

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
MBA EM GESTÃO EMPRESARIAL

MILENA MARIMON DA CUNHA

**PROCESSO DE REGISTRO DE OPERADORA
DE PLANO DE SAÚDE**

Porto Alegre
2011

MILENA MARIMON DA CUNHA

**PROCESSO DE REGISTRO DE OPERADORA
DE PLANO DE SAÚDE**

Monografia apresentada à Unidade Acadêmica de Educação Continuada da Universidade do Vale do Rio dos Sinos para obtenção do título de Especialista em Gestão Empresarial.

Orientador: Prof. Ms. Marco Antonio Borges

São Leopoldo
2011

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Símbolos utilizados na elaboração de fluxogramas.	15
Figura 2: Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – 2000-2010).	20
Figura 3: Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - 1999 – 2010).	27
Figura 4: Processo de registro e obtenção de Autorização de Funcionamento pelas pessoas jurídicas.....	31
Figura 5: Etapa 1: Empresas.....	33
Figura 6: Etapa 2: ANS.	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil 2000 – 2010).	19
Tabela 2: Regulamentações complementares, período de jun/98 a mar/11.	23
Tabela 3: Resumo do registro de operadoras de planos privados de saúde (Brasil – dezembro/10).	26
Tabela 4: Evolução do registro de operadoras de planos privados de saúde (Brasil – dezembro/1999 – dezembro/2010).	27
Tabela 5: Operadoras em atividade por porte, segundo modalidade (Brasil – dezembro/2010).	28

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

DIOPE - Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras

DIPRO - Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

DIDES - Diretoria de Desenvolvimento Setorial

DIFIS - Diretoria de Fiscalização

DIGES - Diretoria de Gestão

CONSU - Conselho de Saúde Suplementar

CNSP - Conselho Nacional de Seguros Privados

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

LPS - Lei dos Planos Privados de Assistência à Saúde Suplementar

RN - Resolução Normativa

IN - Instrução Normativa

OPS - Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde Suplementar

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA	7
1.2 OBJETIVOS	8
1.2.1 Objetivo Geral	8
1.2.1 Objetivos Específicos	8
1.3 JUSTIFICATIVA	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 PROCESSO	11
2.2 O PROCESSO NAS ORGANIZAÇÕES	12
2.3 MAPEAMENTO DE PROCESSOS	13
2.4 FLUXOGRAMA	14
2.5 LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).....	15
3 MÉTODO.....	17
4 ANÁLISE DO CASO (MODELO PROPOSTO).....	18
4.1 O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	18
4.2 A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	20
4.3 ATOS NORMATIVOS DA ANS	22
4.4 OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	24
4.5 AS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS	28
4.6 REGISTRO DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE.....	29
4.7 PROCEDIMENTOS PARA REGISTRO DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS.....	31
4.7.1 Etapa 1: Empresa.....	33
4.7.2 Etapa 2: ANS.....	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXOS	41

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda a gestão na saúde suplementar brasileira, cuja relevância é notória em face do bem tutelado – a saúde dos cidadãos aliada à importância da eficiência nas organizações.

A saúde, como premissa básica no exercício da cidadania do ser humano, se constitui de extrema relevância para a sociedade, pois a saúde diz respeito a qualidade de vida, escopo de todo cidadão no exercício de seus direitos.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 assegura em seu artigo 196 que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Entretanto, o que se observa, é que após mais de 20 anos da promulgação da Lei Maior, o acesso à assistência à saúde é bastante deficitário.

O artigo 199 da Carta Magna, por sua vez, prevê que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que poderá participar de forma complementar do sistema único de saúde. Assim, a assistência à saúde no Brasil é prestada tanto na esfera pública, através do Sistema Único de Saúde - SUS, como na privada, também chamada de saúde suplementar e foco deste trabalho.

No Brasil, a expansão dos planos/seguros de saúde teve seu início na década de 60 motivada pelas deficiências de atendimento da rede pública. Ao longo dos anos ficou evidenciada a necessidade de intervenção estatal neste mercado através de uma regulamentação específica, que somente se deu com a promulgação da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, após sete anos de discussões e diversos projetos apresentados na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Durante este período, foi adotado o Sistema de Regulação Bipartite, em que a regulação da atividade econômica do mercado suplementar ficou na esfera do Ministério da Fazenda (Superintendência de Seguros Privados – SUSEP e Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP) e a regulação das atividades de prestação de serviços de assistência à saúde no Ministério da Saúde (Conselho de Saúde Suplementar – CONSU). Em janeiro de 2000, através da Lei nº 9.961, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, órgão responsável pela regulação, normatização,

controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde no país.

A atuação de organizações no mercado de planos privados de assistência à saúde suplementar no Brasil requer especial atenção à questão legal, visto que a regulamentação do setor é complexa e sofre alterações constantes. A complexidade da regulamentação dos planos de saúde fica evidenciada ao identificarmos que as Leis nºs 9.656/98 e 9.961/00 já foram inúmeras Medidas Provisórias, e as normas infralegais, até o primeiro trimestre de 2011, já computam mais 1.200 normativas entre Resoluções e Instruções Normativas.

Dentre as inúmeras competências da ANS está a de autorizar o registro e o funcionamento das Operadoras de Planos de Saúde - OPS, exigência legal para o início das atividades no mercado. Assim, o presente estudo visa demonstrar a aplicação da gestão de processos como forma de melhoria da compreensão da regulamentação do setor para obtenção do Registro de Operadora de Plano de Saúde junto à Agência Reguladora.

Para tanto, abordam-se conceitos de processo, gestão de processos, mapeamento e modelagem, e propõe-se a sua aplicação para o Registro de Operadoras de Planos de Saúde pelas pessoas jurídicas que pretendem ingressar nesse mercado, demonstrando-se a melhoria contínua da condução do processo administrativo junto à ANS.

1.1 SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

As pessoas jurídicas que pretendem atuar no mercado de planos privados de assistência à saúde suplementar têm conhecimento que é exigido pela legislação vigente o registro prévio como Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde na ANS, órgão responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde no país. No entanto, dada a complexidade da regulamentação do setor e a necessidade de celeridade no processo administrativo perante o Órgão Regulador, visto que as atividades da empresa somente podem dar-se após a obtenção do registro, as empresas buscam assessoria externa para orientá-las na condução do referido processo.

No Brasil, existem 1632 Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde Suplementar registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar. Destas, 27 classificam-se como Administradoras, 243 são Autogestões, 338 são Cooperativas Médicas, 130 Cooperativas Odontológicas, 95 Filantropias, 465 Medicinas de Grupo, 321 Odontologias de Grupo e 13 Seguradoras especializadas em saúde. Recentemente, alterações regulamentares criaram a figura das Administradoras de Benefícios, também consideradas Operadoras de Planos de Saúde e obrigadas ao registro prévio na Agência Reguladora. Assim, dada a oportunidade de negócios no setor, é significativo o número de empresas que estão constituindo-se para atuar nesse nicho de mercado e buscando, assim, o respectivo registro exigido.

Neste contexto, o problema de pesquisa apresentado se consubstancia em *Como operacionalizar o registro de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde Suplementar na modalidade Administradora de Benefícios na Agência Nacional de Saúde Suplementar?*

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Propor um método para as Administradoras de Benefício registrarem-se na ANS e ingressarem no mercado de planos privados de assistência à saúde suplementar.

1.2.1 Objetivos Específicos

Analisar a regulamentação vigente;

Identificar a documentação necessária para o registro de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde na modalidade Administradora de Benefícios;

Descrever os procedimentos e trâmites a serem adotados para obtenção do registro de Administradora de Benefícios junto à ANS;

Apresentar modelos de documentos para atendimento à regulamentação vigente.

1.3 JUSTIFICATIVA

O mercado de planos privados de assistência à saúde suplementar no Brasil sofreu significativas mudanças a partir da publicação da Lei nº 9.656/98 – marco regulatório do setor, seguida da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A transição de um mercado praticamente desregulado para um mercado fortemente regulado e controlado se deu num curto espaço de tempo, o que implicou em fusões, incorporações, alterações e até mesmo encerramento de empresas do setor. Após 10 anos de regulamentação, e superados os impactos iniciais desta, o mercado mostra-se maduro, o que permite a identificação de oportunidades de negócios para os entrantes – empresas que buscam atuar no setor.

O presente estudo foi elaborado em face da identificação da necessidade de apresentar método que facilitará a compreensão da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde e orientar as pessoas jurídicas que pretendem atuar no mercado da saúde suplementar a obter o registro exigido junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A partir deste trabalho, as pessoas jurídicas que pretendem ingressar no mercado de planos privados de assistência à saúde suplementar como Administradoras de Benefícios terão um instrumento que facilitará a compreensão da regulamentação vigente, bem como roteiro dos procedimentos a serem observados e modelos de documentos para obtenção do registro de Operadora junto à ANS de forma célere e estruturada.

Este trabalho apresenta a seguir o referencial teórico sustentado na teoria de gestão de processos, basicamente dos autores Araújo (2011) e Harrington (1993), bem como na legislação vigente dos planos privados de assistência à saúde suplementar – Lei nº 9.656/98 e normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Na seqüência, apresenta-se o método utilizado para a pesquisa, o modelo proposto e as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão abordadas as definições de processo, o processo nas organizações e o mapeamento de processos, especificamente através de fluxogramas, bem como a legislação e a regulamentação do mercado de saúde suplementar relativo ao caso objeto deste trabalho.

2.1 PROCESSO

O conceito de processo tem suas raízes históricas em diferentes perspectivas, e é bastante difícil precisar um marco de nascimento. Para Gonçalves (2000), o conceito de processo é proveniente dos princípios da engenharia, e representa um conjunto de atividades que trabalham os inputs da organização de forma a adicionar valor aos mesmos para que se transformem em outputs a clientes específicos.

Para Davenport (1994), processo é uma ordenação específica das atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um começo, um fim, inputs e outputs claramente identificados, enfim, uma estrutura para ação. Já Harrington (1993) o define como qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-lhe valor e gera uma saída (output) para um cliente interno ou externo. O referido autor ainda entende que não existe um produto ou serviço sem que haja um processo. Da mesma maneira, não existe um processo sem um produto ou serviço.

Percebe-se que os autores acima citados concordam que processo é um conjunto de atividades inter-relacionadas que transformam insumos em um resultado com valor agregado.

De acordo com Harrington (1993), os processos se subdividem em processos produtivos e processos empresariais. Para o autor, processo produtivo é qualquer processo que entra em contato físico com o produto ou serviço que será fornecido a um cliente externo, até o ponto em que o produto é embalado; ao passo que processo empresarial é definido como um grupo de tarefas interligadas logicamente,

que fazem uso dos recursos da organização, para gerar resultados definidos, em apoio aos objetivos da organização.

A partir de tais definições, passa a analisar o Processo nas Organizações.

2.2 O PROCESSO NAS ORGANIZAÇÕES

Enquanto a maioria das empresas organiza-se em grupos funcionais verticais, com setores agrupados por semelhança de atividades (ex. administração, finanças, marketing) os processos e informações fluem na horizontal. Harrington (1993) diz que um fluxo de trabalho horizontal, combinado com uma organização vertical, resulta em muitas lacunas e superposições, e encoraja a subotimização, gerando uma influência negativa na eficiência e na eficácia do processo.

Reconhece-se que a estrutura funcional apresenta vantagens para a organização como máximo desenvolvimento e utilização de habilidades especializadas, divisão efetiva do trabalho em termos de custos, economia de escala em instalações e equipamentos, controle e coordenação centralizados entre outros. No entanto, a visualização da organização como um todo permite um maior inter-relacionamento da cadeia de valor. Assim, num mercado competitivo em que se busca melhores resultados, cabe deixar de gerenciar as organizações de forma exclusivamente funcional (visão departamentalizada ou vertical) e passar a adotar uma gestão por processos, buscando a otimização dos processos empresariais através do trabalho de todas as funções ou departamentos relacionados, orientando a produção de um bem ou serviço que satisfaça as necessidades do cliente.

Com o objetivo de tirar proveito da eficácia presente na organização funcional, e ao mesmo tempo assegurar que o processo gere o máximo de benefícios para a empresa, Harrington (1993) apresenta o *aperfeiçoamento de processos empresariais* (APE) como estratégia para o uso eficaz e eficiente dos recursos da empresa.

O autor acima mencionado define APE como uma metodologia sistemática para auxiliar uma organização a fazer importantes avanços na maneira de operar seus processos empresariais. O autor defende que o principal objetivo da metodologia consiste em assegurar que a organização disponha de processos empresariais que:

- Eliminam erros;
- Minimizam atrasos;
- Maximizam o uso de recursos;
- Promovam o entendimento;
- Sejam fáceis de usar;
- Sejam amistosos para com os clientes;
- Sejam adaptáveis às mudanças das necessidades;
- Forneçam à organização uma vantagem competitiva; e
- Reduzam o pessoal necessário.

O autor apresenta a aplicação do seu método em cinco fases, sendo que cada uma delas tem um objetivo definido na gestão dos processos. A primeira fase tem por objetivo sensibilizar os envolvidos no processo, nivelando os conhecimentos necessários para se iniciar a gestão deste. A fase seguinte objetiva proporcionar a compreensão dos processos e suas dimensões a partir da definição das expectativas dos clientes, os fluxos de processos, entradas, saídas e demais informações que permitem a caracterização dos processos. A terceira fase caracteriza-se pelo aperfeiçoamento através da busca de melhoramento dos processos estruturados na fase anterior. A próxima fase é de medição e controle com o intuito de estabelecer indicadores de controle para verificar a eficácia e eficiência das medidas até então adotadas. Por fim, a última fase é o aperfeiçoamento contínuo, em que se busca refinar, ainda mais, as mudanças aplicadas.

Dentre as fases acima expostas, aquela que diz respeito à compreensão do processo tem particular interesse para a proposta deste trabalho, uma vez que a representação dos processos é a sua principal característica, de forma que passamos a abordá-la nos próximos itens.

2.3 MAPEAMENTO DE PROCESSOS

Ferreira (2010) diz que modelar processo implica concebê-los, representá-los e documentá-los. Para gerir os processos, é necessário desenhá-lo, e isso se dá

através de representação gráfica, que segundo Araújo (2011), o torna passível de análise. Durante o processo de modelagem de processos, observa-se a necessidade de padronização, de modo a garantir a integração dos processos com o compartilhamento de informações.

A literatura apresenta algumas técnicas de mapeamento com diferentes enfoques. Dentre elas destacamos o Fluxograma, que representa as atividades que constituem um processo.

2.4 FLUXOGRAMA

Harrington (1993) define fluxograma como um método para descrever graficamente um processo existente, ou um novo processo proposto, usando símbolos simples, linhas e palavras, de forma a apresentar graficamente as atividades e a seqüência no processo.

Existem diversos tipos de fluxograma disponíveis, sendo que dentre os diagramas que mostram o fluxo de informação por meio de um processo destacamos (a) o Diagrama de Blocos, que fornece uma rápida noção do processo; (b) o Fluxograma padrão da American National Standards Institute (ANSI), que analisa os inter-relacionamentos detalhados de um processo; e os (c) Fluxogramas funcionais, que mostram o fluxo do processo entre organizações ou áreas.

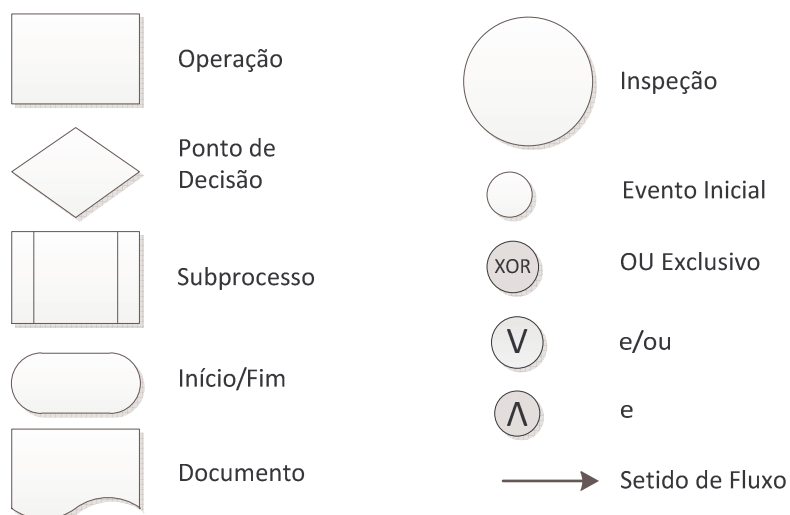
O Diagrama de Blocos é o fluxograma mais simples, uma vez que apresenta uma visão rápida e simples do processo. Os principais símbolos utilizados são os retângulos, que representam atividades, e as linhas com as setas, que mostram o sentido do fluxo de informação e/ou relacionamento entre as atividades. Nessa espécie de fluxograma também podem ser utilizados círculo alongados para indicar os pontos de início de fim.

Já o Fluxograma Padrão ANSI fornece uma compreensão detalhada de um processo, e geralmente é utilizado para demonstrar as atividades dentro de cada bloco do Fluxograma de Blocos. Nessa espécie de fluxograma a forma de losango quando utilizada significa ponto de decisão, e as palavras *Sim* e *Não* são usadas para esclarecer as alternativas do percurso.

Por fim, o fluxograma funcional retrata o movimento entre as diferentes áreas de trabalho, e pode utilizar tanto blocos como símbolos padrões (Figura 1).

Os principais símbolos utilizados na elaboração de fluxogramas são:

Figura 1: Símbolos utilizados na elaboração de fluxogramas.



2.5 LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

A Lei nº 9.656, em 3 de junho de 1998, inicia a regulação do setor e direciona seu foco para corrigir as dificuldades existentes, notadamente a posição frágil dos consumidores frente à assimetria de informações nas suas relações com as operadoras. A partir de então, fez-se necessária a criação de Agência Reguladora específica para esse mercado. Para tanto, o Poder Legislativo, através da Lei nº 9.961, em 28 de janeiro de 2000, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A ANS é uma autarquia sob regime especial, e tem por finalidade atuar como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam, em todo o território nacional, a assistência suplementar à saúde, e possui autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão dos próprios recursos humanos.

Os atos normativos que suportaram a pesquisa em tela foram classificados em *legislação principal*, que são as leis de regulamentação do setor e de criação da ANS, e *legislação complementar*, composta de regulamentações normativas e operacionais exaradas pela ANS.

A partir da abordagem do temas apresentados como referencial teórico para este trabalho relacionados à gestão por processos e a regulamentação dos planos de saúde, passamos a expor sobre o método utilizado.

3 MÉTODO

A pesquisa é de caráter qualitativo e exploratório, uma vez que tem como procedimentos básicos para sua execução a pesquisa bibliográfica e documental.

Foram utilizados como procedimentos técnicos a pesquisa bibliográfica e documental em livros, artigos e na Internet relacionados ao tema, além de relatórios emitidos por órgão governamental.

Deu suporte primordial à pesquisa a regulação da saúde suplementar no Brasil, especialmente a partir da publicação das Leis nºs 9.656/98 e 9.961/00 e Resolução Normativa nº 85/04, com as posteriores alterações implementadas.

O estudo em questão limita-se à análise da legislação e regulamentação vigente para fins de registro de pessoa jurídica como operadora de planos privados de assistência à saúde suplementar na modalidade de Administradora de Benefícios, junto à ANS, portanto, futuras alterações na regulamentação poderão implicar na necessidade de alterações dos processos.

4 ANÁLISE DO CASO E MODELO PROPOSTO

4.1 O MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

O direito à saúde é um dos direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal. No entanto, em face da deficiência do sistema pública de saúde, surgiu a chamada saúde suplementar, de caráter privado.

No Brasil, a expansão dos planos e seguros de saúde teve seu início na década de 60, motivado pelas deficiências de atendimento da rede pública. Em 1964, através de convênios, a Previdência Social iniciou financiamentos de assistência médica para as empresas. Assim, as empresas assumiam a responsabilidade da prestação de assistência médica aos seus funcionários, e em contrapartida gozavam de dispensa de contribuição ao sistema nacional de assistência. Em 1967, surgiu a primeira Unimed, dando início ao sistema de cooperativa de médicos. O Decreto-Lei nº 73, de 1966, foi a primeira regulamentação a dispor sobre o seguro-saúde, no entanto, as seguradoras somente passaram a operá-lo a partir de 1976, quando o Conselho Nacional de Seguros Privados autorizou o início das operações no mercado.

Em face da diversidade de agentes e de interesses no mercado da saúde suplementar, resta nítida a complexidade e imperfeição do mercado de saúde suplementar brasileiro, não podendo ser comparado ao restante da economia. Assim, ao longo dos anos ficou evidenciada a necessidade de intervenção estatal neste mercado através de uma regulamentação específica.

O processo regulatório é entendido como as ações que definem uma estrutura normativa e de referência capazes de estabelecer fronteiras e limites aos procedimentos dos agentes que ofertam e demandam a assistência à saúde suplementar. Para tanto, o Estado, através de um órgão específico, estabelece o modo pelo qual a oferta e a demanda tenham suas práticas e expectativas respeitadas, evitando, assim, oportunismos das partes, que poderiam levar a desequilíbrios de poder entre os agentes.

O funcionamento dos planos de saúde é baseado no princípio do mutualismo, que constitui a base de toda operação de seguro. Pela aplicação deste princípio as

seguradoras e operadoras de planos de saúde conseguem repartir os riscos tomados, diminuindo, desse modo, os prejuízos que a realização de tais riscos pode trazer. De forma simples, podemos dizer que o princípio do mutualismo consiste no pagamento por todos, para que uns usem mais que os outros, de modo que haja a diluição do risco.

Segundo a ANS, órgão regulador do setor, no mês de dezembro de 2010 foram identificados 45,6 milhões de beneficiários de planos de assistência médica no Brasil, representando um crescimento de 8,7% em relação ao mesmo mês do ano anterior, e representa o maior crescimento anual observado desde o ano 2000 (Tabela 1).

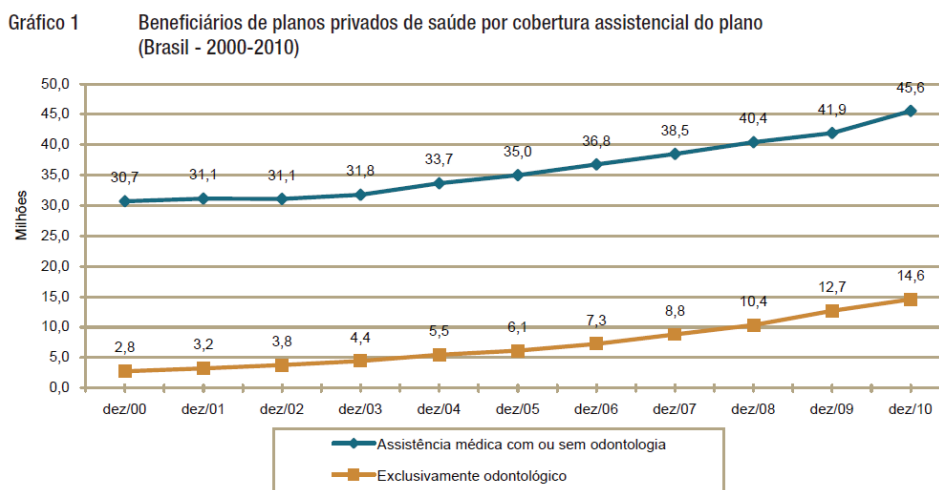
Tabela 1: Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil 2000 – 2010).

Data	Assistência médica com ou sem odontologia	Exclusivamente odontológico
dez/00	30.705.334	2.761.608
dez/01	31.132.361	3.234.364
dez/02	31.105.254	3.788.701
dez/03	31.771.197	4.447.374
dez/04	33.673.600	5.456.603
dez/05	35.010.992	6.133.143
dez/06	36.763.983	7.259.022
dez/07	38.498.426	8.816.601
dez/08	40.427.009	10.352.425
dez/09	41.923.639	12.688.822
dez/10	45.570.031	14.575.160

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2010

Notas: 1. O termo "beneficiário" refere-se a vínculos aos planos privados de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo.
2. Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Figura 2: Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – 2000-2010).



Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2010

Após análise dos dados do setor acima expostos, observa-se um crescimento significativo de novos beneficiários de planos de saúde nos últimos anos, no entanto, isso implica no enfrentamento de desafios constantes relativos à utilização como (a) a seleção adversa, quando o plano de saúde é contratado por quem tem mais risco; (b) o risco moral, quando quem contrata entende que tem que fazer jus ao pagamento; e (c) o terceiro pagador, em o beneficiário não se preocupa com os custos. A tendência dessas posturas comportamentais é a implicação no aumento da sinistralidade (utilização média), levando ao desequilíbrio financeiro. Para tanto, mais uma vez ressalta-se a importância da ANS regular não só a entrada, como a atuação das empresas que do setor.

4.2 A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada através da Lei nº 9.961/00, é o órgão regulador do setor diretamente vinculado ao Ministério da Saúde.

O legislador determinou que a ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as

operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Dentre as competências da Agência Reguladora, está (a) autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como 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; (b) 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; (c) estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (d) estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras; e (e) fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento.

Percebe-se que a ANS possui competência tanto para legislar sobre saúde suplementar, como fiscalizar o cumprimento das normas e aplicar as medidas cabíveis para que as regras sejam cumpridas. No entanto, entendemos que a lei falha ao regular apenas as operadoras de planos privados de assistência à saúde, apenas um dos agentes da cadeia produtiva da saúde suplementar.

Quanto à estrutura organizacional da ANS, a Lei Federal que a criou determina que sua gestão será exercida por uma Diretoria Colegiada, composta por até cinco Diretores, sendo um deles o seu Diretor-Presidente. O Órgão Colegiado responsável pela regulamentação do setor é formado pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), Diretoria de Fiscalização (DIFIS), Diretoria de Gestão (DIGES) e Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE).

A Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras é a responsável pelas atividades de regulamentação, habilitação, qualificação e acompanhamento das operadoras de planos e seguros de assistência à saúde. Logo, é a área competente para análise do processo e concessão do Registro de Operadora das pessoas jurídicas que pretendem operar no mercado de saúde suplementar.

4.3 ATOS NORMATIVOS DA ANS

A Lei nº 9.656/98, denominada Lei dos Planos de Saúde (LPS), inicia a regulação do setor de saúde suplementar no país. Dada a necessidade de criação de um órgão específico, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar através da Lei nº 9.961/00. Logo, podemos classificar as citadas leis federais como *legislação principal*.

É certo, porém, que para a aplicação dos dispositivos legais, é indispensável a sua regulamentação através de normas hierárquicas inferiores. Nesse sentido, classificamos como *legislação complementar* as Resoluções, Instruções e Súmulas Normativas editadas pelos órgãos competentes para tanto.

No período compreendido entre a publicação da Lei nº 9.656, em junho de 1998, e a criação da ANS em janeiro de 2000, o Conselho de Saúde Suplementar foi o órgão responsável pela edição de normas regulamentadoras para o setor, ao passo que a partir de janeiro de 2000 a ANS assumiu essa função.

A ANS regula o mercado de saúde suplementar através dos seguintes atos:

- *Resolução*: expressa decisão normativa, operacional e administrativa, de alcance interno e externo.

- *Instrução Normativa*: expressa decisão de caráter normativo para fins de detalhamento de matérias e procedimentos de alcance externo previstos em resoluções normativas.

- *Súmula Normativa*: expressa interpretação da legislação de saúde suplementar, com efeito vinculante a todos órgãos e agentes públicos da ANS.

A complexidade da regulamentação dos planos de saúde fica evidenciada ao identificarmos que as Leis nºs 9.656/98 e 9.961/00 já foram alteradas por 44 Medidas Provisórias; o Conselho de Saúde Suplementar, nos anos de 1998 e 1999, editou 25 Resoluções; a ANS, por sua vez, desde a sua criação até março de 2011 publicou mais de mil Resoluções e 120 Instruções Normativas, além de Consultas Públicas, Súmulas Normativas e Comunicados.

Tabela 2: Regulamentações complementares, período de jun/98 a mar/11.

Tipo	Quantidade
<i>Até 1999</i>	
Resoluções CONSU	25
<i>A partir de 2000</i>	
Resoluções	1382
Diretoria Colegiada – RDC	95
Normativas – RN	250
Operacionais – RO	1016
Diretoria de Desenvolvimento Setorial	07
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras	06
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos	05
Diretoria de Fiscalização	03
Instruções Normativas	144
Diretoria de Desenvolvimento Setorial	46
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras	46
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos	29
Diretoria de Fiscalização	10
Diretoria de Gestão	10
Diretorias Conjuntas	03
Súmulas Normativas	17
TOTAL	1473

Na Tabela acima são apresentados os tipos de legislação complementar editadas desde o marco regulatório até o mês de março de 2011. Após análise das normas, identificamos, ainda, que das 1.473 normativas publicadas até o momento, 138 foram revogadas e 80 foram alteradas, o que corrobora para evidenciar a dificuldade de acompanhamento e compreensão da regulamentação do mercado de saúde suplementar.

4.4 OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Operadora de Plano de Assistência à Saúde, segundo a definição constante no inciso II do artigo 1º da Lei nº 9.656/98, é a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde.

Já o inciso I do referido dispositivo legal, define Plano Privado de Assistência à Saúde como a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a 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 ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

A ANS, quando da sua criação, classificou e segmentou as Operadoras de Planos de Saúde que atuavam no mercado de plano de saúde na época. No entanto, ao longo dos últimos dez anos, a regulamentação sofreu algumas alterações para se adequar às mudanças do mercado. Hoje, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANS nº 39/00, alterada pelas Resoluções Normativas – RN/ANS nºs 40/03, 137/06 e 196/09, é a norma vigente que dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

Nos termos da regulamentação acima citada, as Operadoras de Planos de Saúde classificam-se em Cooperativas Médicas, Cooperativas Odontológicas, Medicinas de Grupo, Odontologias de Grupo e Filantropias. Além dessas existem as também as Autogestões, reguladas pela Resolução Normativa – RN/ANS nº 137/06, as Administradoras de Benefícios, regulamentadas pela Resolução Normativa – RN/ANS nº 196/09 e as Seguradoras Especializadas em Saúde, por equiparação, nos termos da Lei nº 10.185/01.

Cooperativas Médicas: sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.

Cooperativas Odontológicas: 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.

Medicinas de Grupo: empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e não se classificam como Administradoras de Benefícios, Cooperativas Médicas, Autogestões ou Filantropias.

Odontologias de Grupo: empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos e não se classificam como Cooperativas Odontológicas.

Filantropias: 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.

Autogestões: pessoas jurídicas de direito privado que, (a) por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, (b) vinculadas à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, ou (c) constituídas sob a forma de associação, operam Plano Privado de Assistência à Saúde exclusivamente para aqueles a ela vinculados e seus respectivos familiares.

Administradoras de Benefícios: pessoas jurídicas que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que prestam serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos.

Seguradoras Especializadas em Saúde: sociedades seguradoras constituída para operar exclusivamente seguro-saúde.

Segundo dados do setor divulgados pela ANS, em 2010, 65 novas operadoras foram registradas na ANS, sendo 57 médico-hospitalares e 08 exclusivamente odontológicas. No mesmo período, foram cancelados os registros de 90 operadoras médico-hospitalares e 52 exclusivamente odontológicas. Dessa forma, o ano terminou com 1.618 operadoras em atividade, das quais 1.420 com beneficiários (Tabela 3).

Tabela 3: Resumo do registro de operadoras de planos privados de saúde (Brasil – dezembro/10).

Registro	Total	Operadoras médico-hospitalares	Operadoras exclusivamente odontológicas
Registros novos (1)	65	57	8
Registros cancelados (1)	142	90	52
Operadoras em atividade	1.618	1.183	435
Operadoras com beneficiários	1.420	1.044	376

Fontes: CADOP/ANS/MS - 12/2010 e SIB/ANS/MS - 12/2010
 (1) Registros novos e cancelados no trimestre.

A partir da análise das informações acima, identificamos que no quarto trimestre de 2010, 65 novas Operadoras registraram-se na ANS e 142 tiveram seus registros cancelados. Assim, ao final do ano de 2010, 1.618 Operadoras de Plano de Saúde encontravam-se em atividade junto à ANS, sendo que destas 1.420 possuem beneficiários.

Segundo a ANS, são consideradas *Operadoras em atividades* as empresas registradas e autorizadas a funcionar, independentemente de ter ou não beneficiários a elas vinculados. Já as *Operadoras com beneficiários* são aquelas devidamente registradas e autorizadas a operar no mercado, e que tem beneficiários cadastrados.

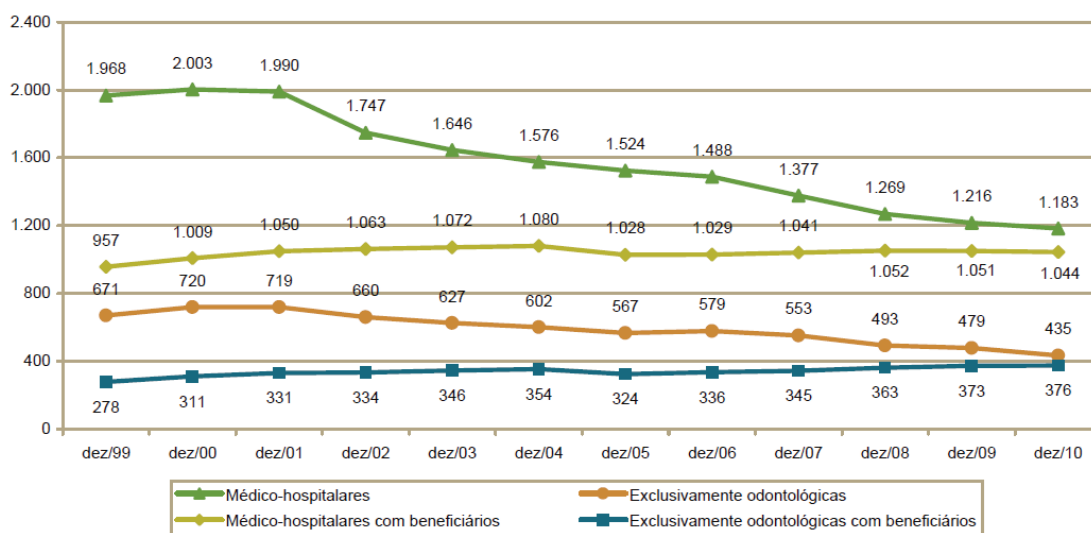
A Tabela a seguir demonstra a evolução do registro de operadoras no período de dezembro de 1999 à dezembro de 2010.

Tabela 4: Evolução do registro de operadoras de planos privados de saúde (Brasil – dezembro/1999 – dezembro/2010).

Ano	Registros novos (1)	Registros cancelados (1)	Operadoras em atividade			Operadoras com beneficiários		
			Total	Médico-hospitalares	Exclusivamente odontológicas	Total	Médico-hospitalares	Exclusivamente odontológicas
Até dez/99	2.825	186	2.639	1.968	671	1.235	957	278
dez/00	235	151	2.723	2.003	720	1.320	1.009	311
dez/01	143	157	2.709	1.990	719	1.381	1.050	331
dez/02	17	319	2.407	1.747	660	1.397	1.063	334
dez/03	35	169	2.273	1.646	627	1.418	1.072	346
dez/04	32	127	2.178	1.576	602	1.434	1.080	354
dez/05	30	117	2.091	1.524	567	1.352	1.028	324
dez/06	52	76	2.067	1.488	579	1.365	1.029	336
dez/07	62	199	1.930	1.377	553	1.386	1.041	345
dez/08	31	199	1.762	1.269	493	1.415	1.052	363
dez/09	34	101	1.695	1.216	479	1.424	1.051	373
dez/10	65	142	1.618	1.183	435	1.420	1.044	376

Fontes: CADOP/ANS/MS - 12/2010 e SIB/ANS/MS - 12/2010
(1) Registros novos e cancelados no ano.

Figura 3: Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - 1999 – 2010).



Fontes: CADOP/ANS/MS - 12/2010 e SIB/ANS/MS - 12/2010

Tabela 5: Operadoras em atividade por porte, segundo modalidade (Brasil – dezembro/2010).

Modalidade da operadora	Total	Sem beneficiários	Pequeno porte (Até 20.000)	Médio porte (20.000 a 100.000)	Grande porte (Acima de 100.000)
Total	1.618	198	1.012	305	103
Administradora de benefícios	51	51	-	-	-
Autogestão	240	34	165	31	10
Cooperativa médica	335	3	181	115	36
Cooperativa odontológica	127	3	102	19	3
Filantropia	93	2	67	22	2
Medicina de grupo	451	49	277	93	32
Odontologia de grupo	308	56	218	22	12
Seguradora especializada em saúde	13	-	2	3	8

Fonte: CADOP/ANS/MS - 12/2010 e SIB/ANS/MS - 12/2010

(1) Inclui as operadoras da modalidade Administradora de Benefícios.

As informações acima demonstram que houve uma redução significativa no número de Operadoras registradas na ANS na última década, uma vez que em dezembro de 1999 constavam registradas 2.639 operadoras, ao passo em que em dezembro de 2010 a Agência identifica 1.618 empresas em atividade. Cumpre-nos ressaltar que essa redução no número de Operadoras caracteriza o saneamento do mercado a partir da regulação do setor. Assim, dado às regras para ingresso e permanência neste mercado, o número de pessoas jurídicas entrantes não acompanha o número de empresas que deixaram suas operações de forma voluntária ou mesmo compulsória.

4.5 AS ADMINISTRADORAS DE BENEFÍCIOS

A figura das Administradoras de Beneficiários, como espécie de Operadora de Planos de Saúde, foi criada a partir da publicação da Resolução Normativa nº 196, de setembro de 2009.

As Administradoras de Benefícios são pessoas jurídicas que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, como apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, como

negociação de reajuste aplicação de mecanismos de regulação e alteração de rede assistencial. As Administradoras também podem desenvolver outras atividades como apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano; terceirização de serviços administrativos; movimentação cadastral; conferência de faturas; cobrança ao beneficiário por delegação; e consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão.

A norma, por sua vez, determina que as Administradora de Benefícios não podem atuar como representante, mandatária ou prestadora de serviço de outra Operadora de Plano de Assistência à Saúde, nem mesmo executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde.

Assim, em que pese a exigência de registro prévio de tais empresas na ANS, as Administradoras de Benefícios não são Operadoras propriamente ditas, mas sim equiparadas a elas para diversos fins no mercado de planos de saúde.

4.6 REGISTRO DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

A operação de planos de saúde está intimamente ligada à questão do risco, uma vez que se baseia na premissa de que todas as pessoas têm necessidade de assistência à saúde e, sabidamente, o custo desta é bastante alto, entretanto, relativamente poucos vão precisar do serviço o tempo todo. Assim, a diluição do risco das grandes despesas assistenciais distribuída por muitas pessoas se faz necessária para garantir o acesso aos cuidados da saúde quando necessários.

Nesse sentido, as pessoas buscam os planos de saúde para se protegerem economicamente da possibilidade de realização de um evento determinado. Para tanto pagam uma contraprestação pecuniária calculada atuarialmente em função de um risco futuro, possível e incerto, pela mera promessa de receberem aquilo que foi contratado, caso ocorra uma eventualidade.

Considerando a presença dos princípios da previdência (caráter preventivo do ser humano contra eventuais despesas futuras), incerteza (quanto à possibilidade e o momento da ocorrência de um evento) e mutualismo (quando grandes prejuízos de alguns são absorvidos pela pequena contribuição da coletividade), as empresas que oferecem planos de saúde tem grande responsabilidade perante os consumidores,

de forma que, tanto para o seu ingresso como para sua permanência no mercado, existe o controle do Órgão Regulador do setor.

A Lei dos Planos de Saúde estabelece de forma ampla e genérica os requisitos para as pessoas jurídicas pretendentes a operar no mercado de planos de saúde, ao passo que a regulamentação infralegal estabelece o rol de documentos e informações que são exigidas para obtenção do registro e autorização de funcionamento pela ANS.

O artigo 8º da LPS determina que para obter a autorização de funcionamento, as operadoras pretendentes devem registrar-se previamente nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, apresentar descrição instalações e equipamentos, demonstrar a capacidade de atendimento e a viabilidade econômico-financeira do negócio.

É certo, porém, que a enumeração dos requisitos da Lei dos Planos de Saúde não é taxativo, uma vez que a parte final do caput do artigo 8º deixa margem para o Órgão Regulador do setor estabelecer outros que julgar necessários, que atualmente estão contidos na RN/ANS nº 85/04 e alterações posteriores.

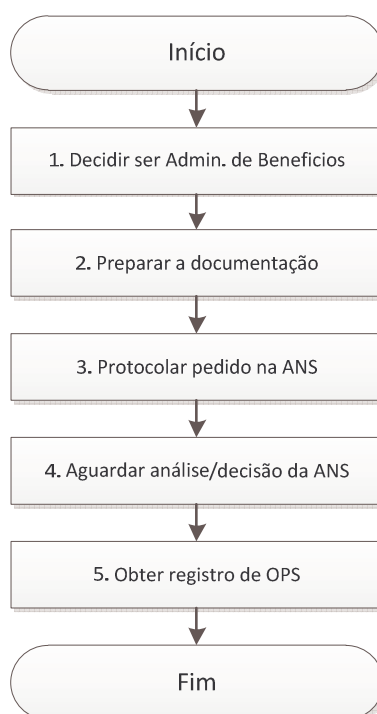
A Resolução Normativa – RN/ANS nº 85, de 07 de dezembro de 2004, dispõe sobre o registro e a concessão de Autorização de Funcionamento das OPS e, até março de 2011, foi alterada pelas Resoluções Normativas – RN/ANS nºs 100, de 03 de junho de 2005, RN/ANS nº 144, de 02 de janeiro de 2007, RN/ANS nº 160, de 03 de julho de 2007, RN/ANS nº 175, de 22 de setembro de 2008, RN/ANS nº 189, de 02 de abril de 2009 e RN/ANS nº 196, de 14 de julho de 2009.

A RN/ANS nº 85/04 e posteriores alterações estabelecem os requisitos e procedimentos para a obtenção de Autorização de Funcionamento para as Operadoras que já possuem registro provisório e para aquelas que pretendem ingressar no mercado da saúde suplementar. Considerando o objetivo pretendido por este trabalho, será objeto de análise tão somente os requisitos e normas aplicáveis às pessoas jurídicas pretendentes na modalidade Administradora de Benefícios.

4.7 PROCEDIMENTOS PARA REGISTRO DE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

Através do Diagrama de Blocos, apresentamos abaixo uma visão rápida e simples do processo de registro e obtenção de Autorização de Funcionamento pelas pessoas jurídicas pretendentes a atuar como Administradora de Benefícios junto à ANS.

Figura 4: Processo de registro e obtenção de Autorização de Funcionamento pelas pessoas jurídicas.



Atividade 1. A Diretoria da pessoa jurídica, após análise do mercado de planos de saúde e identificação de oportunidade de negócio, decide operar no mercado na qualidade de Administradora de Benefícios.

Atividade 2. A área administrativa da empresa analisa a legislação aplicável e providencia os documentos e informações necessárias.

Atividade 3. A documentação compilada é protocolada na sede da ANS na cidade do Rio de Janeiro/RJ. A ANS, nesta oportunidade, emite um comprovante no qual consta o número do processo administrativo referente à solicitação.

Atividade 4. A Administradora de Benefícios deve aguardar a análise dos documentos e informações, ou qualquer manifestação da Agência quanto à eventual necessidade de complementação, que deverá ocorrer em até 60 dias.

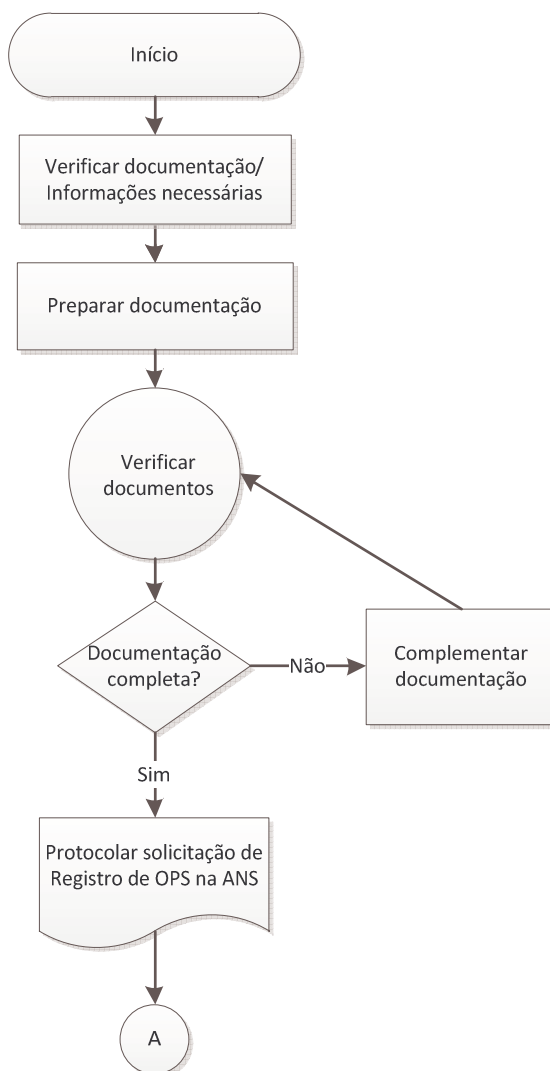
Atividade 5. A ANS conclui o processo de solicitação de registro e Autorização de Funcionamento através de Comunicado publicado no Diário Oficial da União e ofício dirigido ao representante legal da empresa, informando a razão social da pessoa jurídica, o número de inscrição no CNPJ e o número de registro da empresa na ANS.

Após o mapeamento do processo através do Diagrama de Blocos, passamos a apresentar o processo de uma forma mais detalhada através do mecanismo de fluxograma Padrão ANSI.

O processo de registro de Administradora de Benefícios se divide em duas etapas, a primeira de responsabilidade da empresa e seguinte a cargo da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

4.7.1 Etapa 1: Empresa

Figura 5: Etapa 1: Empresas.



O processo de registro de Administradora se inicia na empresa a partir do levantamento e preparação dos documentos e informações necessárias para instrução do processo administrativo a ser iniciado junto à ANS, a saber:

- Requerimento de autorização de funcionamento (modelo 1);
- Aplicativo disponível em arquivo no sítio da ANS (<http://ans.gov.br>), devidamente preenchido com o nome e as informações solicitadas, enviando-o, em meio magnético.
- Documento indicando formalmente: (a) o representante da pessoa jurídica junto à ANS; (b) o responsável pela área técnica de saúde – médica e/ou odontológica com especificação do ato de designação, nomeação ou indicação e o

prazo de duração, se houver; (c) o nome do contador e o número do registro no Conselho Regional de Contabilidade – CRC (modelo 2);

- Relação dos administradores em exercício indicando o ato e a data da eleição, nomeação ou designação, cargo e mandato (modelo 3).

- Termo de Responsabilidade de cada um dos administradores da operadora pretendente, nos termos da Resolução Normativa - RN nº 11/02 (modelo 4);

- Cópia autenticada:

(a) dos atos constitutivos da pessoa jurídica e eventuais posteriores alterações (Contrato Social, Ata da Assembléia Geral de Constituição, Assembléia Geral Extraordinária (AGE) ou Escritura Pública), devidamente registrados no órgão competente, cujo objeto social deve estar exclusivamente relacionado com a assistência à saúde suplementar;

(b) da ata da Assembléia Geral Ordinária e/ou Extraordinária (AGE ou AGO) e/ou de Reunião do Conselho de Administração, devidamente registrada em órgão competente, que elegeu os membros da Diretoria e dos Conselhos de Administração, Fiscal e afins, cujos mandatos estejam em curso, quando for o caso, constando cláusula expressa que os pretendentes ao cargo de administradores preenchem as condições exigidas na Resolução Normativa – RN/ANS nº 11/02;

(c) do recibo de pagamento bancário da Taxa de Registro de Operadora - TRO, conforme o inciso II do art. 20 da Lei nº 9.961/00;

(d) do cartão de registro no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ da pessoa jurídica pretendente;

(e) do cartão de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF dos membros da Diretoria e dos Conselhos de Administração, Fiscal e afins, ambos fornecidos pela Receita Federal;

(f) do recibo de depósito bancário da integralização de Recursos Próprios Mínimos e demais garantias financeiras previstas na RN nº 160/07, e suas posteriores alterações, quando for o caso;

(g) do registro da sede da pessoa jurídica nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em cumprimento ao disposto nos artigos 8º, inciso I da Lei nº 9.656/98, 1º da Lei nº 6.839/80 e 2º da Lei nº 3.268/57;

(h) do registro nos Conselhos Regionais de Medicina - CRM e/ou de Odontologia - CRO do responsável pela área técnica de saúde.

- Balanço Patrimonial, demonstração de resultado do último exercício e último balancete de verificação, todos devidamente rubricados em todas as folhas e assinados pelo presidente da empresa e pelo contador.

- Declaração assinada pelo representante legal da pessoa jurídica quanto à classificação e às previsões da segmentação, relacionando a região de comercialização da Operadora de Plano de Assistência à Saúde, conforme disposto no Anexo I da RN nº 160, de 3 de julho de 2007 (modelo 5).

- No caso de pessoa jurídica em constituição tendo como sócio(s) pessoa jurídica já constituída, enviar cópia autenticada do último contrato social consolidado e da ata da última Assembléia Geral Extraordinária que aprovou o Estatuto Social atual, sendo que, quando se tratar de organização com sede no exterior, tais documentos deverão ser traduzidos e registrados em Representação Diplomática do Brasil no país em que estiver situada a sede da instituição, acompanhados da respectiva tradução em língua portuguesa, feita por tradutor público juramentado.

- Apresentação da estrutura do grupo controlador e o mapa de sua composição de capital e das pessoas jurídicas que dele participam. Caso o sócio seja pessoa jurídica, também deverá ser informado seu sócio, até o nível de pessoa física, quando possível.

- Apresentação da composição societária da Operadora, direta e indiretamente, até o nível de pessoa física, indicando a quantidade e o percentual de cada participante no capital social, referente aos 3 (três) últimos exercícios (modelo 6).

- Descrição da composição societária, especificando nomes, profissões, CPF, residências, domicílios e número de ações/quotas dos sócios detentores de 5% (cinco por cento) ou mais do capital social. Os outros investidores minoritários devem ser apresentados sob a denominação genérica "demais sócios".

- Em caso de empresa com capital de origem estrangeira, cópia autenticada do registro, no Banco Central - BACEN, dos recursos utilizados pelo(s) controlador(es) para fazer face ao empreendimento.

- Se sociedade constituída por subscrição pública, comprovante do registro da emissão na Comissão de Valores Mobiliários - CVM.

- Descrição das instalações e equipamentos destinados à prestação de serviços de operação de planos privados de assistência à saúde (modelo 7).

- Plano de Negócios: documento contendo a caracterização do negócio, sua forma de operar, seu plano para conquistar percentuais de participação de mercado e as projeções de despesas, receitas e resultados financeiros, podendo a ANS exigir, no todo ou em parte, as informações pertinentes, levando em consideração a segmentação e classificação da operadora.

O Plano de Negócios deverá ser enviado à ANS na forma de documento impresso e em arquivo digital devidamente estruturado, composto das seguintes partes:

1. Análise de Mercado, que deverá abordar os seguintes aspectos do mercado de atuação escolhido:

- a) Características do mercado de atuação escolhido e expansão geográfica planejada;
- b) Público-alvo escolhido;
- c) Evolução projetada para o número de beneficiários; e
- d) Canais de distribuição dos produtos.

2. Planejamento Econômico-Financeiro Financeiro: que deverá considerar o lapso temporal de vinte e quatro meses, contemplar as garantias financeiras determinadas pelas RN nº 159 e RN nº 160, de 4 de julho de 2007, observar o Plano de Contas Padrão da ANS estabelecido na RN nº 147, de 16 de fevereiro de 2007, e abordar os seguintes aspectos:

- a) Projeção do Balanço Patrimonial;
- b) Projeção da Demonstração dos Resultados do Exercício; e
- c) Fluxo de Caixa projetado.

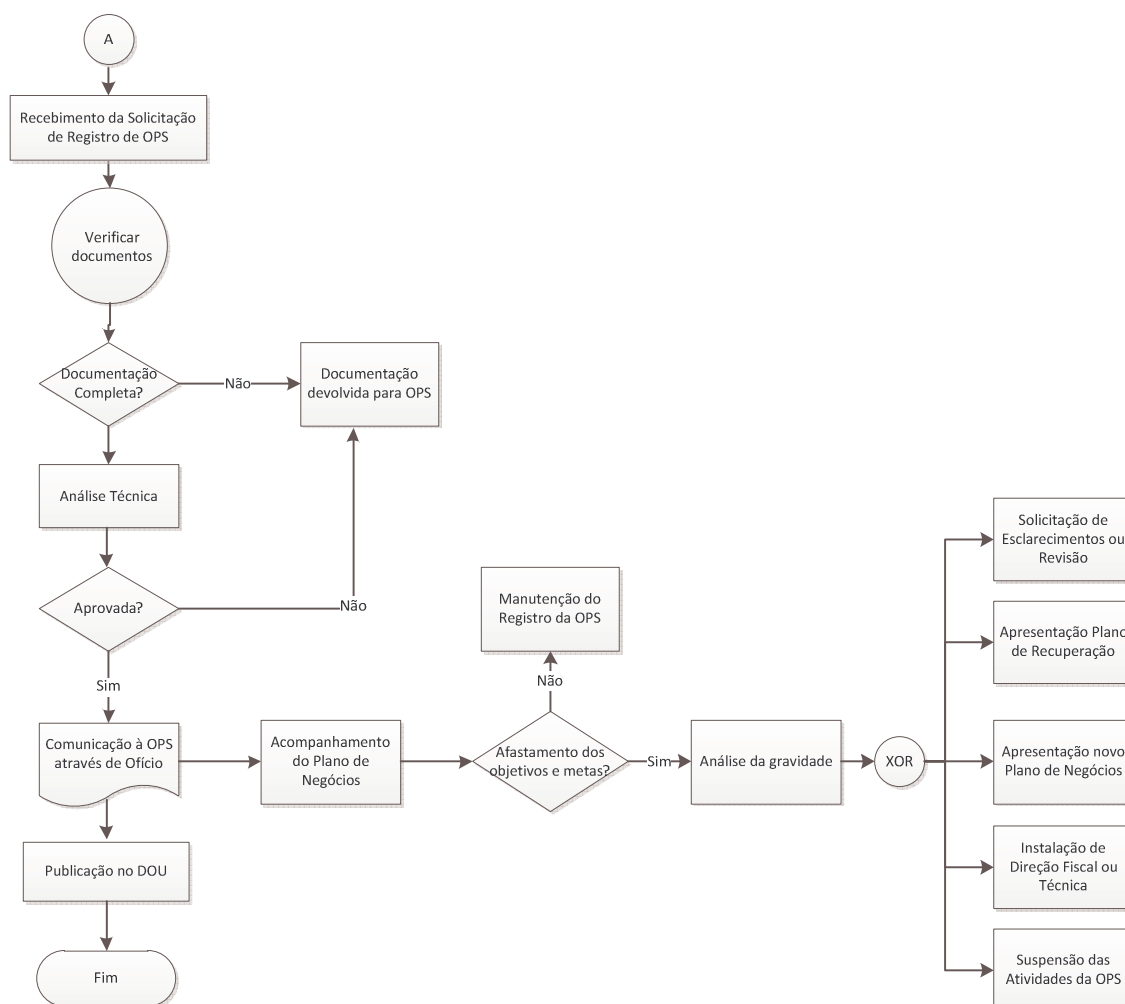
Após preparação dos documentos e informações conforme acima descrito, é de suma importância a conferência minuciosa dos mesmos, no intuito de identificar eventuais falhas ou incorreções. Se a documentação for considerada inapta, a documentação deve voltar para a área responsável pela sua elaboração para fins de complementação. No entanto, sendo considerada apta, a documentação deverá ser encaminhada para registro.

A documentação deverá ser protocolada na sede da Agência Nacional de Saúde Suplementar na cidade do Rio de Janeiro. Nesta oportunidade o órgão regulador receberá o processo físico e emitirá protocolo de recebimento constando data, hora e número do processo administrativo.

A partir deste momento, inicia-se o processo de registro de Administradora de Benefícios na Agência Nacional de Saúde Suplementar, cabendo à empresa aguardar manifestação da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS, responsável pela análise e manifestação.

4.7.2 Etapa 2: ANS

Figura 6: Etapa 2: ANS.



O setor de protocolo da ANS, ao receber a documentação, registra a abertura de processo administrativo e o encaminha para a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras. A área competente analisa se os documentos e informações

devidas constam no processo, bem como se as formalidades legais foram observadas. Caso seja identificada que a documentação está incompleta, a totalidade do processo é devolvida à pessoa jurídica pretendente para que a complemente e a protocole novamente. No entanto, caso esteja completa, as informações passam para análise técnica e aprovação. O Plano de Negócios é analisado minuciosamente pela Agência quanto ao atendimento dos requisitos de forma e conteúdo solicitados, a racionalidade econômico-financeira e operacional do negócio, o conhecimento do mercado e os aspectos regulatórios.

Aceito o Plano de Negócios e as demais informações apresentadas, a pessoa jurídica receberá um número de inscrição que corresponderá ao Registro de Administradora de Benefícios, e a concessão da Autorização de Funcionamento, cuja publicidade se dá através da página da ANS na Internet, de Ofício encaminhado à Administradora e publicação de Comunicado no Diário Oficial da União.

A partir da publicação da concessão de Autorização de Funcionamento no Diário Oficial da União, a Administradora de Benefícios está apta a atuar no mercado de planos de saúde.

Cumpre-nos destacar que o Plano de Negócios apresentado pela Administradora de Benefícios à ANS, por sua vez, quando aprovado, será acompanhado periodicamente pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras. Se identificado o afastamento dos objetivos e metas estabelecidos pela própria Operadora, a ANS determinará as medidas a serem adotadas, que poderão ser: solicitação de esclarecimentos ou revisão, apresentação de Plano de Recuperação, apresentação de novo Plano de Negócios, e, em casos mais graves, instalação de regimes especiais como Direção Fiscal ou Técnica ou suspensão das atividades da empresa.

O processo de registro de Operadora de Plano Privado de Assistência à Saúde na modalidade Administradora de Benefícios requer atenção especial ao conteúdo e forma da apresentação das informações e documentos exigidos pela regulamentação vigente, bem como o acompanhamento permanente tanto quanto à manutenção das informações atualizadas perante à Agência Reguladora, não só durante o processo de registro como também ao longo de sua atuação no mercado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho abordou a gestão na saúde suplementar brasileira, cuja relevância é notória em face do bem tutelado – a saúde dos cidadãos aliada à gestão por processos como um mecanismo importante que contribui para eficiência nas organizações. É sabido que a saúde como um dos direitos fundamentais dos cidadãos brasileiros vem sendo prestada pela iniciativa privada, decorrente da ineficiência do poder público neste setor, visto que a Constituição Federal Brasileira de 1988 assegura a atuação do setor público e privado. Para tanto, mostrou-se necessária a regulação pelo Estado das organizações que atuam neste mercado com o intuito de assegurar àqueles que contribuem para planos de saúde a garantir de atendimento quando da necessidade de utilização dos serviços de assistência à saúde.

A partir da identificação de que para as organizações atuarem no mercado de planos privados de assistência à saúde suplementar no Brasil são necessárias a observação de regulamentação específica e complexa, o presente trabalho demonstrou que o mapeamento de processos através de fluxogramas proporciona uma melhor compreensão da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde, bem como orienta os agentes envolvidos no processo administrativo de obtenção de registro e autorização de funcionamento exigido junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar, condição precípua para o ingresso no mercado.

A contextualização do mercado de planos de saúde, a análise da regulamentação vigente, o mapeamento e descrição dos processos, a identificação da documentação necessária para fins de instrução do processo administrativo de registro, bem como a elaboração de modelos de documentos para tal fim apresentados neste estudo constituem um instrumento que contribui para obtenção do registro de Operadora junto à ANS de forma célere e estruturada.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Luis Cesar G.; GARCIA, Adriana Amadeu; MARTINES, Simone. **Gestão de Processos: Melhores Resultados e Excelência Organizacional**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2011.

DAVENPORT, Thomas H. **Reengenharia de Processos: Como inovar na empresa através da tecnologia da informação**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1994.

FERREIRA, Ayrton Sérgio Rochedo. **Modelagem Organizacional por Processos: Um sistema óbvio de gestão Um passo além da hierarquia**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2010.

GONÇALVES, J. E. L. As Empresas São Grandes Coleções de Processos. **Revista de Administração de Empresas**, v. 40, n.1, p. 6-19. 2000.

HARRINGTON, James. **Aperfeiçoando Processos Empresariais**. São Paulo: Makron Books, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Informações da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011.

ANEXOS

MODELO 1

(Papel timbrado da pessoa jurídica)

<Cidade>, <dia> de <mês> de <ano>.

À

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS - DIOPE

Rua Augusto Severo, nº 84 - Glória

CEP 20.021-04 – Rio de Janeiro/RJ

Referente: Solicitação de Registro de Administração de Benefícios

Prezados Senhores,

A **<RAZÃO SOCIAL DA PESSOA JURÍDICA PRETENDENTE>**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº <XXXX>, por seu representante legal que abaixo subscreve, em conformidade com o disposto na Resolução Normativa – RN/ANS nº 85, de 07 de dezembro de 2004 e alterações posteriores, vem perante V. S^a requer **Registro e Autorização de Funcionamento** para atuar no mercado de planos privados de assistência à saúde suplementar, na modalidade Administradora de Benefícios.

Termos em que
Pede Deferimento.

Atenciosamente,

<nome>

<cargo>

<Razão Social da Pessoa Jurídica Pretendente>

MODELO 2***(Papel timbrado da pessoa jurídica)***

<Cidade>, <dia> de <mês> de <ano>.

À

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS - DIOPE**

Rua Augusto Severo, nº 84 - Glória

CEP 20.021-04 – Rio de Janeiro/RJ

Referente: Solicitação de Registro de Administração de Benefícios

Prezados Senhores,

A **<RAZÃO SOCIAL DA PESSOA JURÍDICA PRETENDENTE>**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº <XXXX>, por seu representante legal que abaixo subscreve, em conformidade com o disposto na Resolução Normativa – RN/ANS nº 85, de 07 de dezembro de 2004 e alterações posteriores, vem perante V. Sª indicar formalmente:

Representante Legal perante a ANS:

Sr(a). <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, <profissão>, inscrito no CPF/MF sob o nº <nº>, residente e domiciliado na Cidade de <município/UF>, contratado/eleito/nomeado em <dia> de <mês> de <ano> para exercer o cargo de <xxx> por tempo indeterminado/por xxx anos.

Responsável pela Área Técnica de Saúde – Médica:

Dr(a). <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, <profissão>, inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado de <UF> sob o nº <nº> e no CPF/MF sob o nº <nº>, residente e domiciliado na Cidade de <município/UF>, contratado em <dia> de <mês> de <ano> por tempo indeterminado.

Responsável pela Área Técnica de Saúde – Odontológica:

Dr(a). <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, <profissão>, inscrito no Conselho Regional de Odontologia do Estado de <UF> sob o nº <nº> e no CPF/MF sob o nº <nº>, residente e domiciliado na Cidade de <município/UF>, contratado em <dia> de <mês> de <ano> por tempo indeterminado.

Contador:

Sr(a). <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, contador, inscrito no Conselho Regional de Contabilidade do Estado de <UF> e no CPF/MF sob o nº <nº>, residente e domiciliado na Cidade de <município/UF>, contratado em <dia> de <mês> de <ano> por tempo indeterminado.

Diante das informações acima prestadas, espera-se ter cumprido satisfatoriamente a exigência desta Agência para fins de concessão da Autorização de Funcionamento desta Administradora.

Atenciosamente,

<nome>
<cargo>
<Razão Social da Pessoa Jurídica Pretendente>

MODELO 3

(Papel timbrado da pessoa jurídica)

<Cidade>, <dia> de <mês> de <ano>.

À

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS - DIOPE**

Rua Augusto Severo, nº 84 - Glória

CEP 20.021-04 – Rio de Janeiro/RJ

Referente: Solicitação de Registro de Administração de Benefícios

Prezados Senhores,

A **<RAZÃO SOCIAL DA PESSOA JURÍDICA PRETENTENDE>**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº <XXXX>, por seu representante legal que abaixo subscreve, em conformidade com o disposto na Resolução Normativa – RN/ANS nº 85, de 07 de dezembro de 2004 e alterações posteriores, vem perante V. S^a apresentar a relação dos administradores em exercício nesta data:

<Cargo>

Sr(a). <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, <profissão>, inscrito no CPF/MF sob o nº <nº>, residente e domiciliado na Cidade de <município/UF>, contratado/eleito/nomeado em <dia> de <mês> de <ano> para exercer o cargo de <xxx> por tempo indeterminado/por xxx anos.

<Cargo>

Sr(a). <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, <profissão>, inscrito no CPF/MF sob o nº <nº>, residente e domiciliado na Cidade de <município/UF>, contratado/eleito/nomeado em <dia> de <mês> de <ano> para exercer o cargo de <xxx> por tempo indeterminado/por xxx anos.

....

Diante das informações acima prestadas, espera-se ter cumprido satisfatoriamente a exigência desta Agência para fins de concessão da Autorização de Funcionamento desta Administradora.

Atenciosamente,

<nome>

<cargo>

<Razão Social da Pessoa Jurídica Pretendente>

MODELO 4

(Papel timbrado da pessoa jurídica)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, <nome completo>, <nacionalidade>, <estado civil>, nascido(a) no(a) <Local de Nascimento> no <dia> de <mês> de <ano>, do sexo <masculino-feminino>, residente e domiciliado na <Avenida/Rua n.º, Complemento>, <Bairro>, <Município>, <UF>, <CEP>, telefone <DDD/Telefone comercial e residencial>, e-mail <e-mail>, portador(a) do documento de identidade n.º <contendo tipo, número, órgão expedidor e data de expedição>, inscrito(a) no CPF sob o n.º <11 dígitos>, filho(a) de < filiação completa >, <eleito>,ou <reeleito>,ou <nomeado>, ou <contratado> como <administrador ou prestador de serviço> para ocupar o cargo de , na <razão social da operadora, completa>, a qual encontra-se em processo de solicitação de autorização de funcionamento perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS,

DECLARO, para os devidos fins de direito:

1 - preencher para o Exercício do Cargo para o qual fui <eleito, reeleito, nomeado, contratado como administrador ou contratado como prestador de serviço>, os requisitos de capacitação técnico-profissional e as condições de:

- a) não ser impedido por lei;
- b) ter reputação ilibada;
- c) não estar sob os efeitos de condenação por crime falimentar, de prevaricação, de corrupção ativa ou passiva, de concussão, de peculato, contra a economia popular, contra a fé pública, contra a propriedade ou, havendo sido condenado, apresentar a declaração judicial de reabilitação na forma da legislação pertinente;
- d) não ter participado da administração de empresa que esteja em direção fiscal ou que tenha estado ou esteja em liquidação extrajudicial ou judicial, até que seja apurada a sua responsabilidade; e
- e) não estar inabilitado para cargos de administração em outras instituições sujeitas à autorização, ao controle e à fiscalização de órgãos ou entidades da administração pública direta ou indireta, conforme Regulamentação em vigor, e em especial às aplicadas ao Mercado de Saúde Suplementar;

2 – assumir, sob as penas dos arts. 171 e 299 do Código Penal, integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas, ficando à ANS, desde já, autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprouver;

3 – assumir, sob as penas do art. 11 da RDC n.º 24, de 13 de junho de 2000, integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas, ficando à ANS, desde já, autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprouver.

<Cidade>, <dia> de <mês> de <ano>.

<nome>

<cargo>

<Razão Social da Pessoa Jurídica Pretendente>

MODELO 5*(Papel timbrado da pessoa jurídica)***À**

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS - DIOPE
Rua Augusto Severo, nº 84 - Glória
CEP 20.021-04 – Rio de Janeiro/RJ

Referente: Solicitação de Registro de Administração de Benefícios

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins do disposto na Resolução Normativa – RN/ANS nº 85, de 07 de dezembro de 2005, e alterações posteriores, que a Operadora enquadra-se no tipo de atenção prestada <xxxxxxx> (inciso ... do art. ... da RDC/ANS nº 39/00), em razão de operar planos; e atua no segmento <mencionar> (inciso ... do art. ... da RDC/ANS nº 39/00), em função de despender <justificativa nos termos do art. ...>.

Declaramos, ainda, que a região de comercialização da Operadora é Região ... – em, excetuando os municípios de, conforme estabelece o Anexo I da RN/ANS nº 160/07 e posteriores alterações.

Por fim, declaramos assumir integral responsabilidade pela fidedignidade da declaração ora firmada, sujeitando-nos às penalidades previstas na legislação em vigor.

<Cidade>, <dia> de <mês> de <ano>.

<nome>

<cargo>

<Razão Social da Pessoa Jurídica Pretendente>