envelope individual tamanho ofício, com etiqueta centralizada, digitada em letra tamanho 12, contendo o C.G.C, nome da operadora com o nº do registro provisório na SUSEP, nome do produto com o nº do registro provisório no Ministério da Saúde e sob o título "envio de contrato".

§ 2º - Deverão constar do envelope, cópia impressa em papel A4 do contrato de cada produto e seus respectivos anexos.

§ 3º - As informações deverão ser, também, encaminhadas por meio magnético (disquete 3,5"), podendo o mesmo conter mais de um contrato, desde que tenha um arquivo.doc específico para cada produto.

§ 4º - O arquivo deverá ser gerado nas seguintes especificações:

- I. por meio do editor de texto microsoft word versão 7.0 ou mais antiga.
- II. nomeado pelo nº do registro provisório de cada produto no Ministério da Saúde, excluindo o ponto, a barra, o traço e o dígito verificador, reduzindo- o assim a 8 dígitos.

§ 5º - Entende-se como anexos mencionados no § 2º, a declaração de saúde a ser utilizada para o cumprimento da exigência da entrevista qualificada e o material explicativo utilizado pela operadora, descrevendo suas características, direitos e obrigações em face da nova legislação.

Art. 2º - O contrato de cada produto deverá estar de acordo com as exigências legais e regulamentares estabelecidas.

Art. 3º - O registro provisório referido no caput do art. 1º, estará disponibilizado no endereço eletrônico <http://www.saude.gov.br/mweb/saudesupl/pag-sauspl.htm>

Art. 4º - O não atendimento das determinações de que trata esta Portaria no prazo estipulado, sem justificativa documental que venha a ter a aceitação do Ministério da Saúde, poderá acarretar no cancelamento do registro provisório e, consequentemente, na suspensão da comercialização dos produtos.

Art. 5º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RENILSON REHEM DE SOUZA

PORTARIA SAS Nº 114 DE 31 DE MARÇO DE 1999**publicada no D.O. de 01/04/99 – Seção I**

O Secretário de Assistência à Saúde – Substituto, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto no artigo 35 C da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 1.801-11, de 25 de março 1999 e, considerando as Resoluções CONSU, resolve:

Art. 1º Prorrogar para 30 de abril de 1999, o prazo estabelecido no artigo 1º da Portaria GS/SAS Nº 049/99, de 11 de fevereiro de 1999, publicada no DO nº 31-E, de 17 de fevereiro de 1999.

Art. 2º Estabelecer para as operadoras ou administradoras de planos e seguros privados de assistência à saúde, que obtiveram registro provisório de seus produtos após 11 de fevereiro de 1999, o prazo de 90 (noventa) dias, a partir da obtenção do referido registro, para cumprimento do disposto na Portaria GS/SAS Nº 49/99.

Parágrafo Único: O disposto no *caput* deste artigo não se aplica àquelas operadoras ou administradoras que já tenham cumprido as determinações da referida portaria.

Art. 3º Determinar que será aplicado o disposto na Portaria GS/SAS Nº 49/99 a todo modelo de contrato ou seu equivalente, independentemente do tipo de modalidade e plano ou seguro da operadora.

Art. 4º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOÃO GABBARDO DOS REIS

PORTARIA SAS Nº 260 DE 18 DE JUNHO DE 1999

publicada no D.O. de 21/06/99 - Seção I

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições, de acordo com a competência definida no § 4º, do artigo 19, da Lei nº 9.656/98, de 03 de junho de 1998, e tendo em vista o disposto nas Portarias SAS/MS n.ºs 233/98, 245/98, 049/99 e 114/99, que estabelecem normas para registro provisório de planos e seguros de saúde, de acordo com o disposto nos artigos 9º e 19 da Lei nº 9.656/98;

Considerando o decurso do prazo fixado para apresentação dos instrumentos contratuais ou apresentação de justificativa de impedimento, conforme estabelecido no artigo 1º, da Portaria SAS/MS/Nº 049/99;

Considerando que a não apresentação dos contratos, impede a realização da análise dos produtos provisoriamente registrados, para verificação preliminar de sua conformidade com os dispositivos da Lei nº 9.656/98;

Considerando que o registro das empresas e de seus produtos nos órgãos do governo, incumbidos do controle da atividade de prestação de serviços de saúde suplementar, constitui importante instrumento de vigilância e defesa dos direitos dos usuários destes serviços, resolve:

Art. 1º Cancelar, de acordo com o artigo 4º da Portaria SAS/MS/Nº 049, de 11 de fevereiro de 1999, os registros provisórios dos planos e seguros privados de assistência à saúde, relacionados no anexo desta Portaria.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, observado o disposto no § 5º do artigo 19, da Lei 9656/98, e revogando-se as disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

PORTARIA Nº 262 DE 18 DE JUNHO DE 1999

publicada no D.O. de 21/06/99 - seção I

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições, de acordo com a competência definida no § 3º do artigo 19, da Lei nº 9.656/98, e tendo em vista o disposto nas Portarias SAS/MS/Nºs 233/98, 245/98, 049/99 e 114/99, que estabelecem normas para o registro provisório de planos e seguros de saúde, previsto nos artigos 9º e 19 da Lei nº 9.656, de 03 de novembro de 1998, resolve:

Art. 1º Determinar que as operadoras de planos e seguros de saúde que estejam impedidas de comercializar produtos, em virtude do cancelamento do registro provisório, poderão requerer novo registro dos mesmos, na forma definida nesta portaria.

Art. 2º Estabelecer que o requerimento deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde, de acordo com todas exigências formais, acompanhado de todos os documentos e informações definidos nas Portarias SAS/MS/Nºs 233/98, 245/98, e 049/99, observados os seguintes procedimentos:

I - deverá ser encaminhado um envelope com o disquete gerado pelo aplicativo RPS, contendo as informações unicamente de produtos que estão requerendo novo registro provisório e cujos anteriores tenham sido cancelados;

II - a etiqueta de identificação do disquete deverá conter, além de todas as informações previstas no § 2º, do artigo 1º, da portaria SAS/MS/Nº 233/98, o título "Novo Registro Provisório - Cancelamento";

III - para cada produto que está sendo objeto de requerimento de novo registro provisório, deverá ser encaminhado envelope individualizado, nos termos da portaria SAS/MS/Nº 049, sob o título "Novo Registro Provisório - Cancelamento" e o número do registro provisório que tenha sido cancelado;

IV - os requerimentos deverão ser encaminhados ao Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Saúde Suplementar, situado à Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", 7º andar, Brasília – DF – CEP 70.758-900.

Art. 3º Definir que o fornecimento do Relatório de Registro de Planos - LRPS03, com o número do novo registro provisório, que autoriza a comercialização do plano ou seguro, somente será liberado após a realização da análise da documentação, de acordo com os procedimentos previstos nas Portarias SAS/MS/Nºs 233/98 e 245/98.

Parágrafo único. A análise de que trata este artigo será realizada pelo Departamento de Saúde Suplementar/SAS, no prazo de 45 dias, contados a partir do recebimento da documentação.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

RESOLUÇÃO - RDC Nº 4, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2000
(publicada no D.O. de 22.02.2000)

Dispõe sobre alteração de rotina do registro provisório de produtos, e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, no uso das atribuições que lhe confere o inciso III do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.327, de 5 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 17 de fevereiro de 2000, e

considerando a importância de estabelecer mecanismos operacionais simplificados, que viabilizem a concessão provisória de registros de produtos das operadoras;

considerando a importância de padronização de conteúdos e rotinas que possibilitem a implementação de processo desse registro, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação:

Art. 1º Estabelecer que as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, enquadradas nos incisos I e II do art. 1º da Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória 1.976-23, de 10 de fevereiro de 2000, ficam obrigadas a requerer registro provisório de produtos na Agência Nacional de Saúde Suplementar, conforme estabelece o § 3º do art. 19, mediante o envio de solicitação de registro e dos documentos e informações previstas no item A do anexo I e III da presente Resolução.

Art. 2º As informações constantes do art. 1º desta Resolução deverão ser fornecidas considerando as tabelas de códigos do anexo III, registradas e entregues em meio magnético, utilizando disquete de 3,5 polegadas, com as informações técnicas constantes do item B, do anexo I.

§ 1º O preenchimento das informações de que tratam os incisos I a X do item A do anexo III deverá ser feito com o aplicativo RPS versão 1.4, disponível no site da Internet através do endereço eletrônico <http://datasus.gov.br> ou <http://ans.saude.gov.br> ou no Boletim Board System do Ministério da Saúde, BBS-MS, pelo telefone (0XX21)535-4020.

§ 2º Ao preencher os dados referentes a rede hospitalar constante do inciso X do item A do anexo III, deverão ser informadas, exclusivamente, as unidades hospitalares e será necessário identificar com código 1 se for própria e com código 2 se for credenciada.

§ 3º Quando a forma de contribuição por faixa etária não contemplar valores pré-fixados no regime de pré ou pós-pagamento, os campos relativos ao preço dos produtos em cada faixa conforme inciso IX do art. 1º, deverão ser preenchidos com valor de R\$1,00 (um real).

§ 4º Ao término do preenchimento de todos os dados, deverá ser gerado no aplicativo RPS um arquivo denominado RPS.ZIP.

Art. 3º O aplicativo RPS produzirá um relatório (LRPS01) contendo os dados constantes do item c do anexo I, que deverá ser entregue juntamente com o disquete, no Protocolo da ANS.

Art. 4º O disquete de que trata o artigo 2º deverá estar identificado por meio de etiqueta, com as informações constantes do quadro 1 do Anexo II.

Art. 5º Para requerer o registro provisório de seus produtos na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, as operadoras de planos privados de assistência à saúde ficam obrigadas a apresentação do disquete, devidamente preenchido e identificado, juntamente com o relatório LRPS01 gerado pelo aplicativo RPS referido no art. 3º.

Parágrafo único. Os documentos e informações de que trata o caput deverão ser acondicionados em envelope identificado com a referência "REGISTRO PROVISÓRIO DE PRODUTOS" e etiquetado com as informações constantes do quadro 2 do anexo II.

Art. 6º A solicitação de registro provisório de produtos deverá ser enviada à Agência Nacional de Saúde Suplementar, localizada provisoriamente na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 7º andar, sala 730, Brasília DF, CEP 20.021-040.

§ 1º Os documentos e informações para o registro provisório, especificados no art. 5º poderão ser entregues diretamente por representante ou emissário da operadora, ou enviados por sistema de encomenda expressa de correio (SEDEX) ou serviços assemelhados que forneçam comprovante de entrega.

§ 2º Junto a entrega do requerimento, deverá ser anexado o comprovante do pagamento da Taxa de Saúde Suplementar prevista no art. 18 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, respeitado o que determina o inciso II e § 5º do art. 20 da referida lei a ser recolhido de acordo com a RDC específica.

Art. 7º Após o recebimento do envelope com a documentação, será feita a verificação preliminar do seu conteúdo e, estando completo, será fornecido no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas por meio de fax, o Relatório de Registro Provisório de Planos - LRPS03, com um número de protocolo para cada produto apresentado, que comprovará a entrega do pedido.

§ 1º Não estando completo o conteúdo do envelope ou não validada a leitura do disquete, será devolvido ao portador ou, no caso de remessa postal, será comunicada a insuficiência e o indeferimento sumário do pedido do registro provisório, sendo facultada, a qualquer tempo, a apresentação de novo pedido.

§ 2º O indeferimento do registro, sujeitará as empresas que comercializem produtos irregulares, às penalidades previstas na Lei nº 9.656 de 3 de junho 1998 e sua regulamentação, inclusive acarretando o cancelamento dos contratos firmados e indenização aos contratantes.

§ 3º Os contratos referentes aos produtos encaminhados para o registro provisório deverão ser mantidos em arquivo na operadora, à disposição da ANS para posterior fiscalização.

Art. 8º Estabelecer que as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, com registro provisório de produtos na Agência Nacional de Saúde Suplementar, deverão informar sobre as alterações das informações estabelecidas no Anexo I, que independam de prévia autorização previsto na legislação.

§ 1º As solicitações de alterações de informações referentes ao registro provisório de produtos deverão ser encaminhadas em envelope próprio, contendo correspondência assinada por representante legal da empresa ou pelo representante junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, identificado com a referência “ALTERAÇÃO DE REGISTRO PROVISÓRIO” e etiquetado conforme estabelecido no item 3 do Anexo II da presente Resolução.

§ 2º Deverá ser anexada cópia autenticada do comprovante de recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar, prevista no art. 18 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, respeitado o que determina o inciso II e § 5º do art. 20 da referida lei, referente à alteração pretendida.

§ 3º Aplicam-se às solicitações de alteração de informações, o estabelecido nos incisos de V a X do item A do Anexo I.

Art. 9º Estabelecer que as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde poderão solicitar o cancelamento de seus registros provisórios junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, através de correspondência contendo, no mínimo, as seguintes informações:

I - o código de registro da operadora na Agência Nacional de Saúde Suplementar ou na SUSEP;

II - nº de registro do produto a ser cancelado;

III - declaração de que não possui nenhum beneficiário no produto a ser cancelado.

§ 1º A solicitação de cancelamento do registro provisório de produtos deverá ser encaminhada em envelope próprio, identificado com a referência “CANCELAMENTO DE REGISTRO PROVISÓRIO” e etiquetado conforme estabelecido no item 3 do Anexo II da presente Resolução, contendo correspondência assinada por representante legal da empresa ou pelo representante junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

§ 2º A Agência Nacional de Saúde Suplementar analisará a solicitação de cancelamento do registro provisório do produto e notificará a operadora sobre o resultado da análise.

§ 3º No processo de análise da solicitação de cancelamento, a Agência Nacional de Saúde Suplementar poderá solicitar informações adicionais à operadora.

Art. 10. A Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos poderá solicitar outras informações e documentos que julgar conveniente para complementação da análise dos registros provisórios de funcionamento.

Art. 11. Ficam mantidos os registros provisórios já concedidos.

Art. 12. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se todas as disposições em contrário.

ANEXO I

A - Dados referentes ao Registro Provisório de Produtos das Operadoras

I - razão social da operadora;

II - CNPJ;

III - número do registro da operadora;

IV - endereço completo, telefone, fax, e-mail;

V - nome comercial do produto;

VI - segmento assistencial;

VII - tipo de contratação;

VIII - abrangência geográfica;

IX - preços dos produtos, segundo as faixas etárias definidas na Resolução CONSU n.º 6/98; e

X - rede hospitalar própria e credenciada, no casos dos planos hospitalares e referência.

B - Orientações Técnicas

Aplicativo RPS Programa fornecido pela ANS que é utilizado pela operadora para preencher os dados referente à Operadora, aos Produtos e a Rede Hospitalar a serem registrados.

RPS.ZIP Arquivo gerado pelo aplicativo RPS, em disquete de 3,5", que será utilizado pela ANS para efetuar o registro de Produtos.

LRPS01 Relatório gerado pelo Aplicativo RPS, que contem os dados informados pela operadora.

LRPS 03 Relatório emitido pela ANS, semelhante ao LRPS01, que será devolvido por fax para a operadora, contendo o número de Registro Provisório dos Produtos.

C - Dados constantes do Relatório LRPS01

I - razão social da operadora;

II - CNPJ;

III - número do registro da operadora;

IV - endereço completo, telefone, fax, e-mail;

V - nome completo do dirigente responsável pelas informações; e

VI - número de ordem e nome dos planos que obterão registro provisório.

ANEXO II

Modelos de etiquetas para encaminhamento de solicitações à Agência Nacional de Saúde Suplementar

1 - Modelo para Solicitação de registro provisório do produto da operadora

Etiqueta de Envio do Disquete 3,5"

I - razão social da operadora;

II - CNPJ.

2 - Modelo de etiqueta do Envelope que contem documentos para o Registro Provisório de Produtos

ETIQUETA DO ENVELOPE DE ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO

I - razão social da operadora;

II - CNPJ;

III - endereço completo;

IV - telefone, fax;

V - endereço eletrônico (e-mail);

VI - quantidade de produtos para registro.

3 - Modelo de etiqueta do Envelope que contem documentos para o Cancelamento/ Alteração de Registro Provisório de Produtos

ETIQUETA DO ENVELOPE DE CANCELAMENTO/ALTERAÇÃO DE REGISTRO

I - razão social da operadora;

II - CNPJ;

III - endereço completo;

IV - telefone, fax;

V - endereço eletrônico (e-mail).

ANEXO III

(instruções e sistema informatizado disponíveis no endereço: www.datasus.gov.br e <http://ans.gov.br>)

Tabela 1 TIPOS DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL

CÓDIGO	SEGMENTAÇÕES CORRESPONDENTES
01	AMBULATORIAL
02	HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
03	HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA
04	ODONTOLÓGICO
05	REFERÊNCIA
06	AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA
07	AMBULATORIAL + HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA

	OBSTETRÍCIA
08	AMBULATORIAL + ODONTOLÓGICO
10	HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO
11	HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO
13	AMBULATORIAL+ HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO
14	AMBULATORIAL+ HOSPITALAR SEM OBSTETRÍCIA + ODONTOLÓGICO

Tabela 2 - TIPOS DE CONTRATAÇÃO

CÓDIGO	CONTRATAÇÃO
1	INDIVIDUAL OU FAMILIAR
2	COLETIVO EMPRESARIAL
3	COLETIVO POR ADESÃO

Tabela 3 - ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

CÓDIGO	ABRANGÊNCIA
1	NACIONAL
2	GRUPO DE ESTADOS
3	ESTADUAL
4	GRUPO DE MUNICÍPIOS
5	MUNICIPAL

Tabela 4 FAIXAS ETÁRIAS

FAIXA ETÁRIA 1	00 17 ANOS

FAIXA ETÁRIA 2	18 29 ANOS
FAIXA ETÁRIA 3	30 39 ANOS
FAIXA ETÁRIA 4	40 49 ANOS
FAIXA ETÁRIA 5	50 59 ANOS
FAIXA ETÁRIA 6	60 69 ANOS
FAIXA ETÁRIA 7	70 OU MAIS ANOS

RESOLUÇÃO-RDC Nº 39, DE 27 DE OUTUBRO DE 2000

Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X do art. 4º da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 19 de outubro de 2000 e considerando o disposto no inciso VI do art. 8º da Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente determino a sua publicação:

CAPÍTULO I DA DEFINIÇÃO

Art. 1º Definem-se como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde as empresas e entidades que operam, no mercado de saúde suplementar, planos de assistência à saúde, conforme disposto na Lei n.º 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Para efeito desta Resolução, define-se operar como sendo as atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de que trata o caput deste artigo.

Art. 2º Para fins desta Resolução, define-se como rede própria:

I hospitalar: todo e qualquer recurso físico hospitalar de propriedade:

- a) da operadora;
- b) de entidade ou empresa controlada pela operadora;
- c) de entidade ou empresa controladora da operadora;

II médica ou odontológica: a constituída por profissional assalariado ou cooperado da operadora.

CAPÍTULO II DOS TIPOS DE ATENÇÃO

Art. 3º Os tipos de atenção prestados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, dividem-se em:

I médico-hospitalar: os oferecidos por entidades ou empresas que operam planos médico-hospitalares ou médico-hospitalares e odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços médico-hospitalares ou odontológicos a terceiros não contratantes do plano; ou

II odontológico: os oferecidos por entidades ou empresas que operam exclusivamente planos odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços odontológicos a terceiros não contratantes do plano.

Parágrafo único. Não se aplica a disciplina deste artigo às autogestões e às administradoras.

CAPÍTULO III DA SEGMENTAÇÃO

Art. 4º As Operadoras de Planos que, na forma do artigo anterior, atuam no tipo de atenção médico-hospitalar segmentam-se em:

I segmento primário principal - SPP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

II segmento primário principal / SUS SPP/SUS: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos 30% (trinta por cento) de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS;

III segmento primário subsidiário - SPS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

IV segmento secundário principal - SSP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde;

V segmento secundário subsidiário - SSS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde; ou

VI segmento terciário ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos ou hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde.

§ 1º O enquadramento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde dar-seá, exclusivamente, em um único segmento.

§ 2º Na hipótese de as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde se enquadrarem em mais de um segmento, prevalecerá, para fins do disposto no parágrafo anterior, o critério relativo aos gastos em serviços hospitalares.

Art. 5º As Operadoras de Planos, que atuam no tipo de atenção odontológico descrito no inciso II do art. 3º, segmentam-se em:

I segmento próprio - SP: as que despendem, em sua rede própria, mais 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos;

II segmento misto - SM: as que despendem, em sua rede própria, entre 10% (dez por cento) e 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos; ou

III segmento terciário - ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 10% (dez por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços odontológicos referentes a seus Planos Odontológicos.

Art. 6º As autogestões, definidas no art. 14 desta Resolução, segmentam-se em:

I patrocinadas: entidade de autogestão ou empresa que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabiliza-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, e que possuam gestão própria; ou

II não patrocinadas: são as entidades de autogestão que não se classificam como patrocinada, conforme definido no inciso anterior.

Art. 7º A autogestão patrocinada, definida no inciso I do artigo anterior, poderá ser:

I singular: é o sistema de autogestão vinculado apenas a um patrocinador; ou

II multipatrocinada: é o sistema de autogestão que congrega mais de um patrocinador.

Art. 8º As autogestões deverão operar por meio de rede de profissionais e instituições diretamente credenciadas, só podendo contratar rede de prestação de serviços de assistência à saúde de outra operadora nos seguintes casos:

I mediante convênios de reciprocidade com entidades congêneres;

II em regiões com dificuldade de contratação direta.

Art. 9º As Administradoras, definidas no art. 11 desta Resolução, segmentam-se em:

I administradoras de planos: são as empresas que administram exclusivamente Planos Privados de Assistência à Saúde, as quais não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos, para oferecer aos beneficiários da sua contratante, sendo esses planos financiados por operadoras; ou

II administradora de serviços: são as empresas que administram exclusivamente serviços de assistência à saúde, possuindo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

CAPITULO IV

DA CLASSIFICAÇÃO

Art. 10. As operadoras segmentadas conforme o disposto nos arts. 3º ao 9º desta Resolução deverão classificar-se nas seguintes modalidades:

I administradora;

II - cooperativa médica;

III - cooperativa odontológica;

IV autogestão;

V - medicina de grupo;

VI - odontologia de grupo; ou

VII - filantropia.

SEÇÃO I

DA ADMINISTRADORA

Art. 11. Classificam-se na modalidade de administradora as empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

SEÇÃO II

DA COOPERATIVA MÉDICA

Art. 12. Classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.

SEÇÃO III

DA COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

Art. 13. Classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

SEÇÃO IV**DA AUTOGESTÃO**

Art. 14. Classificam-se na modalidade de autogestão as entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou exempregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, 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.

SEÇÃO V**DA MEDICINA DE GRUPO**

Art. 15. Classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades contidas nas Seções I, II, IV e VII desta Resolução.

SEÇÃO VI**DA ODONTOLOGIA DE GRUPO**

Art. 16. Classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade contida na Seção III desta Resolução.

SEÇÃO VII**DA FILANTROPIA**

Art. 17. Classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social CNAS e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

CAPÍTULO V**DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

Art. 18. Para requerer autorização definitiva de funcionamento, as empresas ou entidades que atuam no mercado de assistência à saúde, operando planos deverão, necessariamente, enquadrar-se em um dos tipos de atenção, segmentação e classificação, conforme disposto nos Capítulos II, III e IV desta Resolução.

Art. 19. Para o cálculo dos gastos despendidos com a prestação de serviços médico-hospitalares ou odontológicos de que tratam os arts. 4º e 5º desta Resolução, respectivamente, deverão ser considerados os períodos de janeiro a junho e de julho a dezembro de cada ano civil, devendo ser enviados à ANS até o último dia útil dos meses de agosto e fevereiro, respectivamente.

§1º As Operadoras que já possuem registro provisório junto à ANS deverão iniciar a apuração das informações definidas no caput deste artigo a partir de 1º de janeiro de 2001, bem como remetê-los à ANS a partir da solicitação da autorização definitiva de funcionamento, conforme o disposto no caput deste artigo.

§2º As Operadoras que obtiverem autorização de funcionamento junto à ANS, após a data de publicação desta Resolução, deverão apurar as informações definidas no caput deste artigo a partir da data de início de sua operação, bem como remetê-los à ANS a partir da solicitação da autorização definitiva de funcionamento, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 20. Esta Resolução de Diretoria Colegiada entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE (Of. El. nº 93/2000)

RESOLUÇÃO - RDC Nº 95 , DE 30 DE JANEIRO DE 2002

Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 14 e o inciso II do art. 24 da Lei n.º 9.986, de 18 de julho de 2000, e o inciso IV do art. 9º do Regulamento aprovado pelo Decreto n.º 3.327, de 05 de janeiro de 2000, em reunião realizada em 5 de dezembro de 2001, adotou a seguinte resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Ficam transformados, sem aumento de despesa, dez cargos comissionados de nível CCT - V, vinte e três de nível CCT - IV, três de nível CCT - III, dois de nível CCT - II e seis de nível CCT - I, em dois cargos comissionados de nível CGE - II, dois de nível CGE - III, um de nível CGE-IV e três de nível CA - II.

Art. 2º Ficam aprovados o Regimento Interno e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e Comissionados de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, na forma, respectivamente, dos Anexos I e II.

Art. 3º Ficam revogadas as Resoluções de Diretoria Colegiada – RDC n.º 1, de 6 de janeiro de 2000, n.º 30, de 19 de julho de 2000, n.º 31, de 15 de agosto de 2000, n.º 58, de 5 de março de 2001, n.º 59, de 9 de março de 2001, e n.º 70, de 4 de abril de 2001.

§ 1º Os anexos desta resolução estarão à disposição para consulta e cópia na página da internet, http://www.ans.gov.br/resol_ans.htm.

Art. 4º Esta Resolução de Diretoria Colegiada entra em vigor na data de sua publicação.

JANUARIO MONTONE

Diretor - Presidente

Página 1 de 1 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

2

ANEXO I

REGIMENTO INTERNO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

CAPÍTULO I

CATEGORIA E FINALIDADE

Art. 1º A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, criada pela Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, é autarquia sob 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, caracterizada pela autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

§ 1º A ANS é o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde

§ 2º A ANS terá 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, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Art. 2º Compete à Agência Nacional de Saúde Suplementar:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - CONSU para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

IV - fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;

V - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;

VI - estabelecer normas para ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de

saúde;

VIII - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões;

IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

X - definir, para fins de aplicação da Lei n.º 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 1998;

XII - estabelecer normas para registro dos produtos definidos no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei n.º 9.656, de 1998;

XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 1998;

XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

XVI - estabelecer normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registro dos produtos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

XIX - regulamentar outras questões relativas à saúde suplementar;

XX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;

XXI - autorizar o registro dos planos privados de assistência à saúde;

XXII - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;

XXIII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim, sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei n.º 8.884, de 11 de junho de 1994;

XXIV - fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento;

XXV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXVI - 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;

XXVII - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVIII - fiscalizar os aspectos concernentes às coberturas e aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXIX - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei n.º 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

4

XXXI - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei n.º 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXII - requisitar o fornecimento de quaisquer informações das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXIII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIV - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXXVI - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras;

XXXVII - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde,

- observado o disposto na Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990;
- XXXVIII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;
- XXXIX - administrar e arrecadar as taxas instituídas por lei.
- XL - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos;
- XLI - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira;
- XLII - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:
- a) conteúdos e modelos assistenciais;
 - b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
 - c) direção fiscal ou técnica;
 - d) liquidação extrajudicial;
 - e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
 - f) normas de aplicação de penalidades;
 - g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados;
- XLIII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS terá a Seguinte estrutura:

I. Diretoria Colegiada

1- Câmara de Saúde Suplementar

5

2- Ouvidoria

II. Presidência

1- Gabinete

2- Gabinete no Distrito Federal

3- Gerência de Comunicação Social

4- Corregedoria

5- Procuradoria

5.1- Gerência de Contencioso

5.2- Gerência de Consultoria Administrativa

5.3- Gerência de Consultoria Normativa

6 - Secretaria-Geral

6.1 - Gerência de Planejamento e Acompanhamento

III. Diretorias

1- Diretoria de Desenvolvimento Setorial

1.1- Gerência-Geral de Integração com o SUS

1.2- Gerência-Geral de Informações e Sistemas

2- Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras

2.1- Gerência-Geral de Regulamentação e Habilitação das Operadoras

2.2- Gerência-Geral de Acompanhamento do Desempenho das Operadoras

3- Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

3.1- Gerência de Pesquisa

3.2- Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos

3.3- Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos

3.4- Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos

4- Diretoria de Fiscalização

4.1- Gerência-Geral de Atendimento ao Consumidor

4.1.1- Gerência de Operações de Atendimento

4.2- Gerência-Geral de Fiscalização Planejada

4.2.1- Gerência de Operações de Fiscalização

4.3- Gerência-Geral de Fiscalização Descentralizada

4.3.1- Assessoria de Instrução e Análise

4.3.2- Gerência de Operações Descentralizadas

4.3.3- Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização

4.3.3.1- Unidades Estaduais de Fiscalização

5- Diretoria de Gestão

5.1- Gerência-Geral de Administração e Finanças

5.1.1- Gerência de Arrecadação e Finanças

6

5.1.2- Gerência de Administração de Pessoal

5.1.3- Gerência de Aquisições e Contratos

5.1.4- Gerência de Administração e Serviços de Infra-estrutura

Art. 4º A Agência Nacional de Saúde Suplementar será dirigida por Diretoria

Colegiada, na forma do art. 5º da Lei n.º 9.961, de 2000, as Diretorias por Diretores, a Ouvidoria por Ouvidor, a Secretaria-Geral por Secretário-Geral, os Gabinetes por Chefes de Gabinete, a Procuradoria por Procurador-Geral, a Corregedoria por Corregedor, as Gerências-Gerais por Gerentes-Gerais, as Gerências por Gerentes, os Núcleos Regionais por Chefes e as Unidades Estaduais por Responsáveis.

§ 1º Para exercer suas atribuições cada Diretor contará com um Diretor-Adjunto, observado o disposto no § 2º deste artigo.

§ 2º O Secretário-Executivo exercerá as atribuições de Diretor-Adjunto da Diretoria cujo Diretor responsável for o Diretor-Presidente.

Art. 5º Os Cargos Comissionados de Gerência Executiva - CGE, de Assessoria - CA e Técnicos - CCT serão nomeados pelo Diretor-Presidente.

§ 1º O Ouvidor terá mandato de dois anos, admitida uma recondução, e será indicado pelo Ministro de Estado da Saúde e nomeado pelo Diretor-Presidente.

§ 2º O Corregedor será nomeado pelo Diretor-Presidente, por indicação da Diretoria Colegiada da ANS.

Art. 6º Os Diretores serão substituídos pelo respectivo Diretor-Adjunto, exceto na Diretoria sob responsabilidade do Diretor-Presidente, na qual a substituição será exercida pelo Secretário-Executivo.

Parágrafo Único. Os cargos previstos no *caput* do art. 5º serão substituídos, em suas faltas e impedimentos, por servidor ou empregado por eles indicados e previamente designados pelo Diretor-Presidente.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS

Art. 7º À Ouvidoria compete:

I - formular e encaminhar as denúncias e queixas aos órgãos competentes, em especial à Diretoria Colegiada, à Procuradoria e à Corregedoria da ANS, e ao Ministério Público;

II - dar ciência das infrações de normas de assistência complementar à saúde ao Diretor-Presidente da ANS;

III - produzir e emitir, semestralmente ou quando oportuno, apreciações críticas sobre o desempenho da Agência e denúncias sobre a atuação da Agência, encaminhando-as à Diretoria Colegiada, ao Ministério da Saúde, a outros órgãos do Poder Executivo e ao Congresso Nacional, fazendo-as publicar no Diário Oficial da União, e mantendo-as em arquivo na Biblioteca para conhecimento geral.

Parágrafo único. A Ouvidoria atuará com independência e sem vinculação hierárquica.

Art. 8º Ao Gabinete compete:

I - prestar assistência direta ao Diretor-Presidente na supervisão e coordenação das atividades da Agência;

7

II - promover a articulação da Agência com os órgãos e entidades da estrutura do Ministério da Saúde;

III - prestar assistência ao Diretor-Presidente em sua representação política, social e administrativa e incumbir-se do recebimento, análise e processamento do despacho de atos e correspondências;

IV - comunicar às unidades da Agência, instruções, orientações e recomendações emanadas do Diretor-Presidente;

V - orientar e controlar as atividades afetas ao Gabinete especialmente as relativas a assuntos administrativos;

VI - exercer outras atribuições que lhe forem cometidas pelo Diretor-Presidente.

Art. 9º Ao Gabinete no Distrito Federal compete:

I - prestar assistência direta ao Diretor-Presidente na supervisão e coordenação das atividades da Agência;

II - promover a articulação da Agência com os órgãos e entidades da estrutura do Ministério da Saúde;

III - prestar assistência ao Diretor-Presidente em sua representação política, social e administrativa e incumbir-se do recebimento, análise e processamento do despacho de atos e correspondências;

IV - orientar e controlar as atividades afetas ao Gabinete especialmente as relativas a assuntos administrativos;

V - exercer outras atribuições que lhe forem cometidas pelo Diretor-Presidente.

VI - planejar, coordenar, orientar e promover a execução das atividades do Sistema de Acompanhamento Legislativo da Administração Pública Federal;

VII - identificar e acompanhar o andamento, junto ao Congresso Nacional, de proposição legislativa de interesse da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

VIII - prestar assessoramento à Diretoria Colegiada e aos dirigentes dos órgãos da ANS, quanto às atividades relacionadas às suas competências junto aos órgãos públicos situados no Distrito Federal, em especial às do Congresso Nacional;

IX - providenciar o atendimento a consulta e requerimento de parlamentares relativos às atividades da ANS.

Art. 10. À Gerência-Geral de Comunicação Social compete:

- I - planejar, coordenar, orientar e promover as atividades de Comunicação Social da Agência, inclusive de suas unidades organizacionais;
- II - coordenar o subsistema de comunicação social da Agência, obedecendo as orientações do Sistema Integrado de Comunicação Social da Administração Pública Federal;
- III - acompanhar a publicidade dos produtos e serviços subordinados à Lei n.º 9.656, de 1998, com vistas a subsidiar ações da Diretoria de Fiscalização;
- IV - promover a comunicação interna da ANS;
- V - editar e administrar o conjunto integrado de páginas (site) da ANS na rede lógica mundial de comunicação de dados (Internet);
- VI - coordenar a elaboração e distribuição de material informativo produzido pela ANS;

8

VII - consolidar, editar e divulgar informações institucionais para o público externo e interno da ANS.

Art. 11. À Corregedoria compete:

- I - fiscalizar a legalidade das atividades funcionais dos servidores ou empregados, dos órgãos e das unidades da ANS;
- II - apreciar as representações sobre a atuação dos servidores ou empregados, emitir parecer sobre o desempenho dos mesmos e opinar fundamentadamente quanto a sua confirmação no cargo ou sua exoneração;
- III - realizar correição nos órgãos e unidades, sugerindo as medidas necessárias à racionalização e eficiência dos serviços;
- IV - instaurar de ofício ou por determinação superior, sindicâncias e processo administrativos disciplinares, submetendo-os à decisão do Diretor-Presidente da ANS.

Art. 12. À Procuradoria da ANS, órgão vinculado tecnicamente à Advocacia Geral da União, nos termos da Lei Complementar n.º 73, de 10 de fevereiro de 1993, diretamente subordinada ao Diretor-Presidente da ANS, incumbe exercer os encargos de natureza jurídica da ANS, bem como representá-la em juízo, ativa e passivamente, ou fora dele, e especificamente:

- I - assessorar juridicamente a Diretoria da ANS;
- II - representar judicialmente a ANS, com todas as prerrogativas da Fazenda Pública, com poderes para receber citações, intimações e notificações judiciais;
- III - executar os trabalhos de contencioso administrativo em decorrência da aplicação da legislação;
- IV - desistir, transigir, firmar compromisso nas ações de interesse da ANS, desde que autorizado por sua Diretoria Colegiada;
- V - examinar e opinar sobre os assuntos de natureza jurídica, bem como analisar previamente os atos normativos a serem editados pela ANS;
- VI - examinar previamente a legalidade dos contratos, concessões, acordos, ajustes ou convênios que interessem a ANS e, quando for o caso, promover a respectiva rescisão ou declaração de caducidade, por via administrativa ou por intermédio da via judicial;
- VII - examinar previamente, minutas de editais de licitações, os atos de dispensa e inexigibilidade de licitação bem como os editais para realização de concursos públicos;
- VIII - assistir a Diretoria da ANS no controle interno da legalidade administrativa dos atos a serem praticados, inclusive examinando previamente os textos de atos normativos, bem como propor a declaração de nulidade de ato administrativo praticado no âmbito da ANS quando editados com vício;
- IX - executar as atividades de consultoria e assessoramento jurídico;
- X - emitir pareceres jurídicos;
- XI - receber queixas ou denúncias que lhe forem encaminhadas pela Ouvidoria ou pela Corregedoria e orientar os procedimentos necessários, inclusive o seu encaminhamento às autoridades competentes para providências, nos casos em que couber;
- XII - apurar mediante procedimento administrativo próprio as faltas cometidas pelos servidores no desenvolvimento de suas atividades e atribuições;

9

XIII - apurar a liquidez e certeza dos créditos, de qualquer natureza, inerentes às suas atividades, inscrevendo em Dívida Ativa própria da ANS os valores cuja cobrança lhe seja atribuída por Lei, para cobrança judicial;

XIV - realizar a execução fiscal da dívida ativa.

Art. 13. À Gerência de Contencioso compete:

- I - coordenar, no âmbito da Procuradoria, as atividades pertinentes e exercer a representação e defesa judicial da ANS em qualquer instância ou tribunal, podendo

propor ações e defender interesses da ANS;

II - receber citações, intimações e notificações judiciais;

III - assistir o Procurador-Geral no que tange à representação e defesa judicial em questões de relevante interesse da ANS;

IV - estudar e propor diretrizes, medidas e atos normativos para racionalização das tarefas administrativas pertinentes à representação e defesa judicial da ANS, com vistas à organização e métodos de trabalho e à padronização de registros, modelos e formulários, submetendo-os a aprovação do Procurador-Geral;

V - efetivar a distribuição aos procuradores da ANS dos expedientes remetidos pelos órgãos do Ministério Público ou do Poder Judiciário;

VI - providenciar expedientes que, no interesse da ANS, devam ser encaminhados aos órgãos do Ministério Público ou do Poder Judiciário;

VII - preparar, numerar e expedir petições, ofícios, memorandos, telegramas e outros expedientes relativos à representação e defesa judicial, particularmente no que concerne à contestação de Ações, informações em Mandado de Segurança, bem como em outras ações e, ainda, os expedientes dirigidos aos Juízos Federais e Estaduais e a outros órgãos;

VIII - acompanhar as atividades de apuração das infrações à legislação de Saúde Suplementar;

IX - conservar os processos administrativos vinculados a ações judiciais, até o desfecho final destas;

X - apurar a liquidez e certeza dos créditos, de qualquer natureza, inerentes às suas atividades, inscrevendo-os em Dívida Ativa própria da ANS os valores cuja cobrança lhe seja atribuída por Lei, para cobrança judicial;

XI - proceder aos cálculos, atualizações e revisões dos valores inscritos em dívida ativa ou de custas judiciais;

XII - realizar a execução fiscal da dívida ativa.

Art. 14. À Gerência de Consultoria Administrativa compete:

I - acompanhar, analisar e aprovar os pareceres a respeito de assuntos administrativos, de fiscalização, de regimes especiais e de outros atos e instrumentos da ANS conforme determinação do Procurador-Geral;

II - opinar conclusivamente sobre consultas administrativas, de fiscalização e de regimes especiais formuladas pelas Diretorias da ANS;

III - examinar, previamente, os contratos, concessões, acordos, ajustes ou convênios de interesse da ANS e promover a respectiva rescisão ou declaração de caducidade, por via administrativa ou propo-la, na hipótese de via judicial, conforme o caso;

10

IV - examinar, previamente, as minutas de editais e os atos de dispensa e de inexigibilidade de licitação;

V - verificar os atos administrativos a serem praticados pela Diretoria Colegiada e pelo Diretor-Presidente, examinando previamente os seus textos, bem como propor a declaração de nulidade de ato administrativo praticado no âmbito da ANS quando editados com vício, se for o caso;

VI - representar e defender administrativamente os interesses da ANS:

a) nos contratos, acordos ou ajustes de natureza fiscal ou financeira, em que a ANS intervenha ou seja parte;

b) em contratos de empréstimos, garantia, contra-garantia, aquisição financiada de bens e arrendamento mercantil, em que seja parte ou intervenha a ANS;

c) nos atos de aceitação de doações, sem encargo, em favor da ANS.

Art. 15. À Gerência de Consultoria Normativa compete:

I - acompanhar, analisar e aprovar os pareceres a respeito da legislação e sua aplicação;

II - fixar a interpretação da Constituição, das leis, dos tratados e demais atos normativos a ser uniformemente seguida em suas áreas de atuação e coordenação, quando não houver orientação normativa do Advogado-Geral da União;

III - elaborar, quando solicitado, e rever atos normativos a serem editados pela Diretoria Colegiada, bem como proceder a apreciação e opinar, quando for o caso, sobre projetos de decreto, anteprojetos de lei e medidas provisórias;

IV - opinar conclusivamente sobre consultas formuladas pelas Diretorias da ANS;

V - verificar os atos administrativos a serem praticados pela Diretoria Colegiada e pelo Diretor-Presidente, inclusive, quando for o caso, examinando, previamente, os seus textos, bem como propor a declaração de nulidade de ato administrativo praticado no âmbito da ANS quando editados com vício;

VI - acompanhar periodicamente a legislação e propor à área competente a revisão de normas internas;

VII - organizar e manter atualizados os ementários, fichários e publicações referentes à legislação e jurisprudência relacionadas com as atividades da Procuradoria;

VIII - classificar e organizar os estudos, pareceres e informações elaborados na

Procuradoria;

IX - realizar pesquisas de legislação, jurisprudência e doutrina de interesse da Procuradoria.

Art. 16. À Secretaria-Geral compete:

I - organizar as reuniões da Diretoria Colegiada, da Câmara de Saúde Suplementar e Conselho de Saúde Suplementar;

II - planejar, coordenar, supervisionar, organizar e controlar as atividades de Assuntos Internacionais, Planejamento e Acompanhamento de Atividades e do Contrato de Gestão;

III - planejar, coordenar, supervisionar, organizar e controlar outras atividades e projetos determinados pela Diretoria Colegiada ou pelo Diretor-Presidente;

11

IV - assessorar o Diretor-Presidente no relacionamento com organismos, agências e demais entidades internacionais, inclusive nos processos relativos a negociações bilaterais, multilaterais e acordos internacionais da ANS;

V - promover e avaliar a execução de acordos, protocolos, convênios e contratos com agentes de cooperação técnica, financeiros ou de fomento com entidades internacionais ou multilaterais;

VI - promover a articulação com organismos internacionais ou multilaterais, de mercado, governamental ou científico, para aproveitamento de oportunidades de cooperação técnica e financeira para o aprimoramento do setor.

Art. 17. À Gerência de Planejamento e Acompanhamento compete:

I - conduzir as atividades de planejamento e o seu acompanhamento;

II - promover a articulação com o sistema federal de planejamento, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar e informar e orientar as unidades da ANS quanto ao cumprimento das normas estabelecidas;

III - manter a articulação com as Diretorias para elaboração, acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão;

IV - promover o acompanhamento e a avaliação do desempenho da Agência e das metas e resultados previstos no Contrato de Gestão;

V - promover a sistematização da elaboração e acompanhamento do planejamento estratégico da ANS;

VI - promover e coordenar a elaboração de planos estratégicos de atuação da Agência;

VII - coordenar, consolidar, sistematizar, acompanhar e controlar a execução do plano de ação de curto e médio prazos da ANS;

VIII - elaborar, em conjunto com a Gerência de Arrecadação e Finanças, o orçamento anual;

IX - promover e coordenar a construção e melhoria de sistemas gerenciais de apoio à gestão e decisão, e planejar, coordenar e orientar projetos destinados a captar e difundir internamente a visão do cliente final da Agência;

X - planejar, coordenar e orientar projetos voltados para a aferição e aumento de produtividade da Agência.

Art. 18. À Diretoria de Desenvolvimento Setorial compete:

I - planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de integração de informações e ressarcimento das operadoras ao SUS, informação e informática e modernização administrativa, bem como a melhoria do desempenho das operadoras setoriais e incentivo à qualidade;

II - pesquisar e estudar formas de estímulo à competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

III - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

IV - incentivar a melhoria da qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

V - disponibilizar técnicas assistenciais e de gestão, assistencial e econômico-financeira, às operadoras setoriais;

VI - disseminar os modelos assistenciais bem sucedidos;

12

VII - promover o desenvolvimento de sistemas informatizados para viabilizar, desenvolver e melhorar a gestão profissional das operadoras;

VIII - promover a capacitação das operadoras para as inovações e melhorias setoriais;

IX - normatizar as atividades de competência da Diretoria;

X - articular-se com as demais Diretorias para a definição do sistema de informações da ANS, bem como executar o seu desenvolvimento e a sua manutenção;

XI - pesquisar, estudar e avaliar os mecanismos de desenvolvimento institucional e de sistemas de informação no mercado nacional e internacional, aplicados para uso na ANS.

Art. 19. À Gerência-Geral de Integração com o SUS compete:

- I - promover a integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;
- II - definir, em conjunto com as áreas específicas da Diretoria, sistema de informações sanitárias e epidemiológicas a serem prestadas pelas operadoras ao SUS, bem como para o ressarcimento ao SUS;
- III - coordenar e promover o fornecimento de informações sobre saúde e doença das operadoras ao SUS;
- IV - analisar e disponibilizar as informações sanitárias e epidemiológicas das operadoras ao SUS;
- V - coordenar e promover o fornecimento de informações das operadoras, com vistas ao ressarcimento ao SUS;
- VI - desenvolver e manter tabela de equivalência de procedimentos para fins de ressarcimento ao SUS;
- VII - gerenciar a cobrança e a conciliação dos valores cobrados às operadoras, relativamente ao ressarcimento ao SUS;
- VIII - emitir pareceres para subsidiar a regulamentação sobre critérios e padrões de informações a serem prestados ao SUS;
- IX - propor normas à Diretoria, com apoio técnico das demais gerências da ANS ou de câmaras técnicas de caráter consultivo, sobre o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde.

Art. 20. À Gerência-Geral de Informação e Sistemas compete:

- I - pesquisar, definir e disseminar normas e padrões de gestão da informação e informática no âmbito da Agência;
 - II - promover a articulação com os órgãos centrais, setoriais e seccionais do Sistema de Administração dos Recursos de Informação e Informática - SISPI, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar e informar e orientar as unidades da ANS quanto ao cumprimento das normas estabelecidas, assim como, com os órgãos e unidades da Agência com vistas ao desenvolvimento e à implementação de programas, projetos e ações na área informática;
 - III - propor normas e critérios sobre as atividades de disseminação de informações automatizadas e o acesso às bases de dados disponíveis;
- 13
- IV - definir, em conjunto com as áreas finalísticas, e promover, orientar e implantar a elaboração, a construção, a manutenção e o aperfeiçoamento do sistema de informação da ANS;
 - V - analisar, estudar e tratar informações, e aplicar métodos quantitativos para produção de relatórios técnicos ou gerenciais;
 - VI - consolidar, editar e divulgar informações institucionais para o público interno da ANS;
 - VII - disseminar dados e informações das áreas fins aos Diretores;
 - VIII - administrar as caixas institucionais e funcionais de correio eletrônico da ANS;
 - IX - promover o desenvolvimento e a manutenção de aplicativos;
 - X - gerenciar a rede de dados e o suporte técnico aos usuários de informática;
 - XI - elaborar projetos de redes, visando a integração de telecomunicações, de informática e de comunicação de dados, voz, texto e imagens e de segurança de dados;
 - XII - especificar a compra de logiciário (software), e de equipamentos de informática (hardware), bem como a infra-estrutura e o serviço de redes de dados, voz e imagem.

Art. 21. À Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras compete:

- I - planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento das operadoras de planos de assistência à saúde;
- II - planejar, coordenar, organizar, controlar e promover os regimes especiais de direção técnica e fiscal e de liquidação extrajudicial de operadoras;
- III - certificar as operadoras, conforme o nível de habilitação assistencial e gerencial;
- IV - desenvolver e manter, em conjunto com a Diretoria de Desenvolvimento Setorial, sistema de informações compreendendo os dados econômico-financeiros e assistenciais das operadoras setoriais;
- V - elaborar Boletim Estatístico das operadoras de planos de assistência à saúde;
- VI - autorizar o registro definitivo e o funcionamento das operadoras de planos de assistência à saúde.

Art. 22. À Gerência-Geral de Regulamentação e Habilitação das Operadoras compete:

- I - propor normas quanto à constituição, organização e funcionamento das operadoras sobre as seguintes matérias:
 - a) aspectos econômico-financeiros;
 - b) contabilidade, estatística e dados atuariais, estes referentes às reservas e provisões das operadoras;

- c) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro;
- d) os parâmetros de capital e patrimônio líquido das operadoras;
- e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos de proteção ao consumidor no caso de insolvência de operadoras;

14

- f) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
- g) direção fiscal ou técnica;
- h) liquidação extrajudicial;
- i) aplicação de penalidades;
- II - propor normas, com apoio técnico das demais Gerências da ANS ou de câmaras técnicas de caráter consultivo, sobre as seguintes matérias:
 - a) ressarcimento ao Sistema Único de Saúde;
 - b) segmentação das operadoras e administradoras de planos de assistência à saúde, observadas as suas peculiaridades;
 - c) critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 1998;
 - d) critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos de assistência à saúde;
 - e) cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário das operadoras, ouvidos previamente os órgãos do sistema de defesa da concorrência;

III - efetuar o registro provisório e o definitivo das operadoras de planos de assistência à saúde;

- IV - emitir pareceres para subsidiar a regulamentação;
 - V - emitir certidão sobre assuntos de sua competência;
 - VI - emitir nota para subsídios à avaliação de projetos de alteração dos atos societários das operadoras de planos de assistência à saúde.
- Art. 23. À Gerência-Geral de Acompanhamento do Desempenho das Operadoras compete:
- I - monitorar a situação econômico-financeira das operadoras;
 - II - acompanhar o cumprimento das normas de contabilidade, estatística e atuária das operadoras;
 - III - acompanhar a aplicação dos critérios de constituição de garantias para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro das operadoras;
 - IV - acompanhar os parâmetros de capital e patrimônio líquido das operadoras;
 - V - acompanhar a aplicação dos critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 1998;
 - VI - acompanhar a aplicação dos critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos de assistência à saúde;
 - VII - monitorar o cumprimento das normas sobre cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário das operadoras, ouvidos previamente os órgãos do sistema de defesa da concorrência;
 - VIII - aferir e acompanhar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos de assistência à saúde, visando garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de sua abrangência;
 - IX - emitir certidão sobre os assuntos de sua competência;
 - X - acompanhar e efetuar os registros dos bens garantidores das operadoras;
 - XI - proceder ao regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

15

- XII - proceder à liquidação das operadoras;
- XIII - orientar, acompanhar e controlar os processos de direção fiscal, de direção técnica e de liquidação extrajudicial das operadoras;
- XIV - proceder à direção técnica ou fiscal e à liquidação extrajudicial das operadoras;
- XV - promover os atos necessários para o cumprimento do disposto no art. 24-A da Lei n.º 9.656, de 1998;
- XVI - emitir pareceres para subsidiar a regulamentação;
- XVII - coordenar os trabalhos dos Diretores Fiscal e Técnico.

Art. 24. À Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos compete:

- I - planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento dos produtos ou planos privados de assistência à saúde;
- II - monitorar preços de produtos, prestadores de serviços e insumos;
- III - certificar produtos das operadoras, conforme o nível de habilitação assistencial e gerencial;
- IV - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde;
- V - desenvolver e manter, em conjunto com as áreas específicas da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, sistema de informações compreendendo dados econômico-financeiros e assistenciais dos produtos oferecidos e mantidos pelas

operadoras setoriais.

Art. 25. À Gerência de Pesquisa compete:

- I - prospectar o mercado nacional e internacional de saúde suplementar;
- II - pesquisar, estudar e avaliar aspectos concernentes à garantia de acesso e manutenção dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos de assistência à saúde;
- III - pesquisar, estudar e avaliar as inovações gerenciais, regulatórias e assistenciais;
- IV - pesquisar, estudar e avaliar modelos assistenciais aplicados;
- V - pesquisar, estudar e avaliar modelos de gestão assistencial;
- VI - pesquisar, estudar e avaliar tábuas de mortalidade e biométricas, limites de responsabilidade, limites de retenção, tarifas para novas coberturas e outros aspectos técnico-atuariais;
- VII - pesquisar, estudar e avaliar os mecanismos de regulação do uso utilizados no mercado nacional e internacional;
- VIII - efetuar e promover estudos e pesquisas aplicados para uso das operadoras;
- IX - subsidiar as áreas de regulamentação setorial;
- X - planejar, coordenar, promover e avaliar a execução de convênios e protocolos de cooperação técnica com as operadoras e prestadores de serviço;
- XI - articular-se com organismos nacionais ou internacionais, de mercado ou científicos, visando oportunidades de cooperação técnica para aprimoramento setorial;

16

XII - planejar, coordenar, promover e avaliar a execução de acordos e contratos de cooperação técnica com órgãos de produção e promoção do conhecimento e de pesquisa e desenvolvimento;

Art. 26. À Gerência-Geral de Estrutura e Operação dos Produtos compete:

I - propor normas à Diretoria sobre as seguintes matérias:

- a) características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;
- b) critérios e procedimentos para o credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras;
- c) condições dos produtos visando a garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei n.º 9.656, de 1998;
- d) registro dos produtos definidos no inciso I e no § 1º do art. 1º da Lei n.º 9.656, de 1998;
- e) concessão, manutenção e cancelamento do registro dos produtos das operadoras de planos de assistência à saúde;
- f) adaptação de contratos;
- g) redimensionamento de rede das operadoras;
- h) responsabilidade dos contratantes, quer seja pessoa física ou jurídica;
- i) relação entre as operadoras e seus prestadores;

II- autorizar o registro dos produtos;

III - estabelecer os critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

IV - promover a alienação de carteiras de planos privados de assistência à saúde das operadoras;

V - emitir parecer para subsidiar a regulamentação;

VI - acompanhar e avaliar os contratos celebrados pelas operadoras com pessoa física ou jurídica e com prestadores de serviço;

VII- aferir e acompanhar a estruturação técnico-operacional dos planos privados de assistência à saúde, visando garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de sua abrangência;

VIII - emitir certidão sobre os assuntos de sua competência.

Art. 27. À Gerência-Geral Econômico-Financeira dos Produtos compete:

I - propor normas à Diretoria sobre as seguintes matérias:

- a) parâmetros e diretrizes gerais de reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde;
- b) padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira e estatístico-atuarial dos planos e produtos das operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões dos preços dos planos e produtos de assistência à saúde;
- c) constituição, organização e funcionamento dos planos e produtos, no que concerne às premissas e aos cálculos atuariais e estatísticos dos preços respectivos;

17

d) agravo;

e) revisão técnica;

f) variação da contraprestação pecuniária por faixa etária;

- II - acompanhar o cumprimento das normas atuariais e estatísticas dos planos e produtos;
- III - monitorar as informações de natureza econômico-financeira e estatísticoatuarial dos planos e produtos, com vistas à homologação de reajustes e revisões dos preços;
- IV - monitorar a evolução dos preços de planos privados de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;
- V - emitir parecer para subsidiar a regulamentação.
- Art. 28. À Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos compete:
- I - propor normas à Diretoria sobre as seguintes matérias:
- a) constituição, organização e funcionamento dos planos e produtos, no que concerne aos conteúdos e modelos assistenciais;
 - b) constituição, organização e funcionamento dos planos e produtos, no que concerne à adequação e utilização de tecnologias em saúde;
 - c) rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei n.º 9.656, de 1998, e suas excepcionalidades;
 - d) parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
 - e) sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 1998;
 - f) adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;
 - g) conceitos de doença e lesão preexistentes;
 - h) amplitude das coberturas, inclusive de transplantes e procedimentos de alta complexidade;
 - i) exceções ao plano-referência;
- II - emitir parecer para subsidiar a regulamentação;
- III - monitorar e avaliar os aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos de assistência à saúde;
- IV - monitorar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;
- V - monitorar os aspectos concernentes às coberturas e aos aspectos sanitários e epidemiológicos relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;
- VI - pesquisar e estudar aspectos concernentes à qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos de assistência à saúde;
- VII - estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras;
- 18
- VIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos de assistência à saúde.
- Art. 29. À Diretoria de Fiscalização compete:
- I - implementar ações de apoio, instrumentalização e conscientização dos consumidores;
- II - planejar, coordenar, organizar e controlar as atividades de fiscalização assistencial e econômico-financeira;
- III - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei n.º 9.656, de 1998, e de sua regulamentação, no que concerne aos aspectos econômico-financeiros das operadoras e aos aspectos assistenciais e preços dos produtos;
- IV - aplicar as penalidades resultantes dos processo oriundos de representação, denúncias e autos de infração;
- V - desenvolver e manter, em conjunto com as áreas específicas da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, sistema de informações compreendendo dados das demandas dos consumidores e das fiscalizações dos produtos oferecidos e mantidos pelas operadoras setoriais.
- VI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990.
- Art. 30. À Gerência-Geral de Atendimento ao Consumidor compete:
- I - receber, analisar e encaminhar consultas e denúncias de consumidores através da Central de Atendimento “Disque ANS”, por carta, correio eletrônico ou telefone;
- II - articular-se com a Gerência-Geral de Fiscalização Descentralizada para monitorar o desenvolvimento das ações relacionadas com a qualidade do atendimento ao consumidor e com a fiscalização decorrente de denúncias recebidas pelo “Disque ANS”;
- III - coordenar as atividades da Central de Atendimento “Disque ANS”, especialmente relacionadas ao recebimento e atendimento de denúncias dos consumidores;

IV - articular-se com as diversas áreas da ANS para colher informações sobre as operadoras de planos de assistência à saúde e seus produtos, divulgando-as e disseminando-as aos consumidores através da Central de Atendimento “Disque ANS”;

V - manter atualizados os conteúdos técnicos a serem divulgados ao consumidor através da Central de Atendimento “Disque ANS”;

VI - garantir a eficaz disseminação de informações através da Central de Atendimento “Disque ANS”, utilizando-se, inclusive, dos instrumentos tecnológicos disponíveis, procurando atualizá-los para a melhoria contínua das atividades.

Art. 31. À Gerência de Operações de Atendimento compete:

I - receber, analisar e responder às consultas e denúncias de consumidores, efetuadas através da Central de Atendimento “Disque ANS”, por carta, correio eletrônico ou telefone;

II - realizar o encaminhamento das denúncias recebidas através da Central de Atendimento “Disque ANS” aos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização, para a devida averiguação;

19

III - exercer o controle das consultas e denúncias recebidas, viabilizando a devida resposta ao consumidor.

Art. 32. À Gerência-Geral de Fiscalização Planejada compete:

I - atuar proativamente a fim de exercer a fiscalização dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos de assistência à saúde;

II - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação ao cumprimento das disposições da Lei n.º 9.656, de 1998, e de sua regulamentação, relativas à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar, compreendendo a abrangência e as características das coberturas de patologias e procedimentos; os aspectos sanitários e epidemiológicos; as condições assistenciais e econômico-financeiras; e os preços dos produtos;

III - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da saúde suplementar;

IV - implantar programas de fiscalização sistemática;

V - emitir pareceres.

Art. 33. À Gerência de Operações de Fiscalização compete:

I - executar as atividades de fiscalização proativa da Gerência-Geral de Fiscalização Planejada;

II - elaborar o plano de trabalho de fiscalização, a partir da identificação de amostras representativas do mercado de saúde suplementar;

III - realizar as diligências fiscalizatórias definidas no plano de trabalho de fiscalização elaborado e aprovado;

IV - realizar as diligências fiscalizatórias decorrentes dos processos administrativos oriundos do monitoramento das atividades das operadoras de planos de assistência à saúde;

V - elaborar relatórios descritivos e analíticos referentes às ações de fiscalização realizadas, com subsídios ao julgamento das práticas infrativas verificadas, quando for o caso.

Art.34. À Gerência-Geral de Fiscalização Descentralizada compete:

I - executar as ações fiscalizatórias decorrentes de denúncias recebidas pela ANS ou representações, visando garantir o cumprimento da Lei n.º 9.656, de 1998, e de sua regulamentação, no âmbito da saúde suplementar, compreendendo:

a) o controle dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos de assistência à saúde;

b) a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência e características das coberturas de patologias e procedimentos;

c) os aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares;

d) as atividades das operadoras de planos de assistência à saúde e o cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento, no que concerne aos aspectos assistenciais dos produtos;

20

e) os aspectos econômico-financeiros, assistenciais, os reajustes e os preços dos produtos;

II - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da saúde suplementar;

III - emitir pareceres para subsidiar a regulamentação.

Art. 35. À Assessoria de Instrução e Análise compete:

I - verificar e assegurar a adequada instrução formal dos processos administrativos oriundos da fiscalização realizada pelos Núcleos Regionais de Atendimento e

Fiscalização;

II - elaborar pareceres analíticos sobre as ocorrências específicas dos processos administrativos oriundos da fiscalização realizada pelos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização, fundamentados na legislação e regulamentação vigentes, em especial nas Leis n.º 9.656, de 1998, e n.º 9.961, de 2000.

Art. 36. À Gerência de Operações Descentralizadas compete:

I - executar as ações fiscalizatórias decorrentes de denúncias recebidas pela ANS, visando garantir o cumprimento da Lei n.º 9.656, de 1998, e de sua regulamentação, no âmbito da saúde suplementar, compreendendo:

- a) o controle dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos de assistência à saúde;
- b) a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência e características das coberturas de patologias e procedimentos;
- c) os aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares;
- d) as atividades das operadoras de planos de assistência à saúde e o cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento, no que concerne aos aspectos assistenciais dos produtos;
- e) os aspectos econômico-financeiros, assistenciais, os reajustes e os preços dos produtos.

II - coordenar as atividades de fiscalização decorrentes de denúncias recebidas, nos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização e nas Unidades Estaduais de Fiscalização.

Art. 37. Aos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização, localizados em Brasília - DF e nas capitais dos Estados da Bahia, do Ceará, de Minas Gerais, do Pará, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e de São Paulo compete:

I - executar as atividades de atendimento aos consumidores de planos privados de assistência à saúde;

II - realizar diligências fiscalizatórias decorrentes de denúncias recebidas diretamente de consumidores e da Central de Atendimento “Disque ANS”;

III - instruir os processos administrativos oriundos de ações de fiscalização;

IV - lavrar autos de infração;

V - coordenar as atividades das Unidades Estaduais de Fiscalização.

Parágrafo único. Os seguintes Núcleos Regionais têm sob sua jurisdição as seguintes Unidades Estaduais de Fiscalização:

21

a) Núcleo Regional Bahia: Alagoas, Paraíba, Pernambuco e Sergipe;

b) Núcleo Regional Ceará: Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte;

c) Núcleo Regional Distrito Federal: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins;

d) Núcleo Regional Minas Gerais: Espírito Santo;

e) Núcleo Regional Pará: Acre, Amapá, Amazonas, Rondônia e Roraima;

f) Núcleo Regional Rio Grande do Sul: Paraná e Santa Catarina.

Art. 38. Às Unidades Estaduais de Fiscalização, localizadas nas capitais dos Estados do Acre, Alagoas, Amazonas, Amapá, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins, compete o suporte das atividades de fiscalização sob orientação dos Núcleos Regionais.

Art. 39. À Diretoria de Gestão compete:

I - planejar, organizar, coordenar e supervisionar a execução das atividades de orçamento e finanças, material e patrimônio, recursos humanos, comunicação administrativa, documentação e serviços gerais;

II - normatizar as atividades de competência da Diretoria;

III - planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades e promover a articulação com o sistema federal de orçamento, finanças, recursos humanos e serviços gerais, no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar e informar e orientar as unidades da ANS quanto ao cumprimento das normas estabelecidas;

IV - promover e coordenar a sistematização e a normatização dos procedimentos de arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar, das retribuições por serviços de qualquer natureza prestados a terceiros, bem como das doações, legados, subvenções e outros recursos que forem destinados à ANS;

V - supervisionar e controlar a arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar, as retribuições por serviços de qualquer natureza prestados a terceiros, bem como as doações, legados, subvenções e outros recursos que forem destinados à ANS, de acordo com a legislação vigente;

VI - elaborar análises econômico-financeiras de taxas e valores relativos à área de atuação da Agência e avaliar o mercado e o impacto da Taxa de Saúde Suplementar nos produtos e serviços;

VII - definir, em conjunto com as áreas específicas da Diretoria de Desenvolvimento

Setorial, o sistema de informação da ANS na área de gestão;

VIII - pesquisar, estudar e avaliar os mecanismos de desenvolvimento de recursos humanos e de gestão no mercado nacional e internacional, aplicados para uso na ANS;

IX - planejar, coordenar, promover e avaliar a execução de convênios e protocolos de cooperação técnica com entidades nacionais de desenvolvimento de recursos humanos, e de gestão;

X - promover articulação com as áreas técnicas de outros órgãos e poderes visando acompanhar os assuntos administrativos ligados à saúde suplementar;

XI - planejar, coordenar, orientar, controlar, executar e acompanhar as atividades relacionadas à capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, inclusive no que se refere a programas de formação supletiva de servidores;

22

XII - fomentar o desenvolvimento de recursos humanos, cooperação técnica científica nacional e internacional e projetos de treinamento específicos e finalísticos, no âmbito da saúde suplementar;

XIII - coordenar, supervisionar e orientar a gestão de planos de cargos da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

XIV - elaborar planos integrados de melhoria de operação e gestão e promover, coordenar e acompanhar ações visando a modernização dos sistemas administrativos.

Art. 40. À Gerência Geral de Administração e Finanças compete atuar sobre as atividades administrativas de suporte aos órgãos da ANS, abrangendo a gestão do orçamento, das finanças, da arrecadação, dos recursos humanos, dos recursos materiais, da infra-estrutura, da modernização organizacional, e especificamente:

I - coordenar e supervisionar a elaboração da proposta orçamentária, com vistas a viabilizar o planejamento estratégico da ANS, junto aos órgãos centrais e setoriais do Sistema de Planejamento e Orçamento Federal;

II - coordenar, orientar e controlar a execução orçamentária e financeira da ANS, incluindo todos os seus direitos e obrigações;

III - gerir a arrecadação da taxa de saúde suplementar, das multas aplicadas, das retribuições por serviços de qualquer natureza prestados a terceiros, das doações, legados, subvenções e de outros recursos destinados à ANS;

IV - realizar o acompanhamento contábil e as conformidades;

V - promover, supervisionar e orientar as atividades voltadas à aquisição de bens, obras e serviços no âmbito da ANS;

VI - promover, coordenar e supervisionar a condução de estudos e pesquisas com vistas à elaboração e à implementação de políticas e diretrizes para a administração e o desenvolvimento de recursos humanos;

VII - coordenar e orientar as atividades voltadas ao recrutamento, seleção e contratação dos recursos humanos necessários à ANS;

VIII - prover os serviços de infra-estrutura necessários ao funcionamento da Agência;

IX - zelar pelo patrimônio mobiliário e imobiliário da Agência;

X - coordenar e supervisionar a elaboração da proposta para a prestação de contas anual da Agência, junto aos órgãos central e setorial do Sistema Federal de Controle;

XI - acompanhar e fazer aplicar a legislação relativa aos direitos e deveres da força de trabalho da Agência;

XII - supervisionar, acompanhar e controlar a execução de contratos, convênios, acordos e ajustes, sob os aspectos administrativos e financeiros;

XIII - elaborar propostas de instrumentos normativos.

Art. 41. À Gerência de Administração de Pessoal compete planejar, coordenar, controlar, e executar as atividades relativas à administração e desenvolvimento dos recursos humanos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e especificamente:

I - coordenar, orientar e fiscalizar a aplicação e o cumprimento da legislação e das normas aplicáveis à força de trabalho no âmbito da ANS;

23

II - coordenar e orientar os procedimentos e o fornecimento de informações e subsídios necessários aos processos e demandas judiciais que envolvam os recursos humanos da ANS;

III - planejar, coordenar, orientar e executar as atividades de cadastro e registros funcionais dos servidores ativos e inativos, procedimentos relativos ao processamento e liquidação da folha de pagamento e consignações, benefícios de natureza social, assistência médico social, pericial e de segurança no trabalho, assim como os procedimentos e atos de nomeação e vacância;

IV - coordenar, supervisionar, controlar, orientar, propor e executar a concessão de aposentadoria, pensão, benefícios, direitos e vantagens previstos na legislação vigente;

V - coordenar, supervisionar, controlar, orientar e executar as atividades relativas à

lotação, cessão, requisição, redistribuição e promoção de servidores, como também controlar e acompanhar o quadro de cargos e a força de trabalho da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

VI - executar atividades relativas a processos de seleção para provimento de cargos e coordenar, executar e acompanhar os procedimentos relativos a estágios curriculares e probatórios de servidores;

VII - elaborar propostas de instrumentos normativos.

Art. 42. À Gerência de Arrecadação e Finanças compete planejar, coordenar, orientar e supervisionar as atividades de programação e execução orçamentária e financeira, no âmbito da Agência e especificamente:

I - promover, coordenar, acompanhar e controlar a cobrança e o recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar por plano de assistência à saúde;

II - promover, avaliar, acompanhar e coordenar estudos, levantamentos e pesquisas, com vistas à instrução de processos e à proposição de critérios, normas e procedimentos para a cobrança e o recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar;

III - acompanhar, gerenciar e controlar a cobrança e a arrecadação dos créditos de diversas origens, no âmbito da ANS;

IV - acompanhar, supervisionar, avaliar e controlar a programação e execução orçamentária e financeira e efetuar os registros dos créditos e transações relativos a todos os direitos e obrigações da ANS;

V - executar, registrar e controlar a emissão de ordem bancária, nota de empenho, reforços e anulações, bem como as despesas efetuadas por suprimentos de fundos, contratos e convênios;

VI - arrecadar Taxa de Saúde Suplementar, as retribuições por serviços de qualquer natureza prestados a terceiros, bem como as doações, legados, subvenções e outros recursos que forem de acordo com a legislação vigente;

VII - efetuar, acompanhar e supervisionar no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - SIAFI, os registros pertinentes à execução orçamentária e financeira e realizar a contabilidade da Agência;

VIII - analisar, examinar, acompanhar e controlar a execução de convênios e emitir parecer sobre as respectivas prestações de contas;

IX - efetuar o cadastramento, o acompanhamento, o controle e as baixas dos créditos inscritos na Dívida Ativa da ANS, referentes à Taxa de Saúde Suplementar por plano de assistência à saúde;

24

X - proceder a abertura de Tomada de Contas Especial;

XI - promover o desenvolvimento e manter o sistema de contabilidade de custos;

XII - elaborar propostas de instrumentos normativos.

Art. 43. À Gerência de Aquisições e Contratos compete prover os bens, obras e serviços necessários ao funcionamento da ANS, e especificamente:

I - promover, coordenar e orientar as atividades voltadas à aquisição de bens, obras e serviços no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

II - subsidiar a Comissão Permanente de Licitações, o Pregoeiro e o Júri, nos assuntos referentes às suas competências, bem como prestar-lhes apoio técnico e administrativo;

III - elaborar os contratos, convênios, acordos e ajustes a serem celebrados pela ANS;

IV - acompanhar a execução e exercer o controle dos contratos, convênios, acordos e ajustes, sob os aspectos administrativos e financeiros;

V - elaborar os Editais de Licitação para a aquisição de bens, obras e serviços necessários à ANS;

VI - instruir sob o aspecto formal, os processos licitatórios para a aquisição de bens e serviços necessários à ANS, inclusive os de inexigibilidade e dispensa de licitação;

VII - efetuar a publicidade legal obrigatória dos atos, contratos, convênios, acordos e ajustes da ANS, decorrentes da aquisição de bens, obras e serviços;

VIII - elaborar propostas de instrumentos normativos.

Art. 44. À Gerência de Administração e Serviços de Infra-Estrutura compete atuar sobre as atividades administrativas de suporte aos órgãos da ANS, abrangendo a gestão dos recursos materiais, do patrimônio, e dos serviços de infra-estrutura necessários ao funcionamento da ANS, e especificamente:

I - planejar, contratar, coordenar, supervisionar e fiscalizar a execução das atividades relativas a obras, reformas e adequações das instalações físicas da ANS;

II - prover, organizar, supervisionar e controlar o almoxarifado da Agência e a movimentação de materiais;

III - promover, coordenar e supervisionar a execução do inventário de materiais de estoque e de materiais permanentes da Agência;

IV - promover, coordenar, orientar e controlar as atividades relativas ao cadastro, movimentação, guarda, responsabilidade e baixa de bens móveis e imóveis da Agência;

- V - promover, planejar, coordenar e fiscalizar a execução das atividades de conservação e manutenção das instalações físicas da ANS;
- VI - promover, planejar, coordenar, controlar e fiscalizar a execução e a utilização dos serviços de transporte da Agência;
- VII - promover, supervisionar, controlar, orientar e fiscalizar a execução das atividades e dos serviços de infra-estrutura necessários ao funcionamento da Agência;
- VIII - planejar, coordenar, controlar e orientar as atividades de protocolo, incluindo a formação, o trânsito e o arquivamento de processos e a recepção, movimentação, arquivamento e expedição de documentos;

25

- IX - executar a gestão dos documentos da Agência, na forma da legislação vigente, promovendo, orientando e supervisionando estudos e projetos com vistas à implementação de processos de automação, digitalização e destruição;
- X - organizar e manter atualizado o ementário da legislação federal e, em especial, a do Ministério da Saúde e a dos órgãos que compõem a Agência, bem como, manter biblioteca com as publicações internas da ANS;
- XI - adotar as providências necessárias à publicação do Boletim de Serviços da Agência;
- XII - elaborar propostas de instrumentos normativos.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES DOS DIRIGENTES

Seção I

Da Diretoria Colegiada

Art. 45. À Diretoria Colegiada incumbe:

- I - exercer a administração da ANS;
- II - desenvolver o planejamento estratégico e operacional da ANS;
- III - editar normas sobre matérias de competência da ANS;
- IV - aprovar o regimento interno e definir a área de atuação, a organização, a competência e a estrutura de cada Diretoria, da Procuradoria, da Corregedoria, da Ouvidoria e demais unidades organizacionais, bem como as atribuições de seus dirigentes;
- V - cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar;
- VI - divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades;
- VII - julgar, em grau de recurso, as decisões dos Diretores, mediante provocação dos interessados;
- VIII - propor ao CONSU e ao Ministro de Estado da Saúde as políticas, diretrizes gerais e normas, quando for o caso, do setor de saúde suplementar, destinadas a permitir à ANS o cumprimento de seus objetivos;
- IX - por delegação, autorizar o afastamento de funcionários do País para desempenho de atividades técnicas e de desenvolvimento profissional;
- X - aprovar a cessão, a requisição e a promoção, bem como o afastamento de servidores para participação em eventos de capacitação *lato sensu* e *stricto sensu*, na forma da legislação em vigor;
- XI - encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes;
- XII - propor ao Ministro de Estado da Saúde as políticas e diretrizes governamentais destinadas a permitir à Agência o cumprimento de seus objetivos;
- XIII - delegar aos Diretores atribuições específicas relativas aos atos de gestão da ANS.

Seção II

Do Diretor-Presidente

Art. 46. Ao Diretor - Presidente incumbe:

26

- I - representar legalmente a ANS;
- II - presidir as reuniões da Diretoria Colegiada;
- III - cumprir e fazer cumprir as decisões da Diretoria Colegiada;
- IV - decidir, nas questões de urgência, *ad referendum* da Diretoria Colegiada;
- V - decidir, em caso de empate, nas deliberações da Diretoria Colegiada;
- VI - praticar os atos de gestão de recursos humanos, aprovar edital e homologar resultados de concursos públicos e processos seletivos, nomear ou exonerar servidores e empregados públicos, provendo os cargos em comissão, comissionados e efetivos e contratar pessoal temporário e exercer o poder disciplinar, nos termos da legislação em vigor;
- VII - assinar contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos legais necessários ao alcance dos objetivos da ANS;
- VIII - ordenar despesas e praticar atos de gestão de recursos orçamentários e financeiros e de administração;
- IX - encaminhar ao Ministério da Saúde e ao CONSU os relatórios periódicos aprovados pela Diretoria Colegiada;
- X - supervisionar o funcionamento geral da ANS;

XI - secretariar o Conselho de Saúde Suplementar e presidir a Câmara de Saúde Suplementar;

XII - delegar competências previstas nos incisos VI a VIII.

Seção III

Dos Diretores

Art. 47. São atribuições comuns aos Diretores:

I - cumprir e fazer cumprir as disposições regulamentares no âmbito das atribuições da ANS;

II - zelar pelo desenvolvimento, pela credibilidade interna e externa da ANS e pela legitimidade de suas ações;

III - zelar pelo cumprimento dos planos e programas da ANS;

IV - praticar e expedir os atos de gestão administrativa no âmbito de suas atribuições;

V - cumprir e fazer cumprir as decisões da Diretoria Colegiada;

VI - contribuir com subsídios para propostas de ajustes e modificações na legislação, necessários à modernização do ambiente institucional de atuação da ANS;

VII - planejar e coordenar as atividades das unidades organizacionais sob sua responsabilidade;

VIII - delegar competências;

IX - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos de assistência à saúde e aos prestadores de serviços, por instrumento próprio;

X - representar contra as operadoras de planos de assistência à saúde ou contra os prestadores de serviços, por descumprimento da legislação vigente;

XI - expedir Notificações.

27

Seção IV

Do Ouvidor

Art. 48. Ao Ouvidor incumbe:

I - ouvir as reclamações de qualquer cidadão, relativas a infringências de normas da assistência suplementar à saúde;

II - receber denúncias de quaisquer violações de direitos individuais ou coletivos de atos legais relacionados à assistência suplementar à saúde, bem como qualquer ato de improbidade administrativa, praticados por agentes ou servidores públicos de qualquer natureza, vinculados direta ou indiretamente às atividades da ANS;

III - promover as ações necessárias à apuração da veracidade das reclamações e denúncia e, sendo o caso, tomar as providências necessárias ao saneamento das irregularidades e ilegalidades constatadas;

IV - produzir, semestralmente, ou quando oportuno, apreciações críticas sobre a atuação da ANS, encaminhando-as à Diretoria Colegiada, ao CONSU e ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O Ouvidor deverá manter e garantir o sigilo da fonte e a proteção do denunciante quando for o caso.

Seção V

Dos Diretores-Adjuntos

Art. 49. Aos Diretores-Adjuntos incumbe:

I - substituir os Diretores em seus impedimentos eventuais ou temporários;

II - planejar, organizar, dirigir, coordenar, controlar, avaliar, em nível operacional, os processos organizacionais da ANS sob a sua respectiva responsabilidade, com foco em resultados;

III - encaminhar os assuntos pertinentes para análise e decisão do Diretor;

IV - promover a integração entre os processos organizacionais.

Parágrafo único. Os Diretores-Adjuntos não substituem os Diretores na Diretoria Colegiada.

Seção VI

Dos Secretários

Art. 50. Ao Secretário-Geral incumbe:

I - assessorar a Diretoria Colegiada e o Diretor-Presidente;

II - organizar as reuniões da Diretoria Colegiada;

III - organizar as reuniões da Câmara de Saúde Suplementar;

IV - organizar as reuniões do Conselho de Saúde Suplementar;

V - executar ou coordenar outras atividades determinadas pelo Diretor-Presidente;

VI - planejar, organizar, dirigir, coordenar, controlar, avaliar, em nível operacional, os processos organizacionais da ANS, sob a sua responsabilidade, com foco em resultados, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Diretor-Presidente;

28

VII - encaminhar os assuntos pertinentes para análise e decisão do Diretor-Presidente;

VIII - promover a integração entre os processos organizacionais.

Art. 51. Ao Secretário-Executivo incumbe:

- I - assessorar o Diretor-Presidente;
 - II - exercer as atribuições de Diretor-Adjunto previstas no art. 49 deste Regimento Interno, na Diretoria cujo Diretor responsável for o Diretor-Presidente; e
 - III - executar outras atividades determinadas pelo Diretor-Presidente.
- Parágrafo único. O Secretário-Executivo não substitui o Diretor na Diretoria Colegiada.

Seção VII

Dos Assessores

Art. 52. Aos Assessores Especiais e Assessores incumbe o assessoramento aos Diretores e a execução de outras atividades por estes determinadas.

Seção VIII

Do Procurador-Geral

Art. 53. Ao Procurador-Geral incumbe:

- I - coordenar as atividades de assessoramento jurídico da ANS;
- II - aprovar os pareceres jurídicos dos procuradores da autarquia;
- III - representar ao Ministério Público para início de ação pública de interesse da ANS;
- IV - desistir, transigir, firmar compromisso e confessar nas ações de interesse da ANS, mediante autorização da Diretoria Colegiada;
- V - planejar, orientar e controlar a execução das atividades da Procuradoria e exercer outras atribuições que lhe forem cometidas, em suas respectivas áreas de competência.

Seção IX

Dos Gerentes-Gerais

Art. 54. Aos Gerentes-Gerais incumbe:

- I - planejar, organizar, dirigir, coordenar, controlar, avaliar, em nível operacional, os processos organizacionais da ANS sob a sua respectiva responsabilidade, com foco em resultados, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Diretor;
- II - encaminhar os assuntos pertinentes para análise e decisão do Diretor;
- III - promover a integração entre os processos organizacionais.

Seção X

Dos Demais Dirigentes

Art. 55. Ao Chefe de Gabinete, Corregedor e Gerentes incumbe planejar, orientar e controlar a execução das atividades das respectivas unidades e exercer outras atribuições que lhe forem cometidas, em suas respectivas áreas de competência.

29

CAPÍTULO V

DA CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 56. A Câmara de Saúde Suplementar é, na Agência, o órgão de participação institucionalizada da sociedade, de caráter permanente e consultivo, e será integrada:

- I - pelo Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;
- II - por um diretor da ANS, na qualidade de Secretário;
- III - por um representante de cada Ministério a seguir indicado:
 - a) da Fazenda;
 - b) da Previdência e Assistência Social;
 - c) do Trabalho e Emprego;
 - d) da Justiça;
 - e) da Saúde;
- IV - por um representante de cada órgão e entidade a seguir indicados:
 - a) Conselho Nacional de Saúde;
 - b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;
 - c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
 - d) Conselho Federal de Medicina;
 - e) Conselho Federal de Odontologia;
 - f) Conselho Federal de Enfermagem;
 - g) Federação Brasileira de Hospitais;
 - h) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;
 - i) Confederação das Santas Casas de Misericórdias, Hospitais e Entidades Filantrópicas;
 - j) Confederação Nacional da Indústria;
 - l) Confederação Nacional do Comércio;
 - m) Central Única dos Trabalhadores;
 - n) Força Sindical;
 - o) Social Democracia Sindical;
 - p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;
 - q) Associação Médica Brasileira.
- V - por um representante das entidades a seguir indicadas:
 - a) do segmento de autogestão de assistência à saúde;
 - b) das empresas de medicina de grupo;

- c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar;
- d) das empresas de odontologia de grupo;
- e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;

VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas:

30

- a) de defesa do consumidor;
- b) de associação de consumidores de planos privados de assistência à saúde;
- c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.

§ 1º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão indicados pelas entidades e designados pelo Diretor-Presidente da ANS.

§ 2º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar

§ 3º A não indicação do representante por parte dos órgãos e entidades ensejará a nomeação, de ofício, pelo Diretor-Presidente da ANS.

CAPÍTULO VI

DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 57. O Contrato de Gestão será o instrumento de controle da atuação administrativa da ANS e será negociado com o Ministro de Estado de Saúde, e aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar, sendo assinado com todos os Diretores da Autarquia.

§1º O Contrato de Gestão deverá contemplar, além dos elementos fixados na Lei n.º 9.961, de 2000, de criação da Agência, o procedimento relativo à avaliação do desempenho da ANS e à prestação de contas da sua Diretoria Colegiada.

§ 2º Qualquer alteração das cláusulas do Contrato de Gestão, do interesse da Agência, deverá ser justificada pela Diretoria Colegiada e, se acolhida pelo Ministro de Estado de Saúde, e aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar será efetivada mediante a assinatura do correspondente Termo de Aditamento.

§ 3º O Contrato de Gestão e seus eventuais aditamentos serão publicados no Diário Oficial da União.

CAPÍTULO VII

DAS AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

Art. 58. O processo decisório que implicar efetiva afetação de direitos sociais do setor de saúde ou dos consumidores, decorrentes de ato administrativo da Agência ou de anteprojeto de lei proposto pela ANS, poderá ser precedido de audiência pública, observados os objetivos e disposições estabelecidas no Regulamento aprovado pelo Decreto n.º 3.327, de 05 de janeiro de 2000, que será realizada pela Diretoria Colegiada segundo o disposto neste Capítulo.

§ 1º Em data, local e horário previamente divulgados em ato do Diretor-Presidente, o Diretor designado para presidir a audiência ouvirá os depoimentos das partes interessadas.

§ 2º Na hipótese de haver defensores e opositores à matéria sob apreciação, o presidente da audiência procederá de forma que possibilite a oitiva de todas as partes interessadas.

§ 3º Os membros da Diretoria Colegiada poderão interpelar o depoente sobre assuntos diretamente ligados à exposição feita, sendo permitido o debate esclarecedor.

31

§ 4º Os trabalhos da audiência pública serão relatados em ata resumida, que será assinada pelo presidente da audiência e pelas partes, ou seus representantes habilitados e publicada no Diário Oficial da União.

§ 5º As atas, os depoimentos escritos e documentos conexos serão mantidos em arquivo, podendo ser reproduzidos e entregues às partes interessadas que os requererem.

§ 6º A Diretoria Colegiada da ANS publicará ato próprio, definindo os procedimentos relacionados com a convocação e realização da audiência.

CAPÍTULO VIII

DOS INSTRUMENTOS DECISÓRIOS, ATOS E CORRESPONDÊNCIAS

Seção I

Dos Instrumentos Decisórios e Atos da Diretoria Colegiada

Art. 59. Cada Diretoria, a partir do estabelecido no presente Regimento, terá detalhada sua área de ação, suas normas de organização a serem aprovadas pela Diretoria Colegiada que terão como objetivo:

I - definir e detalhar as atividades e os procedimentos internos relacionados às Diretorias;

II - fixar os termos do Código de Ética da ANS;

III - definir e detalhar as atividades e os procedimentos internos relacionados às Gerências-Gerais e ao Gabinete do Diretor-Presidente;

IV - detalhar os procedimentos internos e os atos administrativos necessários ao

atendimento das responsabilidades dos dirigentes e servidores da ANS;
 V - estabelecer os procedimentos para o funcionamento, a ordem dos trabalhos e os processos decisórios da Diretoria Colegiada, por ela definidos.

Art. 60. A Diretoria Colegiada exerce as competências previstas na Lei e no Regulamento da ANS, e manifesta-se pelos seguintes instrumentos decisórios, assim qualificados:

I - Ata: consigna as deliberações decorrentes dos resultados de processos decisórios de alcance interno e externo, assim como a determinação para a realização de consultas e de audiências públicas;

II - Resolução: expressa decisão normativa, operacional e administrativa, de alcance interno e externo, de acordo com a seguinte classificação:

a) Normativa - RN: expressa decisão normativa que regula a implementação da política de saúde suplementar nacional e a prestação dos serviços de assistência suplementar à saúde, inclusive para aprovação ou alteração do Regimento Interno da ANS e para a definição de instrumentos e sistemas de coletas periódicas de informações, e possui alcance interno e externo;

b) Operacional - RO: expressa decisão para fins de implementação de ações ou procedimentos operacionais específicos, de alcance externo, previstos em Resoluções Normativas, tais como: alienação de carteira, instauração de regimes de direção técnica, direção fiscal e de liquidação extrajudicial;

c) Administrativa - RA: expressa decisão para fins de implementação de ações ou procedimentos administrativos de alcance interno, voltados ao funcionamento da ANS.

32

III - Súmula Normativa: expressa interpretação da legislação de saúde suplementar, com efeito vinculativo, inclusive para a determinação de multas e taxas aplicadas pela ANS;

IV - Portaria: expressa decisão relativa a assuntos de gestão administrativa, de recursos humanos, de nomeação e exoneração de diretores técnico e fiscal e de liquidante, autorização de afastamento do país, e a outras matérias que necessitem de aprovação da Diretoria Colegiada, de alcance interno ou externo;

V - Consulta Pública: expressa decisão que submete documento ou assunto a comentários e sugestões do público em geral;

VI - Despacho: expressa deliberação da Agência sobre plano de recuperação, termo de compromisso de ajuste de conduta, petição, requerimento ou recurso de terceiros, e outros assuntos não previstos nos demais incisos enumerados neste artigo, de interesse individual ou coletivo, com alcance interno ou externo;

VII - Comunicado: expressa decisão afeta à matéria administrativa, em análise de casos concretos, com alcance interno ou externo.

§ 1º A Súmula Normativa de que trata o inciso III, aprovada pela Diretoria Colegiada, vincula as unidades organizacionais da ANS, os servidores ocupantes de cargos comissionados de Direção - CD, de Gerência Executiva - CGE, de Assessoria - CA, de Assistência - CAS e Técnicos - CCT, além dos demais servidores e empregados, os quais ficam obrigados a lhe dar cabal e fiel cumprimento.

§ 2º Os atos normativos de regulamentação e regulação do setor de saúde suplementar, abrangendo as operadoras, os produtos e os prestadores de serviços de assistência à saúde suplementar, no tocante aos reajustes e revisões de preços das contraprestações pecuniárias dos planos, às disposições sobre as taxas de saúde suplementar, às multas e ao exercício do poder de polícia, serão objeto de Resolução.

§ 3º Os atos da Diretoria Colegiada serão expedidos pelo Diretor-Presidente ou seu substituto legal.

§ 4º Os atos da Diretoria Colegiada terão numeração e controles próprios, pelo Gabinete da Presidência, e serão arquivados na Secretaria Geral.

§ 5º Após assinados, os atos da Diretoria Colegiada definidos nos incisos II a V, assim como os definidos nos incisos VI e VII que possuam alcance externo, serão publicados no Diário Oficial da União e, se for caso, em jornais de grande circulação, além de divulgados no site da ANS.

Seção II

Dos Instrumentos Decisórios e Atos do Diretor-Presidente, Diretores e demais Autoridades da ANS

Art. 61. O Diretor-Presidente, os Diretores e demais Autoridades da ANS exercem as competências previstas na Lei e no regulamento da ANS, e manifestam-se pelos seguintes instrumentos decisórios e atos assim qualificados:

I - Instrução: expressa decisão de caráter normativo e de serviço, de acordo com a seguinte classificação:

a) Normativa - IN: para fins de detalhamento de procedimentos de alcance externo previstos nas Resoluções Normativas de que trata a alínea "a", do inciso II, do art. 60, deste Regimento Interno;

33

b) de Serviço - IS: para fins de detalhamento de normas, critérios, procedimentos, orientações, padrões e programas, de alcance interno, no âmbito de competência e atuação de cada Diretoria ou de determinada unidade organizacional;

II - Portaria: expressa decisões relativas a assuntos de gestão administrativa, de recursos humanos e de constituição de comissões, grupos de trabalho e assemelhados, de alcance interno ou externo à ANS;

III - Despacho: expressa decisões finais ou interlocutórias em processo de instrução pela ANS e para os fins de registros homologatórios ou autorizativos de funcionamento de operadoras ou de comercialização de produtos;

IV - Parecer: expressa análise de caráter jurídico sobre matéria em apreciação pela ANS;

V - Nota: expressa análise de caráter técnico ou administrativo sobre matéria em apreciação pela ANS.

§ 1º O Parecer de que trata o inciso IV deste artigo, aprovado pela Diretoria Colegiada, vincula as unidades organizacionais da ANS, os servidores ocupantes de cargos comissionados de Direção - CD, de Gerência Executiva - CGE, de Assessoria - CA, de Assistência - CAS e Técnicos - CCT, além dos demais servidores e empregados, os quais ficam obrigados a lhe dar cabal e fiel cumprimento.

§ 2º As Instruções Normativas de que trata a alínea “a” do inciso I, deste artigo, serão expedidas pelos Diretores ou seus respectivos substitutos, em suas ausências ou impedimentos, ou pelo Diretor-Presidente.

§ 3º As Instruções de Serviço de que trata a alínea “b” do inciso I, deste artigo, serão expedidas pelos Diretores ou seus respectivos substitutos, em suas ausências ou impedimentos, ou pelo Diretor-Presidente, bem como pelo Secretário-Geral, Secretário-Executivo, Procurador-Geral, Ouvidor e Corregedor.

§ 4º As Portarias de que trata o inciso II, serão expedidas pelo Diretor-Presidente, pelos Diretores e pelas autoridades delegadas.

§ 5º Os Despachos previstos no inciso III serão expedidos pelos Diretores, pelos servidores ocupantes de cargos comissionados de Gerência Executiva - CGE, de Assessoria - CA, pelos Chefes dos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização e pelos responsáveis pelas Unidades Estaduais de Fiscalização.

§ 6º Os Pareceres de que trata o inciso IV serão expedidos pela Procuradoria e aprovados pelo Procurador-Geral ou seu substituto.

§ 7º As Notas previstas no inciso V serão expedidas pelos ocupantes de cargos comissionados de Gerência Executiva - CGE, de Assessoria - CA, de Assistência - CAS e Técnicos - CCT, e pelos demais servidores e empregados, encarregados da análise e instrução dos processos.

§ 8º A Diretoria responsável por decisão em primeira instância observará a jurisprudência e as decisões reiteradas pela Diretoria Colegiada, naquelas causas cujo tema se repete, tendo como objeto o mesmo fundamento jurídico ou fático.

§ 9º Os atos normativos ou ordinários terão numeração e controle próprios pelo Gabinete da Presidência quando expedidos pelo Diretor-Presidente e pelas Diretorias e unidades responsáveis pela sua expedição, conforme seja o caso.

§ 10 Após assinados os atos definidos na alínea “a” do inciso I, bem como os definidos nos incisos II e III, que possuam alcance ou interesse externos, serão publicados no Diário Oficial da União e, se for o caso, em jornais de grande circulação, além de divulgados no site da ANS.

34

§ 11 Após assinados, os atos normativos definidos na alínea “b” do inciso I, serão divulgados na Intranet, aos servidores e empregados da ANS.

§ 12 Após assinados, os atos normativos definidos no inciso II, que possuam alcance interno, serão divulgados no boletim de serviço da ANS.

Seção III

Das Deliberações e do Funcionamento

Art. 62. As deliberações da Diretoria Colegiada serão tomadas em Reuniões ou Circuitos Deliberativos, nos termos deste Regimento.

§ 1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de pelo menos três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes.

§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa.

§ 3º O recurso a que se refere o § 2º, terá efeito suspensivo, salvo quando a matéria que lhe constituir o objeto envolver risco à saúde dos consumidores.

§ 4º As Reuniões destinam-se à deliberação sobre assuntos do setor de saúde suplementar e sobre o funcionamento da Agência.

§ 5º As matérias objeto de Reunião poderão ser levadas a Circuito Deliberativo, por decisão do Diretor-Presidente ou da Diretoria Colegiada.

§ 6º O Circuito Deliberativo destina-se a coletar os votos dos Diretores, sem a necessidade da realização de Reunião.

§ 7º Não poderão ser objeto de Circuito Deliberativo as deliberações sobre as

Resoluções Normativas ou Operacionais, as Súmulas Normativas e os Despachos em processos de recursos à Diretoria Colegiada, nos quais o relator apresente voto divergente em relação à decisão de instância inferior.

§ 8º Por decisão do Diretor-Presidente ou por solicitação de um Diretor, matéria em análise em Circuito Deliberativo poderá ser levada à Reunião.

§ 9º Cada ato a ser submetido à decisão da Diretoria Colegiada, pelo Diretor-Presidente ou por Diretor, deverá ser acompanhado da respectiva Proposta de Ato para Decisão, que conterá resumo de seu conteúdo, e do parecer próprio do responsável pelo assessoramento em assuntos jurídicos de cada Diretoria, a ser designado, ou da Procuradoria, nas unidades subordinadas diretamente ao Diretor-Presidente.

Seção IV

Das Correspondências

Art. 63. As Correspondências da ANS serão expedidas sob a forma de:

I - Requerimento de Informações: expediente externo dirigido às operadoras e aos prestadores de serviço, objeto da ação da ANS, para a requisição de informações técnicas, operacionais, assistenciais e econômicas, respeitado e mantido o sigilo legal das mesmas, quando for o caso;

II - Convocação: expediente externo dirigido às operadoras e aos prestadores de serviços, quando da realização de reuniões técnicas ou setoriais;

III - Ofício: expediente externo que trata de assuntos de serviço ou de interesse da administração, dirigidos aos Órgãos ou Entidades Públicas ou Privadas, Nacionais ou Internacionais;

35

IV - Memorando: expediente interno, entre unidades administrativas no âmbito da ANS, que trata de assuntos técnicos e administrativos;

V - Carta: expediente externo, dirigido ao cidadão em resposta a demanda formulada pelo mesmo, ou interno, dirigido aos servidores e empregados da ANS para informações e mensagens de natureza institucional e administrativa;

VI - Notificação: expediente externo dirigido às operadoras ou aos prestadores de serviços, para dar ciência sobre representação formulada por Diretor contra os mesmos, iniciando prazo para ampla defesa, e para os fins de cobrança e inscrição de débitos na Dívida Ativa da ANS.

§1º Os Requerimentos de Informação e as Convocações, individuais ou coletivas, e as Notificações serão expedidos pelo Diretor-Presidente, pelos Diretores ou, por delegação expressa, pelos seus respectivos substitutos.

§ 2º Os Ofícios e Cartas serão expedidos pelo Diretor-Presidente, Diretores, Secretário-Geral, Secretário-Executivo, Diretores-Adjuntos, Gerentes-Gerais, Procurador-Geral, Chefes de Gabinete, Ouvidor e Corregedor.

§ 3º O Diretor responsável pela Diretoria de Fiscalização poderá delegar competência para a expedição de Ofícios e Cartas aos Chefes dos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização e aos responsáveis pelas Unidades Estaduais de Fiscalização.

§ 4º Os Memorandos serão expedidos pelo Diretor-Presidente, Diretores, Secretário-Geral, Secretário-Executivo, Diretores-Adjuntos, Assessores Especiais, Assessores, Gerentes-Gerais, Gerentes, Procurador-Geral, Chefes de Gabinete, Ouvidor, Corregedor, Chefes dos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização e responsáveis pelas Unidades Estaduais de Fiscalização.

§ 5º As Correspondências poderão ser Circulares, quando forem expedidas simultaneamente a diversos destinatários com textos idênticos, apresentadas sob a forma de Ofícios, Memorandos e Cartas, e mediante assinatura:

I - Do Diretor-Presidente ou Diretores, no caso de Ofícios e Cartas.

II - Do Diretor-Presidente, Diretor, Secretário-Geral, Secretário-Executivo, Diretores-Adjuntos, Procurador-Geral, Chefes de Gabinete, Ouvidor e Corregedor no caso de Memorandos.

§ 6º As Correspondências terão numeração própria, controladas em cada unidade organizacional competente para expedi-las e deverão ser registradas no sistema de protocolo da ANS.

§ 7º As respostas aos Requerimentos de Informação deverão ser incorporadas ao Sistema de Informações da ANS.

§ 8º As Correspondências poderão ser transmitidas por equipamento de fac-símile, para ciência prévia, quando for necessária maior rapidez no envio ou para a resposta.

Art. 64. Os procedimentos para encaminhamento e aprovação de atos normativos ou ordinários da Diretoria Colegiada, o modelo de atos normativos ou ordinários e de correspondências e de proposta de ato para decisão, serão os definidos em Resolução de Diretoria Colegiada específica.

Art. 65. Os arts. 60, 61 e 63 deste Regimento Interno não alcançam atos e correspondências previstos em outras Leis e Regulamentos específicos.

36

CAPÍTULO IX**DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 66. O Diretor-Presidente poderá por Portaria estabelecer outra localidade, diferente da sede, para fixação de unidade organizacional ou exercício de ocupante de cargo comissionado.

Art. 67. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento Interno serão solucionadas pela Diretoria Colegiada.

37

ANEXO II**QUADRO DEMONSTRATIVO DE CARGOS EM COMISSÃO E COMISSIONADOS DE****SAÚDE SUPLEMENTAR****UNIDADE CARGOS**

(Quantitativo)

DENOMINAÇÃO

CARGO/FUNÇÃO

NÍVEL

DIRETORIA COLEGIADA

1 Diretor-Presidente CD-I

..... 4 Diretor CD-II

Ouvidoria 1 Ouvidor CGE-II

..... 1 CCT-V

..... 1 CCT-IV

..... 1 CCT-I

PRESIDÊNCIA

..... 1 Secretário-Executivo CGE-I

..... 1 Chefe de Gabinete -

RJ

CGE-II

..... 2 Assessor Especial CA-I

..... 2 Assessor CA-II

..... 1 Coordenador CGE-IV

..... 5 CCT-V

..... 4 CCT-IV

..... 2 CCT-III

..... 1 CCT-I

Gabinete no Distrito Federal 1 Chefe de Gabinete no

DF

CGE-III

Gerência-Geral de Comunicação

Social

1 Gerente-Geral CGE-II

Corregedoria 1 Corregedor CGE-III

..... 1 CCT-IV

..... 1 CCT-III

..... 1 CCT-I

Procuradoria 1 Procurador-Geral CGE-II

..... 1 CCT-V

Gerência de Contencioso 1 Gerente CGE-III

Gerência de Consultoria

Administrativa

1 Gerente CGE-III

Gerência de Consultoria Normativa 1 Gerente CGE-III

Secretaria-Geral 1 Secretário-Geral CGE-I

Gerência de Planejamento e

Acompanhamento

1 Gerente CGE-III

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL

..... 1 Diretor-Adjunto CGE-II

..... 1 Assessor Especial CA-I

..... 2 Assessor CA-II

..... 4 CCT-V

..... 3 CCT-IV

Gerência-Geral de Integração com 1 Gerente-Geral CGE-II

38

o SUS

2 Gerente CGE-III

Gerência-Geral de Informações e

Sistemas

1 Gerente-Geral CGE-II

2 Gerente CGE-III

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS

..... 1 Diretor-Adjunto CGE-II

..... 2 Assessor Especial CA-I

..... 1 Assessor CA-II

1 Gerente CGE-III

..... 6 CCT-V

..... 7 CCT-IV

..... 1 CCT-I

Gerência-Geral de Regulamentação
e Habilitação das Operadoras

1 Gerente-Geral CGE-II

2 Gerente CGE-III

Gerência-Geral de

Acompanhamento do Desempenho
das Operadoras

1 Gerente-Geral CGE-II

2 Gerente CGE-III

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

..... 1 Diretor-Adjunto CGE-II

..... 1 Assessor Especial CA-I

..... 1 Assessor CA-II

..... 1 Gerente CGE-III

..... 3 CCT-V

..... 6 CCT-IV

..... 1 CCT-III

..... 1 CCT-II

..... 4 CCT-I

Gerência de Pesquisa 1 Gerente CGE-III

Gerência-Geral Estrutura e

Operação dos Produtos

1 Gerente-Geral CGE-II

..... 2 Gerente CGE-III

Gerência-Geral Técnico-Assistencial
dos Produtos

1 Gerente-Geral CGE-II

..... 1 Gerente CGE-III

Gerência-Geral Econômico-

Financeira dos Produtos

1 Gerente-Geral CGE-II

..... 2 Gerente CGE-III

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO

.... 1 Diretor-Adjunto CGE-II

..... 3 Assessor CA-II

..... 4 CCT-V

..... 9 CCT-IV

..... 1 CCT-III

..... 3 CCT-I

Gerência-Geral de Atendimento ao
Consumidor

1 Gerente-Geral CGE-II

Gerência de Operações de

Atendimento

1 Gerente CGE-III

39

Gerência-Geral de Fiscalização

Planejada

1 Gerente-Geral CGE-II

Gerência de Operações de

Fiscalização

1 Gerente CGE-III

Gerência-Geral de Fiscalização

Descentralizada

1 Gerente-Geral CGE-II

Assessoria de Instrução e Análise 1 Assessor-Chefe CGE-III

Gerência de Operações

Descentralizadas

1 Gerente CGE-III

Núcleo Regional de São Paulo 1 Chefe CCT-V

..... 2 CCT-III

..... 1 CCT-I

Núcleo Regional da Bahia, Ceará,
Distrito Federal, Minas Gerais, Pará,
Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul
7 Chefe CCT-IV

..... 12 CCT-II

..... 7 CCT-I

DIRETORIA DE GESTÃO

..... 1 Assessor Especial CA-I

..... 1 Assessor CA-II

1 Coordenador CGE-IV

..... 4 CCT-V

..... 9 CCT-IV

..... 1 CCT-III

..... 1 CCT-II

..... 2 CCT-I

Gerência-Geral de Administração e
Finanças

1 Gerente-Geral CGE-II

Gerência de Arrecadação e Finanças 1 Gerente CGE-III

Gerência de Administração de
Pessoal

1 Gerente CGE-III

Gerência de Aquisições e Contratos 1 Gerente CGE-III

Gerência de Administração e

Serviços de Infra-Estrutura

1 Gerente CGE-III

CIRCULAR SUSEP N.º 158, de 26 de julho de 2001.

Revoga as Circulares SUSEP que tratam especificamente do Seguro Saúde.

O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, nos termos do art. 36, alíneas "b" e "c", do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, e considerando o disposto na Resolução CNSP n.º 47, de 12 de fevereiro de 2001, e o que consta do processo SUSEP nº 10.000229/01-61, resolve:

Art. 1º Ficam revogadas as Circulares SUSEP n.º 5, de 9 de março de 1989; n.º 10, de 29 de dezembro de 1993; n.º 9, de 13 de junho de 1995; n.º 21, de 15 de dezembro de 1995; n.º 68, de 10 de dezembro de 1998; e n.º 77, de 9 de fevereiro de 1999.

Art. 2º Esta Circular entra em vigor na data de sua publicação.

HELIO OLIVEIRA PORTOCARRERO DE CASTRO

SUPERINTENDENTE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS

RESOLUÇÃO CNSP Nº 47, DE 2001.

Revoga as Resoluções CNSP que tratam de Seguro Saúde.

A SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da atribuição que lhe confere o art. 26 do Regimento Interno aprovado pela Resolução CNSP nº 14, de 3 de dezembro de 1991, torna público que o CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS - CNSP, em Sessão Ordinária realizada nesta data, com base no art. 32, incisos II e IV, do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, e considerando o que consta no Processo CNSP nº, 1 de 30 de janeiro de 2001 – na origem, Processo SUSEP nº 10.000738/00-02, de 9 de fevereiro de 2000, resolveu:

Art. 1º Revogar as Resoluções CNSP n.º 11, de 21 de maio de 1976; n.º 7, de 25 de outubro de 1983; n.º 7, de 10 de julho de 1984; n.º 6, de 6 de maio de 1992; n.º 16, de 20 de dezembro de 1988; n.º 6, de 22 de junho de 1994; e n.º 31, de 22 de dezembro de 1994.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 12 de fevereiro de 2001.

HELIO OLIVEIRA PORTOCARRERO DE CASTRO

Superintendente da Superintendência de Seguros Privados

CIRCULAR SUSEP Nº 115, DE 25 DE JANEIRO DE 2000.

Revoga a Circular SUSEP nº 23, de 30 de janeiro de 1998.

O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, na forma do art. 36, alíneas "b" e "g", do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, no uso das atribuições que lhe confere o Item 2, alínea "c", da Instrução SUSEP nº 1, de 20 de março de 1997, e considerando o que consta no Processo SUSEP nº 10.005508/99-16, de 28 de outubro de 1999,

RESOLVE:

Art. 1º Fica revogada a Circular SUSEP nº 23, de 30 de janeiro de 1998.

Art. 2º Esta Circular entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 25 de janeiro de 2000.

HELIO OLIVEIRA PORTOCARRERO DE CASTRO

Superintendente

CIRCULAR SUSEP Nº 77, de 9 de fevereiro de 1999.

Regulamenta os documentos que deverão ser enviados para a SUSEP, tendo em vista o cadastro provisório estabelecido pela Circular SUSEP nº 68/98.

O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, na forma do art. 36, alínea "b", do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, no uso das atribuições que lhe confere o item 2, alínea "c", da Instrução SUSEP nº 1, de 20 de março de 1997, tendo em vista o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com alterações introduzidas pela Medida Provisória nº 1.730-7, de 7 de dezembro de 1998, e considerando o que consta no Processo SUSEP nº 10.000316/99-78, de 19 de janeiro de 1999,

R E S O L V E :

Art. 1º. Para complementação do registro provisório da empresa, as operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluídas as entidades ou empresas que mantêm sistema de assistência à saúde pela modalidade de autogestão, deverão enviar os seguintes documentos à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP:

I - cópia, devidamente autenticada, do registro do documento de constituição da empresa e alterações posteriores ou a última alteração consolidada;

II - cópia, devidamente autenticada, do CGC/MF;

III - cópia, devidamente autenticada, do CPF/MF dos controladores e administradores da empresa.

Parágrafo único – O descumprimento do estabelecido na presente Circular, no prazo máximo de trinta dias, a contar da data de sua publicação, acarretará o cancelamento do registro provisório da empresa na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Art. 2º. Esta Circular entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 9 de fevereiro de 1999.

HELIO OLIVEIRA PORTOCARRERO DE CASTRO

Superintendente

CIRCULAR SUSEP Nº 68, de 10 de dezembro de 1998

Regulamenta os dados cadastrais que deverão ser enviados para a SUSEP .

O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, na forma do art. 36, alínea "b", do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, no uso das atribuições que lhe confere o item 2, alínea "c", da Instrução SUSEP nº 1, de 20 de março de 1997, tendo em vista o disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com alterações introduzidas pela Medida Provisória nº 1.730-7, de 7 de dezembro de 1998, e considerando o que consta no Processo SUSEP nº 15414.004537/97-04, de 8 de outubro de 1997,

R E S O L V E :

Art. 1º. As operadoras de planos privados de assistência à saúde, incluídas as entidades ou empresas que mantêm sistema de assistência à saúde pela modalidade de autogestão, deverão enviar seus dados cadastrais à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, por meio de disquete para microcomputador, compatíveis com IBM/PC, ou por e-mail, conforme o disposto nos anexos I e II, respectivamente.

Parágrafo único. Quando do recebimento das informações cadastrais, a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP notificará as operadoras de que trata o "caput" o correspondente código da empresa, para efeito de cadastro provisório.

Art. 2º. Para as operadoras de seguros privados de assistência à saúde, serão consideradas informações hábeis para efeito do cadastramento provisório os dados cadastrais enviados de acordo com o estabelecido pela Circular SUSEP nº 11/94.

Parágrafo único. Para efeito de cadastro, serão mantidos os códigos atuais das operadoras de seguros privados de que trata o "caput", constantes dos Formulários de Informações Periódicas – FIP.

Art. 3º. A SUSEP notificará as operadoras de que trata o "caput", quando do recebimento das informações de que trata o art. 1º, informando o código da empresa.

Parágrafo único. Para as operadoras de seguros privados de assistência à saúde serão mantidos os códigos atuais, constantes do Formulário de Informações Periódicas – FIP.

Art. 4º Esta Circular entra em vigor na data de sua publicação.
Rio de Janeiro, 10 de dezembro de 1998.

HELIO OLIVEIRA PORTOCARRERO DE CASTRO
Superintendente

CIRCULAR SUSEP Nº 68, de 10 de dezembro de 1998 - ANEXO I

Modelo do documento com dados da Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, a ser enviado em disquete para microcomputador compatível com IBM/PC.

1- Dados Referentes às Operadoras

Número do registro do documento de constituição da Empresa:

CGC :

Razão Social:

Nome Fantasia:

Unidade da Federação (Matriz):

Município (Matriz):

Bairro ou Distrito (Matriz):

CEP (Matriz):

Telefone c/DDD (Matriz):

Fax c/DDD (Matriz):

E-mail:

Nome do Representante da Empresa junto à SUSEP:

2 - Dados Referentes aos Administradores

Cadastro Individual de Contribuintes (CIC):

Nome Completo:

Cargo/Função:

Período de Mandato:

Observações:

1 A planilha com os dados acima descritos poderá ser retirada, através de cópia de disquetes, na Sede ou nos Departamentos/Representações Regionais da

Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, ou no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

2 No caso de empresas localizadas em cidades não atendidas pelos Departamentos/Representações Regionais da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP ou que não possuam meios de acessar a internet, os dados poderão ser gerados em qualquer editor de texto, sendo necessariamente salvos como SUSEP.TXT, em disquete 3½" para microcomputador, compatível com IBM/PC.

3 Quanto aos dados dos administradores, deverão ser enviadas as informações (CIC, Nome Completo, Cargo/Função e Mandato), individualmente para cada administrador.

4 Dúvidas poderão ser dirimidas no Departamento de Controle Econômico – DECON da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, à Rua Buenos Aires 256, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20061-000 - Telefone: (021) 297-4415, ramal 1437

CIRCULAR SUSEP Nº 68, de 10 de dezembro de 1998 - ANEXO II

Modelo do documento com dados da Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, a ser enviado por e-mail, via Internet.

Endereço para envio: saúde@susep.gov.br

Título: Dados Cadastrais

Mensagem: Segue em anexo o modelo de documento, SUSEP.TXT, conforme o disposto na Circular SUSEP nº 68/98.

Modelo que deverá ser enviado por e-mail

1- Dados Referentes às Operadoras

Número do registro do documento de constituição da Empresa:

CGC :

Razão Social:

Nome Fantasia:

Endereço Completo (Matriz):

Unidade da Federação (Matriz):

Município (Matriz):

Bairro ou Distrito (Matriz):

CEP (Matriz):

Telefone c/DDD (Matriz):

Fax c/DDD (Matriz):

E-mail:

Nome do Representante da Empresa junto a SUSEP:

2 - Dados Referentes aos Administradores

Cadastro Individual de Contribuintes (CIC):

Nome Completo:

Cargo/Função:

Período de Mandato:

Observações:

1 A planilha com os dados acima descritos, que deverá ser preenchida e enviada por e-mail, poderá ser obtida no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

2 Quanto aos dados dos administradores, deverão ser enviadas as informações (CIC, Nome Completo, Cargo/Função e Mandato), individualmente para cada administrador.

4 Dúvidas poderão ser dirimidas no Departamento de Controle Econômico – DECON da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, à Rua Buenos Aires 256, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20061-000 - Telefone: (021) 297-4415, ramal 1437

A planilha está disponível nas páginas "NOVIDADES" e "DOWNLOAD" da Home Page da SUSEP

CIRCULAR SUSEP Nº 23, de 30 de janeiro de 1998.***Dispõe sobre estrutura mínima de dados para o seguro de reembolso de assistência médica e/ou hospitalar***

O Superintendente da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), na forma do disposto no Artigo 36, alíneas "b" e "g", do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, considerando o proposto pelo Departamento Técnico-Atuarial,

RESOLVE :

Art. 1º - As Sociedades Seguradoras deverão elaborar estruturas de dados que contenham, no mínimo, as informações sobre o seguro de reembolso de despesas com assistência médica e/ou hospitalar (seguro saúde), especificadas no item 1 do Anexo I.

Art. 2º - Os arquivos adiante especificados deverão ser consolidados de acordo com o exemplo apresentado no Anexo III.

a) o arquivo de **sinistros 1**, totalizado pelos campos **região, ano, mês, mod, cob e idade**, nesta ordem, conforme estrutura definida no item 2 do Anexo I;

b) o arquivo de **sinistros 2**, totalizado pelos campos **ano e mês**, nesta ordem, conforme estrutura definida no item 2 do Anexo I;

c) o arquivo de **receita**, totalizado pelos campos **região, ano, mês, mod e idade**, nesta ordem, conforme estrutura definida no item 2 do Anexo I;

d) a **cobertura 10 (Despesas Hospitalares)** deverá ser subtotalizada nas coberturas de códigos 11 e 13, definidos no Anexo II;

e) a **cobertura 80 (Tratamento Dentário)** deverá ser subtotalizada nas coberturas de códigos 81 a 91, definidos no Anexo II, quando for possível seu detalhamento.

Art. 3º - No que se refere aos arquivos de **receita e sinistros 1**, as Sociedades Seguradoras estão obrigadas a enviar à SUSEP, até o dia 31 (trinta e um) do mês de maio de cada ano, os dados estatísticos referentes ao período de julho a dezembro do ano anterior, e até o dia 30 (trinta) de novembro de cada ano, os dados estatísticos referentes ao período de janeiro a junho do mesmo ano, em meio magnético e com arquivos compatíveis com padrão **dbf versão 3.0**, conforme descrito no artigo anterior e observadas as estruturas do item 2 do Anexo I.

Parágrafo Único - A primeira remessa deverá ocorrer até 30 de novembro de 1998, para os dados estatísticos referentes ao período de janeiro a junho de 1998.

Art. 4º - No que se refere ao arquivo de **sinistros 2**, as Sociedades Seguradoras estão obrigadas a enviar à SUSEP, até o dia 31 (trinta e um) do mês de maio de cada ano, os dados estatísticos referentes ao período de janeiro a junho do ano anterior, e até o dia 30 (trinta) de novembro de cada ano, os dados estatísticos referentes ao período de julho a dezembro do ano anterior, em meio magnético e com arquivos compatíveis com padrão **dbf versão 3.0**, conforme descrito no artigo 2º e observada a estrutura do item 2 do Anexo I.

Parágrafo Único - A primeira remessa deverá ocorrer até 31 de maio de 1999, para os dados estatísticos referentes ao período de janeiro a junho de 1998.

Art. 5º - O disquete dos dados deverá ser acompanhado de documento de encaminhamento expedido pela Sociedade Seguradora, assinado pelo Diretor e pelo Atuário responsáveis pelas informações, devidamente identificados.

Art. 6º - Os nomes dos arquivos a serem encaminhados deverão obedecer a seguinte nomenclatura :

I arquivo **sinistros 1**: sin1.dbf

II arquivo **sinistros 2**: sin2.dbf

III arquivo **receita**: rec.dbf

Art. 7º - Os valores monetários deverão ser expressos em moeda nacional corrente.

§ 1º - Para efeito de totalização, os valores dos prêmios deverão ser referentes ao mês de competência dos prêmios, enquanto que, para os valores das indenizações, serão computados na data do início do evento.

§ 2º - Os valores dos sinistros, liquidados ou não, deverão ser informados de acordo com os valores efetivamente apurados até os meses de abril e outubro de cada ano.

Art. 8º - Os dados referentes à operação em que haja cosseguro deverão ser encaminhados, exclusivamente, pelas respectivas Seguradoras líderes e apresentados de forma consolidada, independentemente do percentual de participação da líder.

Art. 9º - Consideram-se Pacotes as despesas hospitalares em que não estão discriminados os valores referentes às despesas de diárias hospitalares (11), outras despesas (12) e despesas médicas com internação hospitalar (20).

Art. 10 - O descumprimento do disposto nesta Circular sujeitará a Sociedade Seguradora, bem como seus administradores, às penalidades previstas na Resolução CNSP nº 14, de 25 de outubro de 1995, do Conselho Nacional de Seguros Privados.

Art. 11 - Esta Circular entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Circular SUSEP nº 06/97, de 09 de junho de 1997.

Rio de Janeiro, 30 de janeiro de 1998.

HELIO OLIVEIRA PORTOCARRERO DE CASTRO

Superintendente

CIRCULAR SUSEP Nº 006, de 09 de junho de 1997.**Dispõe sobre estrutura de dados para o seguro de reembolso de assistência médica e/ou hospitalar**

O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA de Seguros Privados (SUSEP), na forma do disposto no Artigo 36, alínea “b” e “g”, do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, considerando proposta de trabalho apresentada pelo Departamento Técnico-Atuarial,

RESOLVE:

Art. 1º - As sociedades Seguradoras obrigam-se a elaborar estruturas de dados que contenham as informações sobre seguro de reembolso de despesas com assistência médica e/ou hospitalar (Seguro Saúde) especificadas no item 1 do Anexo I.

Art. 2º - Os arquivos serão consolidados na seguinte disposição, observando-se o exemplo apresentado no Anexo III.

a) arquivo de sinistros, totalizado pelos campos **região, ano, mês, mod, cob e idade**, nesta ordem, conforma estrutura definida no item 2 do Anexo I;

b) arquivo de receita, totalizado pelos campos **região, ano, mês, mod e idade**, nesta ordem, conforme estrutura definida no item 2 do Anexo I;

c) a cobertura 10 (Despesas hospitalares) deverá ser subtotalizada nas coberturas de códigos 11 e 12, definidos no Anexo II;

d) a cobertura 80 (Tratamento Dentário) deverá ser subtotalizada nas coberturas de códigos 81 a 89, definidos no Anexo II, quando for possível seu detalhamento.

Art. 3º - As sociedades seguradoras estão obrigadas a enviar à SUSEP, até o dia 30 (trinta) do mês de março, os dados estatísticos referentes ao período de julho a dezembro do ano anterior, e até o dia 30 (trinta) de setembro de cada ano, os dados estatísticos referentes ao período de janeiro a junho do mesmo ano, respectivamente.

Parágrafo 1º - Os dados estatísticos serão fornecidos em meio magnético, por disquete, com arquivos compatíveis com padrão **dbf**, conforme descrito no artigo 2º, observadas as estruturas do item 2 do Anexo I.

Parágrafo 2º - O disquete com os dados será acompanhado de documento de encaminhamento expedido pela Sociedade Seguradora, assinado pelo Diretor e pelo Atuário responsáveis pelas informações, devidamente identificados.

Parágrafo 3º - A primeira remessa deverá ocorrer até o dia 30 de março de 1998, para os dados estatísticos referentes ao período de julho a dezembro de 1997.

Art. 4º - Os valores monetários serão expressos em moeda corrente.

Parágrafo 1º - Para efeito de totalização, os valores dos prêmios serão referentes ao seu mês de emissão, enquanto que, para os valores das indenizações, prevalecerá o mês de utilização dos serviços.

Parágrafo 2º - Para os sinistros avisados e ainda não pagos, os valores das indenizações serão informados conforme estimativa à época de utilização dos serviços, não devendo tais sinistros serem computados em remessa posterior após seu efetivo pagamento.

Art. 5º - Os dados referentes à operação em que haja cosseguro serão encaminhados, exclusivamente, pelas respectivas Seguradoras líderes e apresentados de forma consolidada, independentemente do percentual de participação da líder.

Art. 6º - O descumprimento do disposto nesta Circular sujeita a Sociedade Seguradora, bem como seus administradores, às penalidades previstas na Resolução nº 14, de 25 de outubro de 1995, do Conselho Nacional de Seguros Privados.

Art. 7º - Esta Circular entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 09 de junho de 1997.

HELIO OLIVEIRA PORTOCARRERO DE CASTRO

Superintendente

Anexo I Estrutura de Banco de Dados do Seguro de Reembolso de Assistência

Médica e/ou Hospitalar

Anexo II Codificação dos Campos

Anexo III Exemplo de Consolidação

ANEXO I

Estrutura de Banco de Dados do Seguro de Reembolso de Assistência Médica e/ou Hospitalar

1) Campos

a) Campos do Arquivo de Sinistros:

ano	ano de competência
mês	mês de competência
mod	código da modalidade, conforme definido no Anexo II
cob	código da cobertura, conforme definido no Anexo II
idade	idade do segurado, considerando-se a idade de cada um dos indivíduos (segurado principal e dependente) incluídos no seguro
num oco	número de sinistros ocorridos
num exp	número de segurados expostos ao risco
sin tot	valor total dos sinistros
região	estado da federação em que ocorreu o sinistro

b) Campos do Arquivo de Receita:

ano	ano de competência
mês	mês de competência
mod	código da modalidade, conforme definido no Anexo II
idade	idade do segurado
região	estado da federação da emissão do prêmio
prêmio	valor total dos prêmios emitidos

2) Padronização das Variáveis

a) Campos do Arquivo de Sinistros:

Nome do Campo	Tipo	Tamanho
ano	N	02
mês	N	02
mod	C	01
cob	N	02
idade	N	03
num oco	N	08
num exp	N	08
sin tot	N	15 02
região	C	02

b) Campos do Arquivo de Receita:

Nome do Campo	Tipo	Tamanho
ano	N	02
mês	N	02
mod	C	01
idade	N	03
região	C	02
prêmio	N	15 02

ANEXO II**CODIFICAÇÃO DOS CAMPOS:****a) Modalidade:**

- I Individual
- C Coletivo

b) Coberturas:

- 10 – Despesas Hospitalares
 - 11 – Diárias Hospitalares
 - 12 – Outras Despesas
- 20 - Despesas Médicas com Internação Hospitalar
- 30 - Pequenas Cirurgias e Tratamentos Ambulatoriais
- 40 - Consultas Médicas
- 50 - Exames Complementares
- 60 - Tratamentos Fisioterápicos
- 70 - Partos
- 80 - Tratamento Dentário
 - 81 - Consulta
 - 82 - Cirurgia Oral Menor
 - 83 - Dentística
 - 84 - Radiologia
 - 85 - Odontopediatria
 - 86 - Prevenção
 - 87 - Prótese
 - 88 - Periodontia
 - 89 - Endodontia
- 90 - Outros

ANEXO III

Exemplo de Consolidação

Sociedade com os seguintes dados fictícios:

região MG
ano 95
mês 08
mod I
idade 40

Arquivo de sinistros:

região	ano	Mês	Mod	cob	idade	Num oco	Num exp	Sin tot
MG	95	08	I	10	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	11	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	12	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	20	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	30	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	40	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	50	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	60	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	70	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	80	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	81	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	82	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	83	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	84	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	85	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	86	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	87	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	88	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	89	40	99999999	99999999	99999999999999,99
MG	95	08	I	90	40	99999999	99999999	99999999999999,99

Arquivo de receita:

região	ano	mês	mod	idade	prêmio
MG	95	08	I	40	99999999999999,99

Obs: O arquivo de sinistros deverá ser consolidado considerando-se a cobertura 80 ou as coberturas 81 a 89.

CIRCULAR Nº 21 de 15 de dezembro de 1995

O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, na forma do disposto no art. 36, alínea "b", do Decreto-Lei nº 73 de 21 de novembro de 1966;

Considerando o disposto na Resolução CNSP nº 031/94, de 22/12/94 e na Circular nº 05/89, de 09/03/89,

RESOLVE:

Art. 1º - Dar nova redação ao item 1 do Capítulo II do Anexo da Circular SUSEP 05/89, de 09/03/89, como se segue:

"1 – GARANTIAS DO SEGURO

As garantias do seguro poderão ser as seguintes:

- 1 – Despesas Hospitalares
 - 2 – Despesas Médicas nos casos de Internação Hospitalar
 - 3 – Pequenas Cirurgias e Tratamentos Ambulatoriais
 - 4 – Consultas Médicas
 - 5 – Exames Complementares
 - 6 – Tratamentos Fisioterápicos
 - 7 – Partos
 - 8 – Tratamento Dentário
 - 9 – Outras Coberturas e/ou Despesas devidamente dimensionadas, observando-se o disposto no subitem 10.3 do Art. 10
- 1.1 - O seguro poderá abranger uma ou mais das garantias citadas."

Art. 2º - Deverão ser encaminhadas, para análise desta SUSEP, as Condições Gerais e Notas Técnicas referentes a planos, cujas coberturas se adequem ao disposto no Art. 1º desta Circular.

Art. 3º - A comercialização dos planos de seguro de Reembolso de Assistência Médica e/ou Hospitalar com a terminologia de "Seguro Saúde" só poderá ser utilizada em planos que contenham, no mínimo, as três primeiras garantias enumeradas no número 1 do Art. 1º desta Circular.

Parágrafo Único – A comercialização com coberturas menos abrangentes deverá ser realizada exclusivamente sob a denominação da cobertura específica.

Art. 4º - Os planos aprovados com base nesta Circular deverão conter Cláusula específica referenciando o disposto no § 1º do Art. 7º da Resolução CNSP nº 31/94.

Art. 5º - Esta Circular entrará em vigor na data de sua publicação.

MARCIO SERÔA DE ARAÚJO CORIOLANO

Superintendente