

Convênio ATN/MT-6982-BR: Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde

**Avaliação de Impacto do Programa de Regulação dos
Planos Privados de Assistência à Saúde**

Trabalho realizado pela MS Consultoria, Assessoria e Administração Ltda.

Contrato de Prestação de Serviços Nº 05/4700001701

Rio de Janeiro, fevereiro de 2006

SUMÁRIO

Resumo Executivo	5
I – Introdução	6
Contextualização / Antecedentes	6
Descrição do Projeto	8
Metodologia de Avaliação	15
II – Relevância do Projeto	18
Introdução	18
Contexto em que se realizou o Projeto	18
Validade do Projeto	19
III – Efetividade e Efeitos	21
Componente A	21
Componente B	34
Componente C	61
IV – Eficiência	69
V – Conclusões	70
Principais projetos desenvolvidos e sua natureza estratégica para as atividades da ANS:	70
Fatores Externos que interferiram no encaminhamento do Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde.	74
Sugestões para a Agência Nacional de Saúde Suplementar, diante do impacto do Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde.	75

RESUMO EXECUTIVO

Este estudo procura avaliar os resultados e os impactos do *Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde*, desenvolvido no âmbito do Convênio ATN/MT-6982-BR, celebrado entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID.

Na metodologia utilizada, fez-se uma ampla pesquisa documental que teve como principais insumos os documentos do próprio convênio firmado entre BID e ANS e, sobretudo, os relatórios de cada um dos projetos, dos quais constam seu desenvolvimento e as conclusões obtidas com base nos estudos efetuados. Foram realizadas ainda entrevistas semi-estruturadas com gestores da Agência, que tinham sob sua responsabilidade a condução de algum destes projetos. Todo esse material serviu para concluir que o Programa foi realizado e encaminhado sob grande empenho da Agência.

O estudo conclui que o *Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde* – Convênio ATN/MT-6982-BR foi uma importante e bem-sucedida experiência conduzida pela ANS, que acumulou, a partir da conclusão dos seus projetos, recursos importantes que passaram a ser controlados desde então, elevando sobremaneira a sua capacidade de governo. Como consequência, aumentou a governabilidade da Agência para a realização da sua missão institucional de regular a saúde suplementar, em processo articulado e pactuado com os atores que estão implicados com o setor, sobretudo as operadoras, prestadores e beneficiários do sistema.

I - INTRODUÇÃO

Contextualização/Antecedentes

O mercado brasileiro de saúde suplementar começou a operar nos anos 60 do século passado, ficando submetido às regras de controle e fiscalização da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda. A fiscalização da SUSEP abrangia as empresas seguradoras como um todo e não havia regras específicas para regular as atividades do setor saúde. Nesse período, apenas os órgãos de defesa do consumidor atuavam nos casos de irregularidades nas relações entre operadoras e beneficiários. A saúde suplementar era considerada, na esfera do governo federal, uma área que dizia respeito à economia, mais do que à saúde e por isso mesmo não existiam critérios para a definição de produtos, para o estabelecimento de carências, para a fixação dos reajustes das mensalidades, para a definição das doenças preexistentes, para a fiscalização e para as garantias de atendimento das necessidades dos usuários.

Assim, sem uma regulação eficaz, estabeleceu-se, segundo CARVALHO, citado em Cecílio (2003), disputas que podem ser agrupadas em cinco grandes blocos de questões:

aquelas relacionadas à regulamentação, em si, do setor suplementar; as referentes à cobertura e exclusões a doenças e problemas relacionados à saúde dos usuários/consumidores de planos; questões referentes ao exercício profissional e à organização do trabalho médico; questões referentes à relação público/privado; questões referentes à continuidade de usufruto do plano.

Esta situação coloca em evidência a necessidade do processo regulatório que, para ser eficaz, requer um grande investimento na Agência Nacional de Saúde Suplementar, tanto de conhecimentos quanto de instrumentos que possam otimizar seu funcionamento para exercer tal missão, tais como um sistema de informações em nível ótimo que inclua cadastro, dados econômico-financeiros, dados relacionados à assistência etc. Enfim, somente o fortalecimento institucional poderia colocar a ANS à altura dos desafios de regular o setor da saúde suplementar. Ilustra bem o que se está dizendo, ao analisarmos que, apesar desses problemas iniciais, o Brasil se tornou, ao longo dos anos, um dos maiores mercados da saúde suplementar do mundo, contando com 2.100 operadoras (Cadastro de Operadoras – ANS/MS – 28/11/2005), que movimentaram no ano de 2004, R\$31.406.056.294,00 – trinta e um bilhões, quatrocentos e seis milhões, cinquenta e seis mil, duzentos e noventa e quatro reais; (Fonte: Diops/FIP – 06/2005).

A grande maioria das operadoras está localizada na Região Sudeste (58,90%), seguida da região Sul, com (17,38%), havendo, portanto, uma distribuição desigual e alta concentração de operadoras nas áreas de grande demanda.

Em números absolutos, o segmento de Medicina de Grupo lidera em quantitativo de Operadoras, com 708, e em seguida estão as odontologias de grupo (422), cooperativas médicas (367) e autogestão (308), nesta ordem. Os dados são de Cadastro de Operadoras – ANS/MS – 28/11/2005.

Esses números nos oferecem um quadro extremamente complexo, com grandes diferenciações na distribuição territorial, nas realidades sócio-econômicas, nas quais as operadoras estão inseridas, grande diversidade de clientela e sobretudo um modo diferenciado no tratamento dos problemas enfrentados no setor, em cada segmento. Essa diferenciação por si só justifica este programa, objeto do convênio entre a ANS e o BID/FUMIN, pois é necessário um grande esforço de pesquisa para compreender os fenômenos que cercam a produção da saúde no setor e não apenas as variáveis de ordem econômica e financeira. Por outro lado, devido à novidade que representa a saúde suplementar, é imprescindível um contato de caráter pedagógico entre a Agência e os diversos segmentos de operadoras, as entidades de defesa do consumidor e outros setores da sociedade que estão de alguma forma envolvidos com a saúde suplementar.

Outra justificativa importante para a implementação do *Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde* diz respeito à amplitude do mercado da saúde suplementar, demonstrado pelos dados financeiros disponíveis no banco de dados da ANS, conforme tabela 1:

Tabela 1 – Receita por Modalidade

Modalidade	2002	2003	2004
Operadoras Médico-hospitalares	24,588,012,956	26,324,588,300	30,615,291,171
Medicina de Grupo	8,573,510,110	9,641,781,285	10,691,581,567
Cooperativa Médica	7,802,956,121	8,478,436,858	10,471,912,450
Seguradora Especializada Em Saúde	6,224,944,448	6,603,698,533	7,600,898,687
Filantropia	1,360,597,505	906,566,991	1,011,439,223
Autogestão	626,004,773	694,104,633	839,459,244
Operadoras Exclusivamente Odontológicas	580,304,286	650,052,261	790,765,124
Odontologia de Grupo	392,759,195	428,854,809	581,457,442
Cooperativa Odontológica	187,545,090	221,197,452	209,307,681
Total	25,168,317,242	26,974,640,562	31,406,056,294

Fonte: Dioperadoras/FIP – 06/2005

Nota*: Nas Autogestões não são incluídas as Autogestões patrocinadas. Receita de Contra-prestações.

Um terceiro argumento em prol do programa que aposta na consolidação da ANS e sua importante posição no cenário de regulação da saúde suplementar diz respeito à grande inserção do setor entre consumidores brasileiros.

De acordo com o "Cadastro de Operadoras em 28/11/2005", um percentual significativo das mesmas, na ordem de 62,2%, têm em carteira entre 101 a 20.000 beneficiários, demonstrando que o mercado ainda tem uma maioria de operadoras de menor porte, ficando as maiores, aquelas com mais de 50.001 beneficiários, com a distribuição percentual de 7,6% do total de vidas contratadas com os diversos segmentos da saúde suplementar.

Como dito anteriormente, a saúde suplementar no Brasil torna-se um setor extremamente complexo, na medida em que as operadoras estão distribuídas por diversos segmentos, alterando assim condutas microrregulatórias, modos diferentes de produzir saúde.

Descrição do Projeto

Na Carta-Convênio entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, fica acordado que o objetivo geral do Programa é: *“apoiar a implementação de um novo quadro normativo para os planos privados de saúde no Brasil e financiar as atividades iniciais para a implantação da ANS”*. E os objetivos específicos foram elencados como os seguintes:

- (i) aumentar a competitividade e eficiência do mercado de planos privados de saúde, promovendo maior transparência na relação entre usuários e empresas e estimulando a criação de entidades de credenciamento de Empresas Operadoras de Planos Privados de Saúde (EOP);
- (ii) institucionalizar a relação entre as EOP e entidades de defesa do consumidor, criando ferramentas de apoio e sistemas de informação para essas entidades e fortalecendo institucionalmente suas estruturas de gestão;
- (iii) aumentar o grau de entendimento e aceitação do novo regulamento entre a sociedade e os agentes envolvidos, por intermédio de estratégias de comunicação social e realização de eventos técnicos que permitam a incorporação de experiências internacionais bem sucedidas.

No mesmo documento (Carta-Convênio), estão descritos, em detalhes, os componentes do programa, sendo em linhas gerais, o que se segue:

A) Fortalecimento institucional da ANS

1.01 O primeiro objetivo deste componente é estabelecer padrões mínimos para habilitar e avaliar as EOP. Serão financiadas consultorias para a realização das seguintes atividades:

- (i) sistematizar o conhecimento sobre as relações contratuais entre as EOP, prestadores de serviços e profissionais de saúde, incluindo lições provenientes da experiência internacional;
- (ii) elaborar um sistema de registro oficial e um cadastro básico de planos de saúde que contemple padrões para habilitação de operadoras e indicadores de resultados para a futura avaliação dos planos, assim como um cronograma para colocar o mencionado sistema em vigor;

- (iii) avaliar a eficiência dos atuais mecanismos de auditoria médica utilizados pelo Sistema de Medicina Suplementaria (SMS) e propor novos mecanismos, levando em consideração as condições mínimas de garantia de qualidade para o mercado consumidor e medidas especiais para prestação de contas durante os períodos de carência. O produto das referidas consultorias será o sistema de registro de planos de saúde e um manual contendo as diretrizes gerais do processo de habilitação das EOP, na versão impressa e eletrônica (*web page* da ANS).
- 1.02 O segundo objetivo deste componente é desenvolver modelos e estimular a criação de instituições de credenciamento de EOP. Serão financiadas consultorias para a realização das seguintes atividades:
- (i) definir um modelo piloto de credenciamento de planos de seguro e assistência à saúde;
 - (ii) aplicar este instrumento em uma amostra das EOP (no mínimo 50 empresas com estudos de caso controle); e
 - (iii) elaborar um manual de credenciamento de planos de saúde e desenhar a estrutura-modelo de uma organização para credenciamento de planos de saúde.
- 1.03 O terceiro objetivo deste componente é elaborar um plano estratégico de tecnologia de informação para a ANS. Serão financiadas consultorias para a realização das seguintes atividades:
- (i) definir um modelo lógico de sistema de informação da ANS;
 - (ii) planejar as necessidades de equipamentos da rede;
 - (iii) elaborar termos de referência para o desenho lógico e para a tecnologia de informação a ser utilizada;
 - (iv) elaborar os termos de referência para o desenvolvimento de *software* e a compra de serviços relacionados com a rede local e remota (*intranet* e *internet*).

B) Fortalecimento institucional das EOP e instituições de defesa do consumidor

- 1.04 O primeiro objetivo deste componente é desenvolver um *software* para melhorar a eficiência administrativa, bem como obter e guardar informações das operadoras de planos privados de saúde. Serão financiadas consultorias, desenvolvimento de *software* e programas de capacitação para:
- (i) definir um plano de contas padrão para as EOP;
 - (ii) criar um *software* de fácil utilização pelas EOP de qualquer tamanho destinado à aplicação do referido plano de contas, assim como realizar um treinamento para a implantação desse plano de contas e do respectivo *software* nas EOP;

- (iii) criar um sistema de serviço de ajuda telefônica para apoiar as EOP na implantação do plano de contas; e
- (iv) criar uma rede de comunicação de dados entre as EOP e a ANS para o envio *on line* da informação recolhida.

1.05 O segundo objetivo deste componente é desenvolver um *software* para apoiar os estabelecimentos que prestam serviços às EOP. Serão financiadas consultorias, desenvolvimento de *software* e programas de capacitação, para:

- (i) estabelecer os padrões de informação contábil e epidemiológica que serão necessários para o adequado funcionamento das EOP;
- (ii) desenvolver um *software* para o registro, recolhimento e encaminhamento das referidas informações às EOP;
- (iii) desenvolver mecanismos (internos e externos à ANS) para que todos os estabelecimentos prestadores possam ter acesso ao uso deste *software* e propiciar também o treinamento e capacitação técnica, através de mecanismo de educação à distância.

1.06 O terceiro objetivo deste componente é fortalecer as instâncias de defesa do consumidor. Serão financiadas consultorias, desenvolvimento de *software* e programas de capacitação, para:

- (i) definir um modelo nacional (com bases regionais) de registro de reclamações, processos e penalidades aplicadas, que possibilitem alimentar o sistema de avaliação das EOP;
- (ii) estabelecer uma rede de comunicação de dados entre a ANS e os órgãos de comunicação e defesa do consumidor, em um ambiente seguro que possibilite alimentar o mencionado registro. Essa atividade será aplicada como projeto piloto em São Paulo e, posteriormente, nos demais estados da Federação.

1.07 O quarto objetivo deste componente é desenvolver um modelo para determinar os custos dos planos de saúde baseados em critérios epidemiológicos e actuariais para o SMS. Serão financiadas consultorias, desenvolvimento de *software* e programas de capacitação para elaborar um modelo actuarial de determinação de custos de planos de saúde, com base nos fatores de riscos demográficos, sociais, ambientais, laborais e epidemiológicos das EOP. A ANS aplicará este modelo numa amostra de aproximadamente cinquenta (50) empresas que voluntariamente se disponham a validar sua utilização entre as distintas operadoras.

C) Capacitação técnica, promoção e divulgação

1.08 O primeiro objetivo deste componente é aumentar a capacitação técnica da ANS pela realização de um ciclo de seminários internacionais e de políticas de intercâmbio sobre regulamentação dos planos privados de saúde. Serão realizadas as seguintes atividades:

- (i) realização de um seminário internacional sobre a regulamentação de planos de saúde, o qual contará com a presença de especialistas brasileiros e do exterior, sobre o papel da ANS, o conteúdo da regulamentação, a relação a ser estabelecida entre os agentes envolvidos;
 - (ii) realização de quatro seminários regionais sobre a regulamentação de planos privados de saúde, destacando os aspectos mencionados anteriormente, com o propósito de adaptar a nova estratégia de regulamentação à realidade de cada uma das regiões do país;
 - (iii) consultorias e intercâmbio entre técnicos brasileiros e internacionais sobre temas críticos relacionados com a regulamentação de planos privados de saúde; e
 - (iv) criação de uma linha de produção e divulgação de documentos e informações sobre temas críticos relacionados com a eficiência, eficácia e proteção social do setor, estimulando o diálogo e a busca de soluções, bem como o consenso entre os agentes interessados no bom funcionamento do setor, associações de defesa do consumidor, universidades, as EOP, entre outras.
- 1.09** O segundo objetivo deste componente é realizar atividades de promoção e divulgação das funções da ANS entre os consumidores e as EOP, assim como de sensibilização social dos direitos dos usuários e das empresas que contratam planos do SMS. Serão realizadas as seguintes atividades:
- (i) produção de material impresso para sua imediata divulgação entre os usuários de planos de saúde das operadoras existentes no mercado;
 - (ii) atualização, edição e publicação de guias de direito do consumidor de seguros e planos de saúde (edição do ano de 2000); e
 - (iii) realização de eventos e atividades de promoção e sensibilização acerca da criação da ANS e de sua competência, bem como dos novos direitos do consumidor e dos mecanismos para validá-los.

Abaixo, o quadro resumo dos projetos do *Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde* ATN/MT-6982-BR.

Quadro 1 – Projetos previstos no Convênio ANS – BID/FUMIN

Projeto 0800 – Estruturação do <i>Call Center</i>	
Objetivo Geral	Objetivos Específicos
Contratação de empresa especializada na prestação de serviços voltados à instalação e operação na Agência Nacional de Saúde Suplementar, na cidade de São Paulo, de Central de Atendimento a Consumidores, de abrangência nacional	1. Atendimento eletrônico e humano, por telefone, através de uma linha telefônica (0800), ou por fax, cartas, correio eletrônico (<i>e-mail</i>), rede mundial de computadores (<i>Internet</i>) e contato pessoal, incluindo adaptação das instalações físicas, rede interna, linhas telefônicas, elementos de interconexão, <i>software</i> , equipamentos de telecomunicação e informática, mobiliário, mão-de-obra especializada, material de consumo e demais recursos necessários

Projeto P03 – Desenvolvimento e implantação de um programa de divulgação de orientações para as empresas negociarem a compra de planos de saúde	
Objetivo Geral Conscientizar os contratantes de planos de saúde empresariais de que sua interferência, através de associações de contratantes, no processo de formação de preços pode aprimorar a qualidade e a cobertura da assistência médica hospitalar oferecida aos seus empregados e impedir a formação de preços de monopólio no segmento de planos de saúde empresariais	Objetivos Específicos 1. Conscientizar o empresariado da necessidade de negociar quando da compra de planos de saúde coletivos oferecidos por operadoras; 2. Motivar que os compradores se reúnam, sempre que desejável, em grupos, de forma a aumentar o poder de negociação da base compradora; 3. Criar uma base de conhecimento, de fácil acesso, que permita aos empresários ou associações de empresários ter dados que permitam fundamentar seus argumentos. Esta base deve estar organizada em meio magnético, disponível pela <i>internet</i> ; 4. Criar um fórum capaz de ajudar os que se motivarem com o programa a operacionalizarem as idéias nele contidas.
Projeto P04 – Projeto de implementação de padrão único de troca de informações entre operadoras e prestadoras de serviços de saúde	
Objetivo Geral A partir de uma proposta de padronização, desenvolver um <i>software</i> que estimule as operadoras de planos de saúde a adotarem registros unificados e automatizados sobre o atendimento de seus clientes, aprimorando a qualidade, garantia de acesso e aumento da eficiência dos serviços de saúde.	Objetivos Específicos 1. Definir padrão único de troca de informações entre operadoras e prestadoras de serviços de saúde complementar e padrão de variáveis necessárias para análise epidemiológica para a avaliação da qualidade dos serviços; 2. Desenvolvimento de <i>software</i> ; 3. Implantação e treinamento.
Projeto P10 – Inclusão da assistência farmacêutica em planos e programas de saúde suplementar	
Objetivo Geral Propor modelos alternativos de incentivo para os clientes de planos de saúde suplementar, por meio da definição de programas e atividades específicas relacionadas à assistência farmacêutica, que possam trazer impactos sobre o preço final dos medicamentos.	Objetivos Específicos 1. Efetuar estudos de caso de experiências caracterizadas por planos e seguradoras com formas organizacionais de assistência farmacêutica diferenciadas, que tenham produzido impacto sobre o preço final do medicamento para o cliente; 2. Efetuar estudos de caso de experiências caracterizadas pela existência de listas de medicamentos padronizados e protocolos terapêuticos que tenham produzido impacto na qualidade da assistência ao paciente e sobre o preço final do medicamento para o cliente; 3. Analisar comparativamente os resultados dos estudos de caso realizados no país e correlacionar tendências observadas nos novos e antigos modelos de assistência farmacêutica; 4. Efetuar estudos de caso de experiências internacionais caracterizadas por planos e seguradoras com formas organizacionais de assistência farmacêutica diferenciadas que tenham produzido impacto sobre o preço final do medicamento para o cliente; 5. Analisar comparativamente os resultados dos estudos de caso realizados no país em relação àqueles encontrados internacionalmente e correlacionar tendências observadas nos novos e antigos modelos de assistência farmacêutica em planos de saúde suplementar.

Projeto P11 – Incorporação Tecnológica pelas Empresas de Assistência Médica Suplementar	
<p>Objetivo Geral</p> <p>Realizar um levantamento dos recursos tecnológicos e da capacidade de inovação relacionada ao setor da saúde suplementar e apresentar indicações exploratórias de mecanismos de regulação. Contribuir para a formulação e implementação de modelos assistenciais mais custo-efetivos.</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mapear os recursos tecnológicos disponíveis no sistema de saúde do país e identificar os principais fluxos entre os componentes do sistema de inovação e do sistema de saúde, para aperfeiçoar os mecanismos de regulação governamental da ANS e estimular maior eficiência alocativa por parte das operadoras de planos e seguros de saúde e para sugerir linhas de regulação da saúde suplementar de forma a estimular um processo de absorção ativo e planejado de novas tecnologias.
Projeto P12 – Mecanismos de regulação dos prestadores de serviços adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil	
<p>Objetivo Geral</p> <p>Identificar e analisar o conjunto de relações institucionais e contratuais existentes entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços médico-assistenciais. A análise deve considerar os principais tipos de operadoras.</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterizar as operadoras de planos de saúde que operam no mercado brasileiro, segundo as seguintes variáveis: tipo; personalidade jurídica; abrangência; localização geográfica; carteira: número e tipo de planos oferecidos; número de clientes; número e tipo de prestadores; procedimentos submetidos a consulta prévia para autorização; 2. Caracterizar os planos de saúde transacionados no referido mercado, segundo as seguintes variáveis: cobertura geográfica; número de clientes e de beneficiários por tipo de plano; existência e tipo de co-pagamentos; surgimento de novos produtos oferecidos: relação entre liberdade de escolha, preço e existência de copagamento; 3. Caracterizar os prestadores de serviços médico-assistenciais credenciados pelas operadoras; 4. Caracterizar as relações entre operadoras e prestadores de serviços: formas de contratação e de remuneração dos prestadores adotadas pelas operadoras; sistemas de credenciamento de prestadores; formas e práticas de glosa (critérios utilizados, grau de adoção, etc.) adotadas pelas operadoras; mecanismos de gerenciamento do risco adotados pelas operadoras; outros mecanismos de regulação dos prestadores adotados pelas operadoras; 5. Analisar os mecanismos de regulação vigentes nas práticas de <i>managed care</i> nos EUA; 6. A partir da caracterização elaborada nos itens 1, 2, 3 e 4, identificar as peculiaridades dos mecanismos de regulação dos prestadores de serviços adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil, em relação às práticas de <i>managed care</i> e o sistema de regulação de planos de saúde vigentes nos EUA; 7. Formular implicações de políticas que visem ao aumento da eficácia regulatória da ANS.

Projeto P14 – Estudo qualitativo das estratégias organizacionais das operadoras de plano de saúde ante à regulação	
Objetivo Geral Avaliar a percepção prospectiva dos agentes por segmento de mercado (empresas de medicina de grupo, até empresas de autogestão pública e privada, seguradoras e cooperativas médicas) em relação ao regime regulatório.	Objetivos Específicos 1. Construção de cenários econômicos (micro e macro) e institucionais no que tange à credibilidade, à estabilidade e à autonomia do processo regulatório; 2. Avaliar os padrões de concorrência nos diversos segmentos; estratégias de mercado; inovação de produtos, ampliação de mercado por regionalização e mudança de público-alvo; 3. Indicar as estratégias de empresa (fusões, terceirização, verticalização etc.); os mecanismos de capitalização, posição face a entrada de capital estrangeiro no setor; 4. Compreender as estratégias da seguradoras, operadoras e prestadores de serviços diante dos pontos contenciosos do processo regulatório.
Projeto P27 – Estudo e desenvolvimento de modelo de garantias assistenciais	
Objetivo Geral Desenvolver uma metodologia de avaliação das ações de saúde prestadas por operadores de planos de saúde no Brasil, baseada em padrões de desempenho de excelência, desejáveis e exequíveis, associados a estratégias de aprimoramento da qualidade dessas ações.	Objetivos Específicos 1. Elaborar funções e padrões de excelência desejáveis para aferição de desempenho de redes de serviços de saúde vinculadas ou administradas por operadores de planos de saúde; 2. Elaborar procedimentos e normas de avaliação de redes de serviços para a tomada de decisão e apelação relativas à acreditação de instituições e serviços de saúde; 3. Desenvolver um sistema de pontuação para aferição dos padrões e suas regras de agregação que permitam tornar o processo de avaliação o mais objetivo possível e com adequada validade e replicabilidade. 4. Submeter as funções e padrões a grupos de especialistas para validação; 5. Realizar testes de avaliação e pontuação para testar exequibilidade e replicabilidade; 6. Realizar testes para validação de metodologia proposta e implementar os ajustes necessários.
Projeto P41 – Seminário Internacional – Regulação da Saúde Suplementar: o Brasil em perspectiva internacional	
Objetivo Geral Realizar seminário internacional sobre a experiência brasileira de regulação do Sistema de Saúde Suplementar, no âmbito da política nacional de saúde, e sobre outras experiências nacionais que sirvam ao Brasil para refletir sobre questões sanitárias, formulação de políticas públicas, estratégias virtuosas para a regulação do mercado de saúde suplementar.	Objetivos Específicos 1. Analisar, em perspectiva internacional, a experiência brasileira de regulação da produção e consumo privados de serviços de atenção à saúde; 2. Examinar distintos mecanismos de gestão para a implantação das atividades regulatórias do segmento de saúde complementar à luz da experiência internacional; 3. Divulgar junto às operadoras e segmentos técnico-especializados informações relevantes acerca das ações da ANS e de suas congêneres no plano internacional; 4. Divulgar junto a autoridades empresariais e governamentais as ações desenvolvidas pela ANS e suas diretrizes estratégicas no campo da regulação da produção e do consumo privado de serviços de atenção à saúde; 5. Avançar diagnósticos e soluções para uma interação virtuosa entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Saúde Suplementar através de políticas e ações públicas implementadas pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Projeto PC – <i>Programa de Conscientização do papel da ANS junto aos atendentes de Procons – Projeto Parceiros da Cidadania</i>	
Objetivo Geral Possibilitar o fomento de parcerias para a execução de trabalhos técnicos conjuntos por meio da realização de <i>workshops</i> com órgãos públicos de proteção e defesa do consumidor, no intuito de disseminar informações e ampliar os canais de acesso do consumidor que, de forma adequada, permitam a agilização e qualidade no atendimento, oferecimento de denúncias e formulação de reclamações de forma a potencializar a capacidade de atuação de todos os órgãos.	Objetivos Específicos <ol style="list-style-type: none"> 1. Definir as atribuições e competências dos parceiros e promover a comunicação entre as entidades; 2. Identificar e solucionar as dúvidas dos órgãos parceiros quanto às atribuições e competências da ANS; 3. Identificar os problemas mais frequentes de consultas e reclamações formuladas por consumidores junto aos órgãos públicos de proteção ao consumidor; 4. Identificar os problemas coletivos de competência de fiscalização da ANS; 5. Identificar assuntos de interesse para elaboração de material técnico informativo; 6. Divulgar os programas e canais disponibilizados pela ANS aos consumidores por meio dos órgãos públicos de proteção ao consumidor; 7. Fornecer apostila com legislação e regulamentação relativa aos planos privados de assistência à saúde e 8. Produzir material técnico a partir das necessidades apontadas pelos órgãos parceiros.

As ações descritas no Quadro 1 foram cuidadosamente classificadas de acordo com os componentes e objetivos que integram o *Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde* – Convênio ATN/MT-6982-BR, excluídos aqueles que não foram executados.

Metodologia de avaliação

O *Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde*, desenvolvida no âmbito do Convênio ATN/MT-6982-BR, celebrado entre a ANS e o BID/FUMIN, prevê em seu desenvolvimento algumas etapas de avaliação dos projetos a ele vinculados. A etapa atual refere-se à verificação dos resultados de impacto dos referidos projetos no contexto da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde e, para cumpri-la, foi desenvolvido um plano de trabalho que compreende a identificação de alguns indicadores de análise, dentre os quais está incluída a percepção dos gestores dos projetos sobre o objetivo, desenvolvimento, resultados e sobre a apropriação dos projetos pelos demais gestores e componentes do corpo técnico da ANS.

Procurou-se, como método de avaliação deste programa, considerar preliminarmente que estamos lidando com algo inédito na vida nacional, pois até então não havia sido feito um esforço tão significativo e abrangente para compreender e intervir no campo da saúde suplementar.

A avaliação que se fez foi sobretudo qualitativa, na qual buscou-se considerar a análise de progresso dos projetos, o seu processo de construção, impactos na saúde suplementar e especificamente o quanto se cumpriu do que havia sido acordado. As pesquisas têm nesse campo um caráter ainda bastante exploratório, dada a natureza dos problemas que se colocam para a investigação na saúde suplementar e a novidade que isto representa.

Um primeiro esforço foi realizado na pesquisa documental, revendo a história e o desenvolvimento da ANS, os documentos estruturantes do *Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde*, e, especialmente, uma leitura atenta dos Termos de Referência de cada projeto, tendo em vista que os mesmos indicavam o caminho a ser percorrido no desenvolvimento do mesmo e os produtos finais que deveriam ser entregues a partir dos contratos firmados para execução dos referidos projetos.

A análise documental prosseguiu com a pesquisa nos produtos finais de cada projeto, para comparação com aquilo que era esperado dos mesmos quando executados. Os relatórios e, sobretudo, suas conclusões e propostas, foram sendo apropriados durante o trabalho avaliativo. Outros documentos foram analisados nesse processo, tais como as atas das missões do BID de acompanhamento do *Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde*, para verificar a evolução e desenvolvimento dos respectivos projetos; textos produzidos pela ANS nos últimos anos, para identificação de sinais que indicassem a utilização de conceitos e a produção dos projetos executados no âmbito do Programa; relatórios de atividades da ANS, com objetivo de proceder à análise de acúmulo realizado pela Agência, em função dos projetos do programa, quando foram verificados indicadores que revelassem seu esforço em agregar conhecimento e tecnologia às equipes de gestores e seu corpo funcional.

Foi verificado também o número de atividades informativas realizadas em decorrência dos projetos desenvolvidos no âmbito do *Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde*.

A metodologia de avaliação abrangia igualmente a realização de entrevistas semi-estruturadas, com gestores da ANS, respectivamente os responsáveis das áreas onde estavam lotados os projetos do *Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde*, para descrição detalhada do desenvolvimento dos projetos e identificação dos impactos que os mesmos causaram nas suas respectivas áreas.

As entrevistas com roteiro semi-estruturado foram realizadas por um único entrevistador ao longo de 15 dias, gravadas e transcritas, exceto em um caso em que o gestor julgou mais apropriado formular as respostas por escrito. Os entrevistados foram identificados conforme sua relação com cada um dos projetos relacionados ao convênio.

Foram realizadas 12 entrevistas, totalizando 15 entrevistados, versando sobre 11 projetos distintos e sobre o Sistema de Informação da ANS. Alguns gestores estavam responsáveis por mais de um projeto, enquanto que outros projetos foram comentados por mais de um gestor. Segue abaixo um quadro demonstrativo das siglas das diretorias da ANS.

Quadro 2 – Relação das Diretorias da ANS

DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DIGES	Diretoria de Gestão

Observou-se bastante coerência e fidedignidade nos relatos dos entrevistados acerca dos objetivos dos projetos sob sua responsabilidade. Foram incluídos neste momento alguns esclarecimentos sobre Projetos que sofreram alterações ao longo de seu desenvolvimento, classificação por etapas ou mesmo que geraram desdobramentos em outros projetos, citando os respectivos objetivos.

Ao falar sobre os projetos de sua responsabilidade, todos, sem exceção, demonstraram interesse, envolvimento, desenvoltura e satisfação com os resultados observados.

Ao final, na fase conclusiva, este estudo analisa cada um dos projetos referentes a esse convênio, opinando se os produtos por ele apresentados estão conforme descritos nos Termos de Referência (TOR). Há um julgamento sobre o produto, se ele está completo e é satisfatório, o que vem indicado na última coluna do quadro analítico elaborado para isso.

Na apresentação da avaliação, buscou-se facilitar a leitura do relatório agrupando os projetos por componentes (A, B, C) e a partir daí procedeu-se à análise de cada um deles. No início de cada componente, há um quadro-síntese com o número do projeto, sua descrição sucinta e na última coluna a avaliação do mesmo, com indicações quanto à sua execução, e julgamento quanto ao produto (se satisfatório ou não). Após esse quadro-resumo, há uma análise do mesmo, onde se buscou para tal avaliação observar a sua efetiva conclusão e os possíveis impactos obtidos junto à saúde suplementar e à ação regulatória da ANS.

Os resultados vêm a seguir e estão separados por componente.

II – RELEVÂNCIA DO PROJETO

Introdução

O processo de regulação do setor de saúde privada no Brasil se inicia com a Constituição de 1988, mas vem a ganhar força somente dez anos depois, a partir da promulgação da LEI No 9.961 DE 28 DE JANEIRO DE 2000 que "Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS "; LEI Nº 9.656, DE 03 DE JUNHO DE 1998 e MEDIDA PROVISÓRIA N.º 2.177- 44, DE 24 DE AGOSTO DE 2001 que "Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde".

A partir daí, de acordo com Cecílio et al (2003), a ANS vive um verdadeiro "ímpeto regulatório" que pode ser explicado por duas razões principais. A primeira, porque a regulamentação do setor suplementar é recente e a ANS, sendo um órgão muito jovem, ainda se encontra em pleno processo de auto-constituição, ou seja, de construção e de formatação do seu objeto, daí sua "juvenil fúria regulamentadora". A outra se avalia a partir da constatação de que o campo de regulação dos seguros e planos privados de saúde é um território político, atravessado por múltiplos e quase sempre conflitantes e inconciliáveis interesses de múltiplos atores ou forças sociais. A ANS é o ator social ao qual caberá, pela natureza da sua missão institucional, produzir e fazer cumprir a legislação que configura o campo das relações entre operadoras, prestadores e beneficiários. Corroborar essa avaliação o dado de que até o ano de 2002, a legislação e a regulamentação produzidas pelos poderes Legislativo e Executivo federais, pela ANS e pelo CONSU e outros entes governamentais, foram contabilizadas em: 45 Medidas Provisórias que regulamentaram a Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, em 32 Resoluções do CONSU e cerca de 100 Resoluções RDC, 24 Resoluções Normativas (RN), 116 Resoluções Operacionais (RO) da Diretoria Colegiada (RDC) da ANS, além de 19 Instruções Normativas e 18 Resoluções RE das várias Diretorias que compõem o organograma da ANS, e ainda 30 portarias da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (www.abramge.com.br / agosto 2002).

Contexto em que se realizou o projeto

Embora tenha demonstrado uma grande capacidade de intervir no campo da saúde suplementar, realizando sua missão institucional de regular o setor, a ANS carecia de projetos estratégicos que contribuíssem para sua consolidação. Importa registrar que até recentemente, as pesquisas na área da saúde suplementar ficaram, em sua grande maioria, centradas nas áreas da economia da saúde e gestão, assumindo um certo déficit de conhecimento na área específica relacionada à produção da saúde ou aos modelos tecnoassistenciais em especial. Necessitava também de maior apoio institucional para instrumentalizar-se frente à missão de operar todo o processo regulatório da saúde suplementar.

Agrava esta situação a mudança na legislação que regula o setor, ficando os beneficiários com contratos anteriores à Lei nº 9.656 com um status diferenciado em relação à nova clientela que já passou a contratar com as operadoras em novas modalidades. Era necessária, portanto, uma grande performance técnica e política da ANS no sentido de operar em uma direção correta o processo regulatório, e por outro lado, atuar com habilidade diante dos diversos atores em cena, para conseguir viabilizar os projetos que têm esse objetivo.

É, portanto, um contexto de disputas técnicas e políticas no setor, no qual a ANS surge como o ente estatal que deverá ordenar os diversos segmentos da saúde suplementar.

Em maio de 2001, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) formalizou um acordo com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), do qual resultou o *Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde – Convênio ATN/MT-6982-BR*, que prevê o apoio à implementação de um novo quadro normativo para o setor da saúde suplementar no Brasil, em particular os planos privados de assistência à saúde, e financiar parte das atividades iniciais da ANS. Esse programa contou com recursos do Fundo Multilateral de Investimentos (FUMIN) e contrapartida nacional de igual valor, e suas atividades incluem o desenvolvimento de diversas ações por parte da Agência até maio de 2003, tendo sua vigência sido prorrogada duas vezes, nos anos de 2003 e 2004, finalizando em maio de 2005.

Tendo em vista a missão institucional da ANS e os desafios existentes para regular o mercado de saúde suplementar brasileiro, assim como as ações que devem ser implementadas no âmbito do convênio firmado com o BID. Essa avaliação busca apresentar uma análise do desempenho das atividades executadas pela ANS desde a celebração do convênio supracitado, analisando cada projeto do referido programa.

Validade do projeto e atualidade da sua relevância

Em março de 2004, foi realizado um estudo de médio impacto que avaliou o desenvolvimento dos projetos da ANS, tendo constatado o seguinte:

Quadro 3 – Estágio de implementação das ações/projetos eleitos para o *Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde* – dezembro de 2003.¹

Projeto	Estágio de Implementação*								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
O800	x	x	x	x	x	x	X	x	X
P03	x	x							
P04	x	x	x	x	x				
P10	x	x	x	x	x	x	X	x	X
P11	x	x	x	x	x				
P12	x	x	x	x	x	x	x		
P14	x	x	x	x	x				
P20	x	x	x	x	x				
P27	x	x	x	x	x	x	x		
P40	x	x	x	x	x	x	x	x	x
P41	x	x	x	x	x	x	x	x	
PC	x	x	x	x	x				
OP	x								

Fonte: MS/ANS; Estudo de Médio Impacto do *Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde*.

(*) Legenda dos Estágios de Implementação:

1 = Termo de referência elaborado

2 = Licitação iniciada

3 = Licitação concluída

4 = Contratação realizada

5 = Até 25% do trabalho executado

6 = Até 50% do trabalho executado

7 = Até 75% do trabalho executado

8 = 100% do trabalho executado

9 = Trabalho apropriado pela ANS

¹ Alguns dos projetos relacionados abaixo não se viabilizaram e portanto não constam da avaliação final do programa.

Além dessa constatação, foi realizado um estudo atestando o grau de incorporação pela ANS dos projetos já realizados, ficando constatado que havia sido incorporado nas suas rotinas o 0800, um serviço de *Call Center*.

A partir daí, os projetos foram sendo realizados e nota-se que houve um avanço importante na produção de conhecimento sobre a saúde suplementar, maior apropriação desse campo de saberes e práticas e, sobretudo, um aumento importante na eficácia das rotinas regulatórias implementadas pela Agência.

Avalia-se desde já a pertinência do projeto e sobretudo a necessidade da sua continuidade para consolidar o processo iniciado, de fortalecimento institucional da ANS.

O que se pretende nesta avaliação é verificar o impacto produzido pelo *Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde* na atividade da ANS, de regulação do setor, medindo o quanto a Agência foi eficaz no cumprimento do acordo firmado com o BID.

III – EFETIVIDADE E EFEITOS

Segundo a metodologia mencionada para esta avaliação, realizou-se a seguir avaliação do mérito de cada projeto, buscando analisá-los a partir do processo e resultados obtidos tendo ao final de cada um deles uma avaliação conclusiva que discorre os efeitos produzidos pelo mesmo a partir dos diferentes produtos que foram apresentados.

Os projetos estão distribuídos por componentes, tornando a apresentação dos mesmos de forma mais didática e fácil de identificar.

Na ordem de construção do texto que se segue, há inicialmente a descrição resumida do desenvolvimento de cada um dos projetos, seguida pelo “quadro síntese de resultados”, no qual está demonstrada a opinião final desta avaliação.

Após cada quadro, é apresentada uma análise contextualizada dos projetos, firmando a avaliação que este estudo está fazendo de cada um deles.

COMPONENTE A

Fortalecimento Institucional da ANS

Indicadores de Desempenho

(1) Sistema de Registro e Cadastro Básico de Planos Privados de Saúde desenvolvido, testado e implementado

(Implantado em 2000)

(2) Manual de Credenciamento de EOP e Modelo de Agência de Credenciamento de Planos Privados de Saúde Desenvolvidos,

(Modelo aperfeiçoado em 2004 – RN85)

(3) Modelo Lógico de sistema de informação da ANS desenvolvido

(Implantado –DEZ02)

A ANS iniciou o trabalho sem dispor de acervo, estudo ou série histórica que possibilitasse compreender a sistemática de funcionamento desse complexo mercado que reúne 35.736.773 (trinta e cinco milhões, setecentos e trinta e seis mil e setecentos e setenta e três) beneficiários, de acordo com dados do Cadastro de Beneficiários ANS/MS de setembro de 2005. O desafio de identificar, cadastrar, criar mecanismos de monitoramento remoto, a exemplo dos órgãos reguladores mais eficientes, não seria possível se não houvesse um planejamento sistematizado. O arcabouço regulatório e a estrutura de informações necessários à supervisão do setor de saúde suplementar, do ponto de vista econômico-financeiro, já se encontram em operação.

Estudos e Pesquisas desenvolvidos e/ou em desenvolvimento com o apoio do Convênio permitiram à ANS conhecer melhor esta sistemática e, utilizando-se de resultados já conhecidos, lançou no final do ano de 2004 um programa de qualificação do setor cujo foco está na qualificação assistencial e do serviço prestado por todos os atores do mercado.

No que concerne aos indicadores do Programa, ressalta-se que:

- (1) Em dezembro de 2002, a ANS dispunha de um completo Sistema de Informações, que incluía 18 subsistemas para cadastro, processamento e batimento dos mais diversos dados coletados e necessários à condução das atividades regulatórias.
 - (2) O CADOP (Cadastro de Operadoras) e o cadastro de beneficiários, que em 2000 eram enviados à ANS em planilhas *Excell*, em 2002 já podiam ser remetidos e atualizados via *Internet*. As informações necessárias para o monitoramento da situação econômico-financeira e cadastral das operadoras são, atualmente, igualmente enviadas via *internet* pelo DIOPS (Documento de Informações Periódicas das EOPS) que já está na 2a. versão, e é o principal sistema de acompanhamento econômico-financeiro das EOPS. Outros sistemas importantes são: o FIP (Formulário de Informações Periódicas), para as empresas seguradoras especializadas em saúde e o SIP (Sistema de Acompanhamento de Produtos), conjunto de informações solicitadas às operadoras para alimentação do banco de dados dos planos de saúde comercializados, que tem a finalidade de permitir o acompanhamento da prestação de serviços e a análise da situação econômica-financeira e atuarial desses produtos.
 - (2) Em dezembro de 2004, a ANS instituiu, por meio da RN nº 85, as regras para a concessão de autorização de funcionamento das operadoras de planos de assistência à saúde, definindo que as pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar, para obterem a autorização de funcionamento, deverão atender aos requisitos de: I – registro da operadora; II – registro de produto; e III – plano de negócios. Concluído o registro de produto e não sendo rejeitado o plano de negócios apresentado, será publicada a autorização para funcionamento. Para a manutenção da autorização de funcionamento, as operadoras de planos de assistência à saúde deverão manter, de forma regular e atualizada, o registro de operadora e o registro de produtos. As operadoras de planos de assistência à saúde que possuem registro provisório junto à ANS terão um prazo de 180 (cento e oitenta) dias para requerer a autorização de funcionamento, devendo, para tanto, cumprir as seguintes exigências: I – possuir situação regular em relação ao registro provisório; e II – possuir, pelo menos, um registro ativo de produto, que deverá ser plano referência, quando obrigatório.
- 2.04 Em 2003, a ANS já contava com 29 equipamentos-servidores utilizados com três finalidades distintas: infra-estrutura de rede, infra-estrutura de *internet* e *intranet* e para desenvolvimento de aplicativos.

Quadro 4 – Resultado de projetos do componente A

Projeto			Ementa	Status
Nº Ref.	Exec.	Comp		
P12	12m	A	Mecanismos de regulação dos prestadores de serviços adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil	CONCLUÍDO: maio 2004 Projeto Realizado: PRODUTO COMPLETO E SATISFATÓRIO
P12A	05m	A	Pesquisa sobre padrões de regulação utilizados por operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço	Licitação 1066/02 – Contrato assinado: abril 2003 – FFM Projeto Realizado: PRODUTO PARCIAL
P20	12m	A	Dimensionamento dos planos de saúde comercializados por hospitais filantrópicos: relações entre operação de planos de saúde e hospitais filantrópicos.	CONCLUÍDA: março 2005 Projeto Realizado: PRODUTO COMPLETO E SATISFATÓRIO
P27	12m	A	Estudo e desenvolvimento de modelo de garantias assistenciais.	CONCLUÍDO: maio 2004 Projeto Realizado: PRODUTO COMPLETO E SATISFATÓRIO
P27A	04m	A	Pesquisa sobre diferentes modelos assistenciais existentes na área de saúde suplementar	CONCLUÍDO: janeiro 2005 Projeto Realizado: PRODUTO COMPLETO E SATISFATÓRIO
P40	04m	A	Criação do sistema de indicadores de desempenho de planos de saúde	CONCLUÍDO: junho 2003 Projeto Realizado: PRODUTO COMPLETO E SATISFATÓRIO

Quadro 5 – Síntese de avaliação do componente A

Componente A – Fortalecimento institucional da ANS
<p>Objetivos-Chave</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer padrões mínimos para habilitar e avaliar as operadoras; • Desenvolver modelos e estimular a criação de instituições de credenciamento de operadoras; • Elaborar um plano estratégico de tecnologia de informação para a ANS.
<p>Resumo</p> <p>A ANS iniciou o trabalho sem dispor de acervo técnico que possibilitasse compreender melhor o funcionamento do complexo mercado de saúde suplementar que reúne, atualmente, mais de 38 milhões de usuários. O desafio de identificar, cadastrar, criar mecanismos de monitoramento remoto, a exemplo dos órgãos reguladores mais eficientes, não seria possível se não houvesse um planejamento sistematizado. O arcabouço regulatório e a estrutura de informações necessários à supervisão do setor de saúde suplementar foram plenamente implantados.</p> <p>i) Em dezembro de 2002, a ANS dispunha de um completo sistema de informações, que incluía 18 subsistemas para cadastro, processamento e batimento dos mais diversos dados coletados e necessários à condução das atividades regulatórias.</p> <p>ii) Em 2000, a ANS instituiu um modelo provisório de credenciamento de operadoras. Em 2002 o cadastro de operadoras e beneficiários, que em 2000 eram enviados à ANS em planilhas <i>Excell</i>, já podiam ser remetidos e atualizados via <i>internet</i>.</p> <p>iii) Em dezembro de 2004, a ANS instituiu, através da RN nº 85, as regras para a concessão de Autorização de funcionamento das operadoras de planos de assistência à saúde, definindo que as pessoas jurídicas de direito privado que pretenderem atuar no mercado de saúde suplementar, para obterem a Autorização de Funcionamento, deverão atender aos requisitos de: I – registro da operadora; II – registro de produto; e III – plano de negócios.</p> <p>iv) Em 2003, a ANS já contava com 29 equipamentos-servidores utilizados com três finalidades distintas: infra-estrutura de rede, infra-estrutura de <i>internet</i> e <i>intranet</i> e para desenvolvimento de aplicativos.</p> <p>Através do convênio foram realizadas importantes pesquisas e estudos para melhor compreensão da dimensão do setor. A partir do Projeto <i>Criação do Sistema de Indicadores de Desempenho de planos e seguros de saúde</i> foi possível elaborar indicadores de desempenho para os planos de saúde. Muitos deles estão listados no <i>Programa de Qualificação da Saúde Suplementar</i>, demonstrando que foram assimilados pela ANS.</p>

<p>Na sua opinião, os resultados deste componente foram atingidos?</p> <p>Os resultados refletem o momento em que o componente foi concebido (criação da ANS). As conclusões das pesquisas continuam válidas; elas ainda retratam, em grande medida, a realidade, mas, desde então, outras questões emergiram.</p>
<p>Qual(ais) ação(ões) foi(ram) mais impactante(s)?</p> <p>A ação <i>Estudo e desenvolvimento de modelo de garantias assistenciais (P27)</i> foi a mais importante. A criação do sistema de indicadores de desempenho dos planos de saúde (P 40) será mais importante no futuro.</p>
<p>Na sua visão, que lição, positiva ou negativa, podemos extrair da execução deste componente?</p> <p>Sem informação, sem conhecimentos não é possível regular o mercado de saúde suplementar. A ANS tem um papel importante não só na produção, mas na disseminação destes conhecimentos.</p>
<p>Ações futuras</p> <p>1- Linhas de Estudos/Pesquisas:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) avaliação de custo/ efetividade das ações de prevenção; ii) estudos sobre outros segmentos de operadoras; obs: poderia ser utilizada a mesma metodologia da Pesquisa <i>Dimensionamento dos planos de saúde comercializados por hospitais filantrópicos: relações entre operação de planos de saúde e hospitais filantrópicos</i>, com as adaptações cabíveis. iii) levantamento das experiências internacionais e nacionais sobre microrregulação bem sucedidas; iv) avaliação de impactos dessas experiências nos custos e na assistência à saúde; v) ampliação da avaliação de incorporação de tecnologias em saúde; vi) pesquisas sobre modelos assistenciais, com ênfase na saúde mental, de modo a definir linhas de cuidado e reduzir custos; e vii) estudos que subsidiem a regulação de prestadores de serviços e de vendedores de planos de saúde. <p>2. Capacitação de profissionais médicos e não médicos (nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos) para lidar com a população idosa;</p> <p>3. Capacitação da ANS para regular os prestadores de serviços de saúde;</p> <p>4. Divulgação permanente das normas e procedimentos que regem o mercado de saúde suplementar .</p>

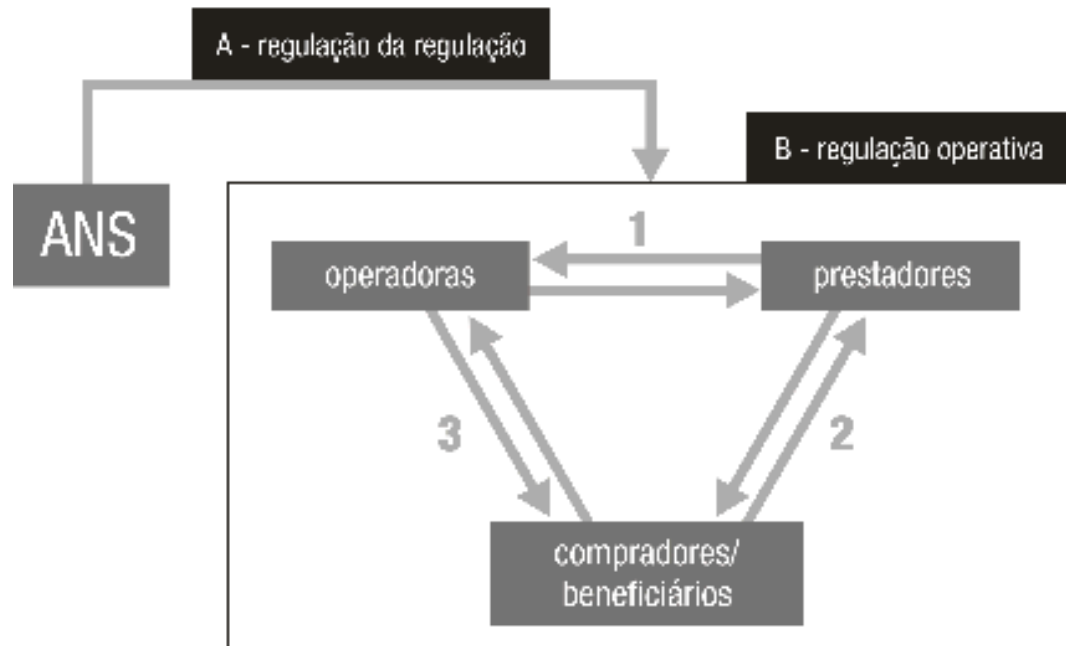
Projeto P12

Mecanismos de Regulação dos Prestadores de Serviços adotados pelas Operadoras de Planos de Saúde no Brasil

O Projeto *Mecanismos de Regulação dos Prestadores de Serviços adotados pelas Operadoras de Planos de Saúde no Brasil*, que trata da regulação da saúde suplementar, abordou a questão a partir de um novo recorte epistemológico, por meio do qual trata a microrregulação em um cenário marcado por certa cartografia que inclui seus principais atores e as relações entre os mesmos. Isto está retratado no relatório final da pesquisa que pode ser consultado na ANS. A avaliação desse projeto está descrita em texto conjunto com a avaliação dos projetos *Modelos de Garantias Assistenciais da Saúde Suplementar*.

Uma das importantes novidades da pesquisa desenvolvida pelo Projeto *Mecanismos de Regulação dos Prestadores de Serviços adotados pelas Operadoras de Planos de Saúde no Brasil* diz respeito à identificação de uma certa cartografia da saúde suplementar, que expressa o mapa de relações entre os diversos atores envolvidos com o setor, partindo desse esquema para analisar os interesses e conflitos que permeiam a gestão e regulação do sistema de saúde suplementar.

Figura 1 – A cartografia do campo regulatório da ANS²



Cecílio, 2003.

É extremamente importante neste esquema, a revelação do campo da microrregulação, até então pouco percebido e descrito, pois se trata de um lugar pouco estudado e sobre o qual pesa um grande impacto no modo de produção da saúde, pois é na microrregulação que a operadora realiza seu pacto contratual com prestadores, principalmente resultando assim em certos impactos ao beneficiário.

O primeiro aspecto relevante em relação à pesquisa desenvolvida a partir do Projeto *Mecanismos de Regulação dos Prestadores de Serviços adotados pelas Operadoras de Planos de Saúde no Brasil*, foi a identificação dos diversos atores implicados com a saúde suplementar, suas relações e o grau de cumplicidade e conflito entre os mesmos. Essa cartografia sinaliza para o grande aparato microrregulatório que é estruturado por essas operadoras em função da necessidade de regular sua contratualização com prestadores e beneficiários. Esse “novo mundo” se revela a partir daí extremamente dinâmico e de intensa atividade. Trata-se de um fator novo a ser considerado, e que até então não havia sido revelado com tamanha nitidez como veio a ser a partir desta investigação.

² Elaborado a partir das discussões feitas na oficina realizada na sede da ANS no dia 16 de abril de 2002.

Sendo assim, o Projeto *Mecanismos de Regulação dos Prestadores de Serviços adotados pelas Operadoras de Planos de Saúde no Brasil* trouxe para a agenda de discussões da ANS essa questão, até então algo sobre o qual não havia acúmulo suficiente para discutir e intervir sobre a mesma. Observa-se que, sob o manto da regulação da ANS, as operadoras realizam um grande esforço de adaptação às mesmas; por outro lado, tentam adaptar à realidade brasileira os princípios estruturantes do *managed care*. Tudo isto ocorre a partir das normas que regulam a relação operadoras/prestadores, por meio da contratualização destes.

Partimos do princípio de que gestão e assistência andam juntas e portanto, tudo o que ocorre no âmbito da regulação que incide sobre a gestão que as operadoras fazem dos seus contratos com prestadores e beneficiários, incide diretamente na assistência que é prestada por aquelas.

A microrregulação é, portanto, um importante locus de análise, pois ela determina o perfil da assistência que se tem e sobretudo pode viabilizar a produção ou não de "linhas de cuidado" que procuram qualificar a assistência à saúde. Sendo assim, esse projeto acumulou conhecimento em uma área até então a descoberto, fora do foco de intervenção do processo regulatório em curso, da saúde suplementar.

Ao final das conclusões do Projeto *Modelos de Garantias Assistenciais da Saúde Suplementar* fazemos uma análise destes dois projetos conjuntamente, complementando as observações anteriores.

Projeto P12A

Pesquisa sobre padrões de regulação utilizados por operadoras de PS e prestadores de serviço

O Projeto *Pesquisa sobre padrões de regulação utilizados por operadoras de PS e prestadores de serviço*, assim como o Projeto *Pesquisa sobre diferentes modelos assistenciais existentes na área de saúde suplementar* foram concebidos a partir dos projetos *Mecanismos de Regulação dos Prestadores de Serviços adotados pelas Operadoras de Planos de Saúde no Brasil* e *Modelos de Garantias Assistenciais da Saúde Suplementar* respectivamente, ficando estes com a pesquisa nacional dos mesmos objetos. Nos relatórios disponíveis, verifica-se que o Projeto *Pesquisa sobre padrões de regulação utilizados por operadoras de PS e prestadores de serviço* concluiu apenas parcialmente o que foi pactuado no Termo de Referência, isto é, o *Produto 1: Relatório contendo o instrumento de coleta de dados em formato para a digitação, com a definição da estratégia de operação e os resultados da amostra do trabalho de campo realizado*, não tendo concluído o *Produto 2: Relatório Técnico e banco de dados estruturado com consistência realizada, como resultado da coleta de dados*.

Durante o desenvolvimento do projeto, verificou-se certo atraso na sua execução, o qual foi objeto de preocupação manifestada pela missão do BID de 17 e 18 de março de 2005. Antes disso, foi enviada à ANS uma Nota Técnica encaminhada pelo coordenador técnico do projeto, datada de 1º de fevereiro de 2005, a qual registra uma série de dificuldades na execução do mesmo, concluindo que: *Esta versão preliminar não foi aceita como definitiva por não apresentar as variáveis deste eixo abordadas nas demais questões do questionário da pesquisa*

que estão sendo testadas estatisticamente e após a construção dos clusters se terá a condição para a estruturação de conclusões fundamentadas em inferências estatísticas, que estarão contempladas na versão final do relatório".

Segundo o coordenador da pesquisa, o prazo previsto para entrega do relatório final seria 31/03/05. Não há registro do relatório final deste projeto, com os parâmetros acordados, sendo assim considerado como tendo apresentado de forma parcial o seu produto.

Projeto P20

Dimensionamento dos Planos de Saúde Comercializados por Hospitais Filantrópicos: Relações entre Operação de Planos de Saúde e Hospitais Filantrópicos.

Caracteriza-se como filantrópicas, as "entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao conselho nacional de assistência social, CNAS, e declaradas de utilidade pública junto ao ministério da justiça ou junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais" (ANS/MS, 2005).

A pesquisa teve por propósito a caracterização geral, tanto assistencial quanto gerencial, do segmento de operadoras filantrópicas ofertantes de planos de saúde. Trata-se de segmento com peso no mercado bastante reduzido, cobrindo apenas cerca de 5,1% dos beneficiários do setor (ANS/MS – Cadastro de Operadoras – 28/11/2005). No entanto, ganha relevância o segmento e naturalmente o estudo, em decorrência da importância do próprio setor hospitalar filantrópico para as políticas públicas de saúde, uma vez que se trata do maior setor prestador de serviços hospitalares no âmbito do SUS. Essa condição de maior prestador de serviços ao SUS é com certeza uma importante condicionante das análises do segmento, mesmo na sua condição de operadoras de planos de saúde. Essa tripla condição do setor – prestador público de serviços, através do SUS, prestador e operador privado de planos – confere ao segmento uma condição bastante diferenciada, tanto em termos de estratégias e práticas do próprio setor, quanto na perspectiva de políticas públicas para os dois setores de atenção, o SUS e a saúde suplementar.

As filantrópicas são operadoras que claramente se situam em condições especiais no mercado: aquelas únicas no município concorrem na prática com o próprio SUS, diferenciando seus produtos (basicamente na hotelaria); e aquelas localizadas em município de maior porte têm como fator competitivo os seus preços, inferiores aos do mercado.

São planos que na sua imensa maioria não funcionam a partir de operadoras típicas, mas sim a partir de "dentro da própria entidade ou hospital", quase sempre em condições limitadas das estruturas de gestão, conforme padrões gerenciais identificados na pesquisa. Igualmente, é natural que as poucas operadoras, quando constituídas como tais, sejam todas internas às respectivas entidades, pois do contrário, não contariam com os benefícios da filantropia, sempre determinados pela condição geral da entidade, conforme legislação especificamente descrita na pesquisa.

Outra característica do segmento é sua grande interiorização. A imensa maioria encontra-se em pequenos municípios, operando planos de abrangência municipal e com número médio de beneficiários também pequeno.

Uma outra característica deste segmento, contrária ao que se verifica em todo o mercado da saúde suplementar, é o peso dos planos individuais em relação aos produtos coletivos. Sabidamente, o mercado de planos coletivos apresenta vantagens, tanto de solvência e diluição de riscos quanto de maior flexibilidade em relação às normas regulamentadoras. No segmento filantrópico, a maior frequência de planos individuais ou familiares parece ser decorrente tanto de aspectos históricos (os antigos associados), quanto do mercado onde operam, com menor dinâmica econômica e, portanto, limitação da demanda empresarial por planos coletivos. No entanto, também seria decorrente da limitada capacidade empreendedora das filantrópicas, uma vez que o mercado de planos coletivos seria mais disputado e mais bem conquistado por operadoras mais profissionalizadas e mais atuantes no mercado.

Outro elemento que acaba por condicionar o futuro desse segmento é a sua própria condição de gestão. O estudo revela uma importante debilidade gerencial do segmento filantrópico, verificada por meio dos níveis de desenvolvimento gerencial das suas operadoras. Ainda que este segmento de entidades e "operadoras" estudadas seja positivamente diferenciado em relação a todos os hospitais filantrópicos (BNDES, 2001), não há dúvidas quanto às fragilidades encontradas.

A grande vantagem competitiva deste segmento estudado em relação à boa parte do mercado - e mais especificamente às cooperativas médicas - é o fato de serem planos vinculados a hospitais. Planos com hospitais próprios sempre trazem vantagens, pois os custos dos procedimentos ofertados e realizados tendem a ser mais baixos, permitindo maiores margens e preços de mercado mais competitivos para as operadoras, isto é, as próprias entidades.

Para efeito de possíveis políticas e programas que venham tratar do segmento de hospitais filantrópicos com planos próprios de saúde, uma condição básica não pode ser esquecida. Esse segmento constitui-se no principal prestador de serviços hospitalares para o SUS, respondendo por mais de 1/3 das internações realizadas no setor público. Neste mesmo segmento, apenas os pequenos hospitais nos pequenos municípios que atuam, sobretudo, na média e baixa complexidade, não são prestadores no mercado da saúde suplementar, estando inclusive via de regra e dadas as condições dos mercados locais, excluídos da condição de prestadores de outros planos. O universo das entidades filantrópicas com planos de saúde foi estudado nesta pesquisa, sendo ele mais presente em municípios de porte médio, onde já há possibilidades de mercado para a saúde suplementar e onde a prestação de serviços (tanto para o SUS, quanto para o mercado privado) comporta maior diferenciação assistencial (complexidades assistenciais superiores ao encontrado na média do parque hospitalar filantrópico). Trata-se, portanto, de hospitais positivamente diferenciados, mas que, ainda assim, não apresentam padrões de desenvolvimento gerencial e de estabilidade econômico-financeira que lhes assegurem maior estabilidade, no médio e longo prazo.

O fato é que essas entidades diferenciaram-se para essa condição de prestadores no subsistema de saúde suplementar e ainda como operadoras, a partir de movimentos próprios, ao largo de políticas ou programas específicos. Pelo lado da saúde suplementar, os governos não externaram políticas claras, salvo o propósito recente da regulamentação.

Anteriormente, o desenvolvimento da saúde suplementar no País foi muito mais decorrente das políticas para o setor público, que direta e indiretamente fomentaram o setor privado, aliado a outros mecanismos próprios do mercado privado da saúde no país, tais como linhas de financiamento como o Fundo de Assistência Social – FAS ou mesmo toda a lógica de custeio da antiga previdência pública.

Portanto, também no caso da filantropia, o movimento destas para o campo da saúde suplementar, seja como prestadores, seja como operadoras, nada tem a ver com fomento direto das políticas públicas de saúde, salvo, indiretamente, por estrangulamentos decorrentes da própria oferta e financiamentos públicos. Não é difícil perceber que a operação das filantrópicas no segmento privado de atenção, se por um lado se nutre indiretamente do financiamento público (investimentos, subsídios, isenções e do próprio custeio), também contribui para a continuada oferta pública desses hospitais, pois gera receitas extras e importantes para o equilíbrio dessas entidades, o que seria impossível ou bastante mais difícil, se considerado apenas o SUS como cliente.

O estudo não deixa clara a existência de uma única tendência para o segmento filantrópico de planos no âmbito desse mercado. Foram encontrados sinais de desmobilização de carteiras, com fechamento ou venda das mesmas, mas há também entidades com porte e com suas carteiras equilibradas, além de adequadamente ajustadas ao papel de prestadores SUS e para outros planos. O próprio segmento, em suas práticas associativas, não apresenta ou ao menos não externa de forma sistematizada, rumos uniformes ou consensuais e abrangentes a serem fomentados.

Assim, e por decorrência, várias políticas e normas em voga no âmbito da saúde suplementar podem ser consideradas de forma particular para o segmento filantrópico. Uma delas, que causa constrangimentos específicos, é o próprio rol de procedimentos hospitalares. Sabidamente, os planos antigos do setor filantrópico praticavam e ainda praticam um rol de procedimentos limitado (subsegmentado) e espelhado na capacidade de oferta dos respectivos hospitais. Os planos novos, pós-regulamentação, impuseram a necessidade de prestadores contratados para dar conta do rol completo. Essa condição poderia ser revista para os hospitais filantrópicos desde que condicionadas a compromissos específicos na sua condição de prestadores ao SUS. Trata-se aqui de apenas especular sobre possibilidades de políticas conjuntas e combinadas em relação a um mesmo agente, o governo federal, sejam elas operadas por meio do SUS ou da saúde suplementar.

Quanto à maior estabilidade no interior do segmento filantrópico, possíveis associações ou simples parcerias com maiores reciprocidades entre entidades/hospitais filantrópicos poderiam configurar ampliação da capacidade disponível para os respectivos planos, sem necessidade de políticas de terceirização para procedimentos diferenciados.

Igualmente, dadas as condições particulares encontradas no segmento de planos pequenos, operando principalmente em municípios médios do interior, com limitações gerenciais e em hospitais que várias vezes são únicos no sistema público municipal, seria plausível a conformação de políticas específicas, visando inclusive a possível indução à constituição de planos em entidades hospitalares filantrópicas, hoje fora do mercado operador e que sejam prestadores para outros planos. Políticas como essa exigiriam naturalmente compromissos na forma de contrapartidas também diferenciadas desses prestadores no âmbito do SUS.

Finalmente, o estudo realizado apresenta um segmento organizado como operadores de planos privados que possui na sua relação com o sistema público a sua maior razão de existir, pois do contrário não seriam filantrópicos. Esse mesmo segmento não tem se apresentado ao poder público, no campo da saúde suplementar, como passível de políticas específicas, ao menos até o momento. Compreender as fragilidades encontradas no segmento, a partir desse estudo, sobretudo as gerenciais e de mercado, pode e deve ser objeto de ações específicas ao próprio segmento, sob pena de as políticas públicas (ou ausência das mesmas), acarretarem maior risco à operação desses hospitais, conclusão essa já presente em estudos anteriores (BNDES, 2001). Essas possíveis políticas e programas podem tanto ser operadas exclusivamente a partir do SUS ou do setor da saúde suplementar ou ainda, de forma mais realista, a partir da combinação de políticas integradas, dada a condição de organizações comuns a ambos os subsistemas, o público e o privado.

Projeto P27

Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais.

Como já dito anteriormente, o Projeto *Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais* foi desenvolvido juntamente com o projeto *Mecanismos de regulação dos prestadores de serviços adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil*. Tratou-se de pesquisar os modelos tecnoassistenciais na saúde suplementar, utilizando como analisador as "linhas de cuidado" a partir dos seguintes traçadores: saúde materno-infantil e cuidados ao hipertenso. O estudo tem foco na análise dos processos de trabalho e sua interseção com o campo da gestão.

A grande surpresa no desenvolvimento desta pesquisa veio logo que se iniciaram os trabalhos, dada a quase inexistência de bibliografia sobre os modelos assistenciais na saúde suplementar, refletindo a baixa produção na área, e comprova o que já foi dito aqui, de que a pesquisa no setor concentrou-se até então basicamente na área da economia da saúde e gestão. Sendo assim, esse projeto ganha relevância por si só, pois vem agregar um importante conhecimento à ANS e sua atividade regulatória, inclusive nota-se uma grande influência nos projetos da Agência, formulados sob influência do conhecimento produzido a partir desta pesquisa, como por exemplo, o *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar*.

Uma das questões mais importantes entre os projetos *Mecanismos de regulação dos prestadores de serviços adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil* e o *Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais* foi a articulação entre os mesmos, que permitiu um estudo combinado entre o mecanismo de regulação e o modelo assistencial. Anteriormente, a história da Agência, pelo menos no que se refere à produção de conhecimento, esteve ligada ao campo da economia e gestão financeira das operadoras e sua regulação econômico-financeira. Quando à regulação assistencial, no sentido de pensar os modelos e como os mesmos são impactados pelos mecanismos de regulação, isso havia sido feito de forma muito incipiente. Estas pesquisas inauguram a investigação nessas áreas, inovando no referencial teórico de análise.

No plano operativo, os dois projetos trabalharam juntos, inclusive na coleta de dados, elaborando em conjunto os questionários e as observações do modo de produzir a saúde e a sua regulação, ficando indeterminado o que tem maior grau de determinação sobre os rumos que tomam a regulação da saúde suplementar ou se são determinados de forma simultânea.

O conhecimento novo produzido pela pesquisa tem possibilitado repensar a política regulatória, haja vista o *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar* que reorienta a ação da ANS e define algumas diretrizes gerais de ação das operadoras no campo da produção da saúde. Importa informar que as pesquisas resultaram na publicação de um livro que desde já se torna uma referência obrigatória para os que pesquisam e trabalham o campo da saúde suplementar: *Duas Faces da Mesma Moeda: modelos assistenciais e microrregulação da saúde suplementar* (ANS/MS, Rio de Janeiro, 2005).

Boa parte do texto desta obra veio da discussão teórica que essas duas pesquisas trouxeram. Criou assim um impacto na forma de pensar da Agência, firmando um compromisso de que a saúde suplementar tem realmente que ser avaliada, que é necessário mexer na questão assistencial, monitorar os mecanismos de regulação, para que se determine um modelo mais adequado para o beneficiário.

Uma revelação importante destes projetos de pesquisa foi quanto aos programas de promoção e prevenção, pois se verificou que os mesmos, em certos casos, estavam sendo utilizados muito mais como estratégia de *marketing* do que efetivamente contribuindo para a mudança de modelo assistencial. Isso levou a ANS a pensar algumas estratégias, do ponto de vista da política regulatória, para atuar no sentido de tornar a promoção e prevenção uma realidade no modo de produzir saúde. A Agência aproveitou a possibilidade, aberta pela Diretoria de Operadoras, de que algumas operadoras que estavam com seus ativos garantidores atrasados e que não haviam conseguido quitar dentro da meta esperada pudessem apresentar proposta em que o prazo para quitação de seus ativos seria prorrogado, desde que elas apresentassem um projeto de promoção e prevenção. Isso serviu de dispositivo para disparar processos de organização de programas de promoção e prevenção na saúde suplementar, sendo que, até julho de 2005, a ANS já havia recebido 300 projetos, estando os mesmos em fase de avaliação. Esse é um momento privilegiado de interlocução com operadoras, no sentido de construir uma proposta diferente e avançada de modelo assistencial para a saúde. Esse se tornou um momento interessante de troca, em que algumas operadoras têm experiências legais. Essa é uma típica ação conjunta entre a Agência e operadoras, no sentido de avançar ao já instituído, disparando processos de mudança realmente impactantes.

Dentro dessa perspectiva, a Agência pensou um programa de qualificação, que teve grande contribuição dos projetos *Mecanismos de regulação dos prestadores de serviços adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil* e *Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais*, que procurasse fazer uma avaliação da assistência que está sendo prestada pelas operadoras. O *Programa de Qualificação* tem uma série de indicadores que trabalham especialmente a dimensão de atenção à saúde, que tem um peso de 50% no Projeto. É um esforço realizado por meio do conhecimento produzido por essas pesquisas, que tenta mudar o foco da regulação de eminentemente econômica e financeira para uma

regulação assistencial. A idéia básica é que as operadoras assumam a dimensão de atenção à saúde, a partir do princípio de que elas estão vendendo um produto que não é qualquer produto; é saúde. Para isso, elas têm que prestar uma assistência de qualidade e o *Programa de Qualificação* adota essa perspectiva.

A Agência montou um seminário com os resultados dos projetos *Mecanismos de regulação dos prestadores de serviços adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil* e *Estudo e Desenvolvimento de Modelo de Garantias Assistenciais* envolvendo os pesquisadores, representantes das universidades, de operadoras e técnicos da ANS, para apresentação dos resultados da pesquisa e debate dos mesmos. Foi extremamente promissor e ao final promoveu o lançamento do livro, com repercussões inclusive na grande mídia. Ações desse tipo demonstram a preocupação da ANS em promover a assimilação pelo seu corpo técnico do conhecimento produzido no âmbito do convênio ANS – BID/FUMIN e divulgar para a população o trabalho de regulação que está sendo feito.

Projeto P27A

Pesquisa sobre diferentes modelos assistenciais existentes na área de saúde suplementar.

A pesquisa foi realizada pela FIOTEC/Fundação Osvaldo Cruz. Seu relatório final, elaborado pela equipe de pesquisadores, data de 30 de novembro de 2004.

Os resultados obtidos neste estudo preliminar permitem dois tipos importantes de observações. O primeiro diz respeito ao conhecimento mais detalhado de práticas e mecanismos de relacionamento no mercado de saúde suplementar. O segundo sugere que as relações entre operadoras, médicos e hospitais se estabelecem em bases herdadas do antigo sistema previdenciário, centradas no pagamento por tabelas fixas e contas abertas, deixando muito espaço em aberto para inovações e estratégias de indução de qualidade, de eficiência e de controle de custos. Os dados obtidos sugerem que mecanismos mais complexos de financiamento, de compartilhamento de riscos e de busca da eficiência são pouco experimentados e que a própria agenda do *managed care*, em algum momento propalada no setor, esteve distante do caso brasileiro.

O modelo de atenção foi analisado neste estudo de forma descritiva – por meio da identificação de práticas de atenção à saúde observadas no mercado – e de forma analítica – por meio da observação de barreiras de acesso dos beneficiários aos serviços disponíveis.

O conjunto observado neste estudo sugere que as operadoras, perante o impacto de custos crescentes da atenção, reagem por meio de estratégias de distribuição dos riscos para os demais participantes dos mercados: aumentos de contribuições dos beneficiários; baixa remuneração por procedimentos sujeitos a tabelamentos; e glosas sistemáticas.

Uma importante evidência apontada no estudo é a da pouca penetração de estratégias de *managed care* no cotidiano desses médicos. A minoria aponta como causa de pedido de descredenciamento a interferência das operadoras em suas condutas ou o controle sobre os pedidos de procedimentos efetuados. Além disso, a grande maioria afirma que as operadoras,

em sua maior parte, não sugerem o uso de protocolos clínicos. Um grande número de médicos afirma que as operadoras restringem pouco a autonomia médica ou que não exercem interferência alguma. O novo regime regulatório é pouco conhecido e a grande maioria acha que este não alterou as suas relações com as operadoras.

Como visto, os dados levantados por este estudo permitem identificar tendências em curso nesses mercados e informações iniciais sobre dinâmicas internas às organizações envolvidas. Contribuem para um plano de investigações por meio de amostras mais robustas e evidenciam a existência de folgas organizacionais (espaços para inovações) e de mecanismos que favoreçam a eficiência e a qualidade entre médicos, hospitais e operadoras.

Projeto P40

Criação do Sistema de Indicadores de Desempenho de Planos de Saúde.

O Projeto *Criação do Sistema de Indicadores de Desempenho de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde* diz respeito à criação de sistema de indicadores de desempenho e operadoras de planos de assistência à saúde. Esse projeto tinha o objetivo de criar um painel de indicadores para monitoramento contínuo das operadoras. Ele foi realizado em três etapas: a primeira foi a elaboração, definição de dimensões a serem avaliadas e seleção de indicadores de avaliação. As dimensões foram definidas em torno das questões do direito e satisfação do beneficiário; oferta de produtos, acesso e utilização dos serviços e cuidados ao beneficiário enquanto paciente; e ainda uma dimensão econômica e financeira. A segunda etapa do projeto foi realizada em torno da elaboração de um relatório contendo as fichas desses indicadores formatadas, e os critérios para a validação dos mesmos por especialistas. Foi feita uma validação desses indicadores com um grupo de especialistas. Na terceira etapa foi realizada uma pesquisa de campo com quatro operadoras que participavam do convênio de cooperação técnica da Agência, que são quatro autogestões. Foi proposto um conjunto de indicadores, em seguida sugeriu-se que as operadoras avaliassem e verificassem se eram pertinentes, sua viabilidade quanto à missão de monitorar as operadoras por meio dos critérios que os mesmos traziam embutidos na sua proposta.

O Projeto se desenvolveu dentro do esperado, tendo havido uma prorrogação de prazo, mas se desenvolveu dentro do período estabelecido, não havendo prejuízos para os resultados do mesmo. As operadoras fizeram sugestões dentro da proposta original, contribuíram para o painel de indicadores, e fizeram sugestões em relação a esse levantamento. Houve várias sugestões de ampliação da amostra para testagem dos indicadores, pois as operadoras nas quais eles foram aplicados eram exclusivamente do segmento de autogestão.

O projeto contribuiu muito para as discussões em relação a indicadores no âmbito da ANS, e em 2004 criou-se o *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar*, que é um programa da atual gestão, e se tornou um programa prioritário para a ANS. Esse é um programa que segue a lógica desse projeto de pesquisa e também avalia quatro dimensões: a econômico-financeira, a atenção à saúde, a satisfação do beneficiário e a estrutura para ação.

O elenco de indicadores propostos nesse projeto foi organizado a partir de outros indicadores que já haviam sido testados pela Agência e faziam parte do seu sistema de informações em um primeiro momento. Depois foram sendo incorporados novos indicadores. Também se utilizou uma metodologia para qualificar as operadoras, de acordo com alguns critérios, parâmetros e metas no qual procurou-se dar mais peso para a dimensão de atenção à saúde, que é prioridade para a ANS e considerada a dimensão mais importante do processo regulatório, como já foi possível observar.

Há uma idéia básica que perpassa esse trabalho, a de que as operadoras devem ser produtoras de saúde, e não simplesmente intermediadoras. Elas teriam que produzir saúde; estar preocupadas com a saúde dos seus beneficiários. Há propostas de se programar algo capaz de avaliar a satisfação dos beneficiários, por meio de uma pesquisa qualitativa. Pretende-se que seja uma pesquisa de amostragem nacional, com vários segmentos, modalidades, várias faixas etárias, para poder fazer uma avaliação melhor da questão. Esse projeto sem dúvida representou um grande passo no sentido de avançar para métodos de avaliação e monitoramento das operadoras, sob critérios objetivos, sem perder a dimensão qualitativa dessas análises, sobretudo subsidiou o *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar*, que traça um futuro diferenciado e promissor para a Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Importa registrar que foi realizada uma oficina, com a participação de técnicos da ANS, para a apresentação dos resultados do Projeto.

COMPONENTE B

Fortalecimento institucional das operadoras e instituições de defesa do consumidor

Indicadores de Desempenho

(1) Plano de Contas das EOP e *software* correspondente desenvolvido, aprovado e implantado,

Plano de contas implantado em 2000. Sistema de coleta eletrônica das informações implantado em 2001 – DIOPS

(2) Rede de comunicação de dados entre as EOP e ANS e um sistema de serviço de ajuda telefônica as EOP desenvolvido e implantados

(A ANS desenvolveu, dentre vários sistemas disponibilizados online via Internet para as operadoras encaminharem e trocarem informações, três sistemas-chave: DIOPS (informações econômico-financeiras), SIP (informações sobre produtos) e SIB (informação de beneficiários); (Central de Atendimento às EOPs em funcionamento desde 2001 – 05 PA's, média mensal de 3.000 atendimentos)

(3) Requerimentos mínimos dos sistemas de informação de estabelecimentos prestadores para as EOP e *software* para registro e envio de dados desenvolvidos

(TISS – Padronização da Troca de Informações e software desenvolvidos – DEZ04. O sistema foi apresentado em 12 eventos – 7 reuniões setoriais e 5 encontros nacionais – totalizando 686 participantes de 366 empresas)

(4) Modelo para registro de reclamações, processos e penalidades para as instituições de defesa do consumidor e *software* correspondente para coleta de dados desenvolvidos. Piloto implantado no Estado de São Paulo

(O Disque ANS registra reclamações e possui sistemas de acompanhamento, inclusive quando oriundas de Procons. O programa atua na celebração de parcerias com os órgãos)

(5) Modelo actuarial para a determinação de parâmetros de custo dos planos privados de saúde e *software* desenvolvido; Programas de capacitação para a implementação deste modelo e *software* nas EOP desenhado

(Instaurada a Nota Técnica Atuarial para registro de planos – RDC28/00. A ANS optou pela adoção de modelo com padrão já utilizado)

(6) Quatro seminários regionais sobre o papel da ANS e o conteúdo da regulamentação dos planos privados de saúde realizados

(Realizados 27 seminários: 16 do Projeto Parceiros da Cidadania – com 434 órgãos representativos de Estados brasileiros totalizando 1334 técnicos capacitados; e outros 11 encontros nacionais com EOPS, atingindo 1845 representantes de cerca de 1.032 operadoras)

As agências reguladoras devem equilibrar seus objetivos entre os consumidores, o Estado, e a iniciativa privada. Nos últimos anos, a forma eficiente de se alcançar o equilíbrio entre estas três funções é interagindo permanentemente com todos os agentes. A ANS entendeu que não bastaria ser um regulador para se fazer respeitar e conhecer. Nestes últimos anos promoveu um intenso exercício de transparência das suas atividades e propostas, como forma de realizar a mais efetiva e eficaz regulamentação do setor. Do mesmo modo exerceu e estimulou os demais atores do mercado para que adotassem a mesma postura.

O exercício da transparência foi realizado a partir de cinco mecanismos: consultas públicas; encontros técnicos; reuniões com empresas; central de atendimento aos consumidores e às operadoras; e câmaras técnicas. Ademais, promoveu ampla divulgação de informações sobre o mercado e as operadoras ao público em geral, principalmente através do sítio da ANS na *internet*.

Neste componente do programa, ressaltam-se os resultados obtidos na forma da consolidação da parceria entre a ANS e os órgãos de defesa do consumidor, por meio do *Projeto Parceiros da Cidadania*. A iniciativa e o pioneirismo da Agência Nacional de Saúde Suplementar, e do BID, em promover propostas de parceria para o desenvolvimento permanente de trabalhos técnicos conjuntos com os órgãos de defesa do consumidor sempre foram muito elogiadas pelos participantes.

A relação da ANS com os órgãos de defesa do consumidor sempre foi muito delicada, dado que estes viam a Agência como um órgão com interessantes conflitantes. A Agência vem tentando se aproximar das instituições de defesa do consumidor desde o início de suas atividades e em diversas oportunidades tentou criar mecanismos e convênios de trabalho conjunto, a exemplo de um acordo de cooperação técnica firmado em 2001 entre o Departamento de Proteção e Defesa Econômica da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça e a ANS, para intercâmbio de informações. Porém, foi com os encontros promovidos e negociados junto às instâncias estaduais que a ANS conseguiu, enfim, obter maior êxito e assim estreitar suas relações. O sucesso da forma encontrada foi tanto, que a ANS incorporou o projeto no seu planejamento estratégico em 2005.

Apesar de ter criado um eficiente Sistema de Informações, a ANS ainda sentia que o agente regulado tinha dificuldades em utilizá-lo, ou mesmo se beneficiar dele. Com apoio do convênio, a Agência realizou uma ação composta de onze encontros nacionais com representantes de operadoras, eventos de dois dias de duração, que contaram com a presença de 1.845 representantes de operadoras de todas as regiões do Brasil. Durante os eventos, foi possível prestar esclarecimento de dúvidas a respeito do marco regulatório e dos normativos exarados pela ANS; dos diversos documentos que devem ser regularmente enviados à Agência (DIOPS, SIB, SIP, TISS, etc.); do plano de contas; dos ativos garantidores e das garantias financeiras; do processo de habilitação, do acompanhamento econômico-financeiro e da instalação dos regimes especiais e do encerramento das atividades das operadoras. Além disso, as OFICINAS permitiram aos participantes esclarecer inúmeras dúvidas, propiciando um melhor desempenho de suas atividades. Esse projeto resultou no fortalecimento institucional das operadoras do setor de saúde suplementar possibilitando-lhes, além do democrático exercício do debate, a troca de experiências e conhecimentos que vieram contribuir para o melhor entendimento do papel regulador da ANS, assim como promover a qualificação e o fortalecimento do setor.

Outra importante ação que continua rendendo resultados positivos é a que promoveu o desenvolvimento do aplicativo TISS, desenvolvido a partir de uma grande mobilização de recursos humanos da ANS, e da contratada, visando à definição e à criação do modelo de padrão único de troca de informações entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, que deu base ao mesmo.

O padrão delineado foi muito além da especificação de guias e demonstrativos de retorno, e por si só tornou-se um projeto que já vem sendo reconhecido internacionalmente. O padrão contemplou uma proposta de padrão eletrônico de troca de informação.

Quando o protótipo do sistema estava pronto e suas guias definidas, a ANS, com o apoio do BID, realizou uma série de encontros regionais de abrangência nacional, em 2004, visando divulgar e discutir junto ao mercado de saúde suplementar a proposta de adoção do *Padrão Único de Troca de Informações entre Operadoras e Prestadoras de Serviços de Saúde*, em suas vertentes de guias físicas, padrão eletrônico e utilização do aplicativo TISS.

Os encontros foram realizados nas cidades do Rio de Janeiro, Fortaleza, Curitiba e São Paulo, e, em consequência das mesmas, um 5º encontro foi realizado na cidade de Porto Alegre, a convite do próprio setor, que se mobilizou, no Estado do Rio do Grande do Sul, criando um grupo de trabalho com vistas à discussão e implementação do projeto naquele Estado.

A receptividade do mercado não poderia ter sido maior. Entidades e Empresas que há muito vinham trabalhando em propostas de padronização para o setor apoiaram essa iniciativa da ANS e desde então a coordenadora da ação tem participado, a convite, de inúmeros eventos promovidos pelas entidades com vistas à efetiva adoção da proposta, e matérias sobre o projeto têm sido publicadas em sites especializados.

Em 2005, a ANS inscreveu um artigo sobre o tema em dois importantes congressos internacionais: XIX Congresso Internacional da Federação Europeia de Informática, em

Genebra, Suíça, em agosto; e 22ª Conferência Internacional da ISQua – *International Society for Quality in Health Care* – Vancouver, Canadá, em outubro de 2005. O artigo foi aceito para apresentação oral em ambos.

A partir das conclusões do estudo e dos encontros realizados, definiu-se um padrão essencial de informações a serem trocadas entre operadoras e prestadores de serviços de saúde, que foi colocado para deliberação, apoiada pelo setor, e por demanda deste, por meio da realização neste último semestre de uma consulta pública com vistas à normatização do padrão.

O aplicativo desenvolvido, de uso opcional, será um grande incentivo à adesão ao padrão pelas empresas que não possuem um sistema próprio desenvolvido, e será distribuído gratuitamente aos interessados. Regras de cessão de uso ainda não foram definidas.

Os eventos realizados para os órgãos de defesa do consumidor, no âmbito do *Projeto Parceiros da Cidadania*, foram uma importante ferramenta de capacitação dos atores diretamente envolvidos no setor de saúde suplementar (em 16 eventos, participaram 434 órgãos representativos de Estados brasileiros, totalizando 1334 técnicos capacitados).

Quadro 6 – Projeto Parceiros da Cidadania – 2003 a 2005

<i>Projeto Parceiros da Cidadania – 2003 a 2005</i>
2 encontros de aperfeiçoamento
14 seminários “A Regulação dos Planos de Saúde”
24 estados
26 parceiros
309 municípios
434 instituições de defesa do consumidor
1.334 participantes
Mais 16.000.000 de consumidores de planos de saúde nos estados participantes

No que concerne aos indicadores do programa ressalta-se que:

- (1) Consta nas normas que disciplinam o Plano de Contas padrão do setor, a necessidade de publicidade das demonstrações financeiras, em observância ao artigo 2239 da Lei nº 9.656, de 1998. Para tanto, na forma da RDC nº 38, de 27 de outubro de 2000, disciplinou não só a publicação dos balanços e demonstrações financeiras das grandes e médias operadoras e seguradoras nos jornais competentes, bem como disponibilizou os demonstrativos financeiros de todas, inclusive as pequenas, no sítio da ANS na *internet*.
- (2) e (4) No último semestre, com o apoio do convênio, a ANS completou uma série de 11 oficinas regionais de abrangência nacional com o intuito de estreitar o relacionamento com as operadoras de planos de saúde – OPS e realizou mais 2 encontros com instituições de defesa do consumidor, visando esclarecer dúvidas relativas à Lei nº 9.656/98, que rege o setor.

- (2) (3) e (4) Em outra frente, foram desenvolvidos sistemas que visam facilitar as consultas às informações disponíveis, como a *Central de Atendimento ao Consumidor*, inaugurada em 2001, que atende anualmente a aproximadamente 70.000 demandas, e está preparada também para atender aos Procons e a *Central de Atendimento das Operadoras*, em funcionamento desde 2001, estruturado com 05 PA's, atende em média a 3.000 consultas mês, via *e-mail* e telefone, e como resultado dos encontros mantidos com as EOP, verificou-se uma sensível melhora qualitativa no teor das dúvidas e esclarecimentos, que se tornaram mais específicos e técnicos, o que indica uma melhora na capacitação do profissional do setor de saúde suplementar. Através da central de atendimentos às OPS tem sido possível também avaliar o retorno da efetividade e validade prática das normas editadas e das medidas adotadas.

Quadro 7 – Resultado síntese de projetos do componente B

Projeto			Ementa	Status
NºRef.	Exec.	Comp		
0800	12m	B	Estruturação <i>Call Center</i> da ANS (Central 0800 de atendimento gratuito aos consumidores de planos de saúde)	CONCLUÍDO: novembro 2002 Projeto Realizado: PRODUTO COMPLETO E SATISFATÓRIO
P04 TISS	11m	B	Projeto de implementação de padrão único de troca de informações entre operadoras e prestadoras de serviços de saúde	CONCLUÍDO: dezembro 2004 Projeto Realizado: PRODUTO COMPLETO E SATISFATÓRIO
P10	12m	B	Inclusão da assistência farmacêutica em planos e programas de saúde suplementar.	CONCLUÍDO: janeiro 2003 Projeto Realizado: PRODUTO COMPLETO E SATISFATÓRIO
P11	11m	B	Pesquisa sobre a incorporação tecnológica pelas empresas de assistência médica suplementar	CONCLUÍDO: maio 2005 Projeto Realizado: PRODUTO COMPLETO E SATISFATÓRIO
P14	08m	B	Estudo qualitativo das estratégias organizacionais das operadoras de plano de saúde ante à regulação	CONCLUÍDO: maio 2005 Projeto Realizado: PRODUTO COMPLETO E SATISFATÓRIO
PC	06m	B	<i>Programa de Conscientização</i> do papel da ANS junto aos atendentes de Procons – <i>Projeto Parceiros da Cidadania</i>	16 Eventos realizados. CONCLUÍDO: setembro 2005 Projeto Realizado: PRODUTO COMPLETO E SATISFATÓRIO

Quadro 8 – Síntese de avaliação do componente B

Componente B – Fortalecimento institucional das operadoras e instituições de defesa do consumidor
<p>Objetivos-Chave</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um sistema para melhorar a eficiência administrativa, bem como obter e guardar informações das operadoras; • Desenvolver um sistema para apoiar os estabelecimentos que prestam serviços às Operadoras; • Fortalecer as instâncias de defesa do consumidor; • Desenvolver um modelo para determinar os custos dos planos de saúde baseados em critérios epidemiológicos e atuariais.
<p>Resumo</p> <p>As agências reguladoras devem equilibrar seus objetivos entre os consumidores, o Estado e a iniciativa privada. Nos últimos anos, a forma mais eficiente encontrada para alcançar o equilíbrio entre essas três funções foi interagir permanentemente com todos os agentes. A ANS entendeu que não bastaria ser um órgão regulador para se fazer respeitar e conhecer e promoveu um intenso exercício de transparência das suas atividades e propostas, como forma de realizar a mais efetiva regulação do setor e estimulou os demais atores do mercado a adotarem a mesma postura.</p> <p>Neste componente do programa, ressaltam-se os resultados obtidos na consolidação da Parceria entre a ANS e os órgãos de defesa do consumidor, por meio do <i>Projeto Parceiros da Cidadania</i>. Outra importante ação foi o desenvolvimento do aplicativo TISS, a partir de uma grande mobilização de recursos humanos da ANS e da contratada, visando a definição e a criação do modelo de padrão único de troca de informações entre operadoras e prestadores de serviços de saúde. O padrão delineado, incluindo um padrão eletrônico para troca de informações, foi muito além da especificação de guias e demonstrativo de retorno e vem alcançando reconhecimento internacional. Outros projetos desenvolvidos também merecem destaque e tiveram um grande impacto no fortalecimento da Agência como órgão regulador.</p> <p>Foi posto em funcionamento, a partir de julho de 2001, um <i>Call Center</i>, a Central de Atendimento 0800 – Disque ANS. As consultas ao Disque-ANS aumentaram de 63.101 chamadas, em 2002, para 98.913 chamadas em 2003 e 125.736 chamadas em 2004, uma curva ascendente de legitimação da ANS como órgão competente para relacionar-se com a sociedade desde então.</p> <p>Por sua vez, o Projeto <i>Inclusão da assistência farmacêutica em planos e programas de saúde suplementar</i> fez uma análise dos Programas de Benefício Farmacêutico no Brasil, no cenário atual da saúde suplementar, e elaborou propostas de diretrizes para um Programa desse tipo no Brasil, com base na experiência internacional. O Projeto <i>Incorporação Tecnológica pelas Empresas de Assistência Médica Suplementar</i> analisou a incorporação tecnológica na saúde, o modo como isso está sendo discutido atualmente no âmbito da saúde suplementar e concluiu com importantes sugestões para o trato da questão. O Projeto <i>Estudo qualitativo das estratégias organizacionais das operadoras de plano de saúde ante à regulação</i>, baseado no Método Delphi, fez uma avaliação da saúde suplementar, oferecendo várias sugestões para a ANS. Registre-se o impacto neste componente também das ações do Componente C que promoveram uma série de encontros entre a ANS e as operadoras de planos privados de assistência à saúde e instituições de defesa do consumidor.</p>
<p>Na sua opinião, os resultados deste componente foram atingidos?</p> <p>Quase totalmente atingidos. (Talvez o último objetivo melhore após o TISS). Falta a parte de custos e protocolos.</p>
<p>Qual(ais) ação(ões) fo(ram) mais impactante(s)?</p> <p>TISS e <i>Call Center</i></p>
<p>Na sua visão, que lição, positiva ou negativa, podemos extrair da execução deste componente?</p>

Ações Futuras

Estudos de custos de atenção a agravos, baseados em riscos e estratificados por porte de operadora, e formação de atuários especializados em saúde.

Avaliação do 0800 – *Call Center*/Disque-ANS

- Impacto do Projeto: mecanismo de transparência; importante canal aberto; demonstra o aumento de conhecimento sobre a ANS.
- Atividades ou serviços decorrentes da implantação do projeto que deveriam ter continuidade: evolução para uma central de relacionamento com os vários atores; sistematização da entrada de dados e disponibilização dessas informações para consulta pelas operadoras.

Avaliação do projeto de implantação do *Padrão Único de Troca de Informações* entre operadoras e prestadores de serviços de saúde – Sistema TISS (P04)

- Atividades ou serviços decorrentes da implantação do projeto que deveriam ter continuidade: Estudo de impacto do TISS; custo de processamento de contas e qualidade de informações; normatização de conceitos, nomenclaturas e procedimentos no âmbito do comitê de padronização da ANS em geral.

Avaliação da pesquisa sobre a incorporação tecnológica pelas empresas de assistência médica suplementar (P11)

- Impactos do projeto: criação de um grupo de trabalho com o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (DECIT/MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); criação de gerências de incorporação de tecnologias e de avaliação.
- Ações futuras: criação de protocolos de avaliação e políticas de incorporação; estudos de custos de tecnologias, levando em conta linhas de atenção a agravos, perspectivas epidemiológicas por risco; cadastro de instituições de avaliação de tecnologias por patologia.

Avaliação do Projeto *Estudo Qualitativo das estratégias organizacionais das Operadoras de Planos de Saúde ante a regulação* (P14)

- Impactos do projeto: sistematização do conhecimento; aumento do conhecimento.
- Ações futuras: incentivo às ações de promoção à saúde e prevenção; incentivo à adoção de protocolos assistenciais e à integralidade na atenção; incentivo à gestão de riscos coletivos e à co-participação dos beneficiários no cuidado; estudos de avaliação de impacto da longevidade, avaliação do impacto da regulação na estratégia das empresas e estudos sobre a retração da oferta de planos individuais; formulação de ações para viabilizar o processamento do atendimento ao idoso; rediscussão do papel da saúde suplementar na política pública de saúde e sua harmonização.

Avaliações do Projeto *Inclusão da Assistência Farmacêutica em Planos e Programas de Saúde Suplementar* (P10)

- Ações futuras : estudos sobre farmacoeconomia (visando normas); sigilo de informação e prescrição; análise atuarial (estudos longitudinais); pesquisas nas empresas onde existem programas de assistência farmacêutica. Observação: há uma lacuna de regulação sobre assistência farmacêutica.

Projeto 0800

Estruturação do *Call Center* da ANS

(Central 0800 de atendimento gratuito aos beneficiários de planos de saúde)

O Projeto *Estruturação do Call Center da ANS* foi o primeiro projeto apresentado como produto do *Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde*, de alto impacto para os beneficiários e operadoras e amplamente incorporado pela ANS, no que diz respeito às suas rotinas. Hoje ele é absolutamente imprescindível na interação da ANS com o conjunto da clientela que necessita entrar em contato com a Agência por algum motivo. Trata-se de uma das mais evidentes comprovações do sucesso que foi esse projeto, verificar o quanto acumulou no sentido de produzir uma comunicação eficaz.

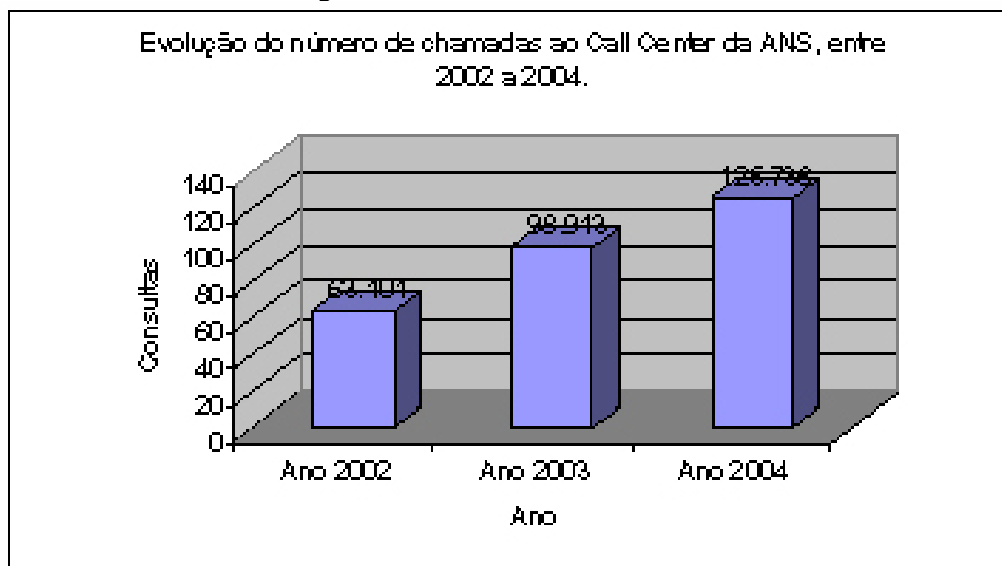
Os dados do projeto são tratados a seguir, assim como uma análise dos mesmos, que deverá servir para indicar os caminhos a serem seguidos pela ANS no sentido de continuar ampliando esta interação com a sociedade.

Os quadros a seguir contêm estatísticas de chamadas do *Call Center* da ANS.

Quadro 9 – Distribuição dos atendimentos realizados no *Call Center* da ANS, nos anos de 2002, 2003 e 2004, segundo os temas.

Atendimentos por Telefone	Consultas 2002	Consultas 2003	Consultas 2004
ANS	668	14,961	6,769
Contrato e regulamento	7,509	11,009	30,740
Aumento de mensalidade	11,993	21,000	34,205
Mecanismos de regulação	705	1,159	1,738
Cobertura geográfica	258	401	435
Outros	732	774	1,228
Operadoras e planos de saúde	10,350	14,502	16,915
Rede prestadora	3,759	3,746	5,488
Cobertura assistencial	11,405	16,049	15,791
Carência	2,595	4,014	3,322
Aposentados, demitidos e exonerados	3,100	3,606	3,136
Reembolso	1,328	1,065	1,329
Internação	786	830	536
Doença ou lesão preexistente	5,390	4,342	3,008
Urgência e emergência	2,523	1,455	1,096
TOTAL	63,101	98,913	125,736

Figura 2 – Distribuição dos atendimentos realizados no *Call Center* da ANS, nos anos de 2002, 2003 e 2004, segundo os temas.



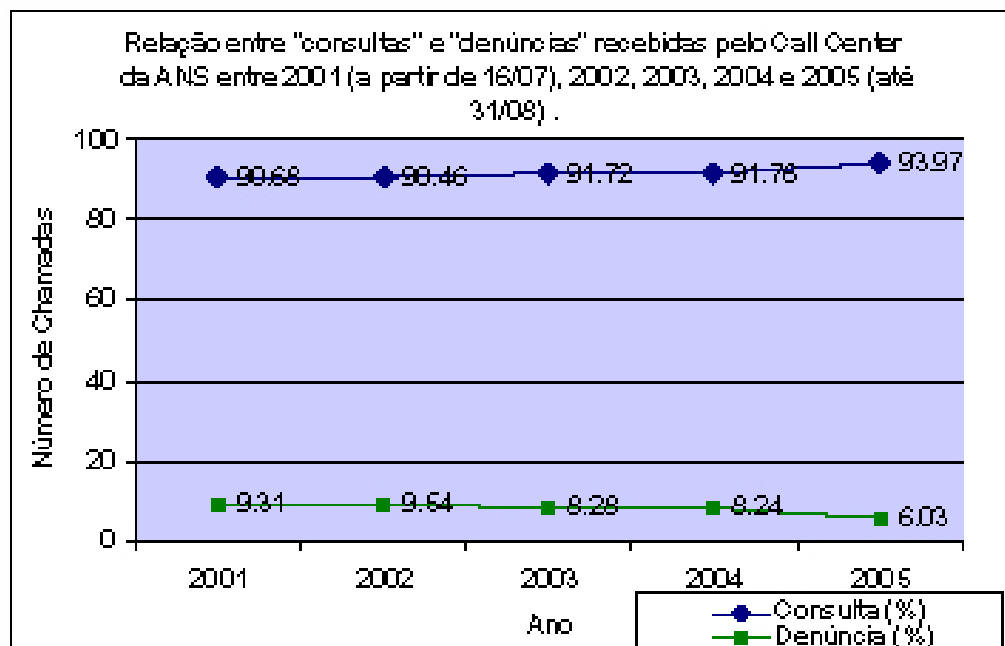
Quadro 10 – Distribuição dos atendimentos realizados no *Call Center* da ANS, segundo o crescimento do número de chamadas no período de 2002 a 2004.

Atendimentos por Telefone	Crescimento (%)
ANS	1012,3
Contrato e regulamento	408,4
Aumento de mensalidade	284,2
Mecanismos de regulação	245,5
Cobertura geográfica	167,6
Outros	166,8
Operadoras e planos de saúde	162,4
Rede prestadora	145,0
Cobertura assistencial	137,5
Carência	127,0
Aposentados, demitidos e exonerados	100,1
Reembolso	99,1
Internação	67,2
Doença ou lesão preexistente	54,8
Urgência e emergência	42,4

Percebe-se um aumento importante do número de chamadas para o *Call Center* da ANS, comprovando que o projeto é um sucesso e está plenamente incorporado às rotinas da Agência, servindo para o contato com os beneficiários e a indispensável função social que a ANS tem.

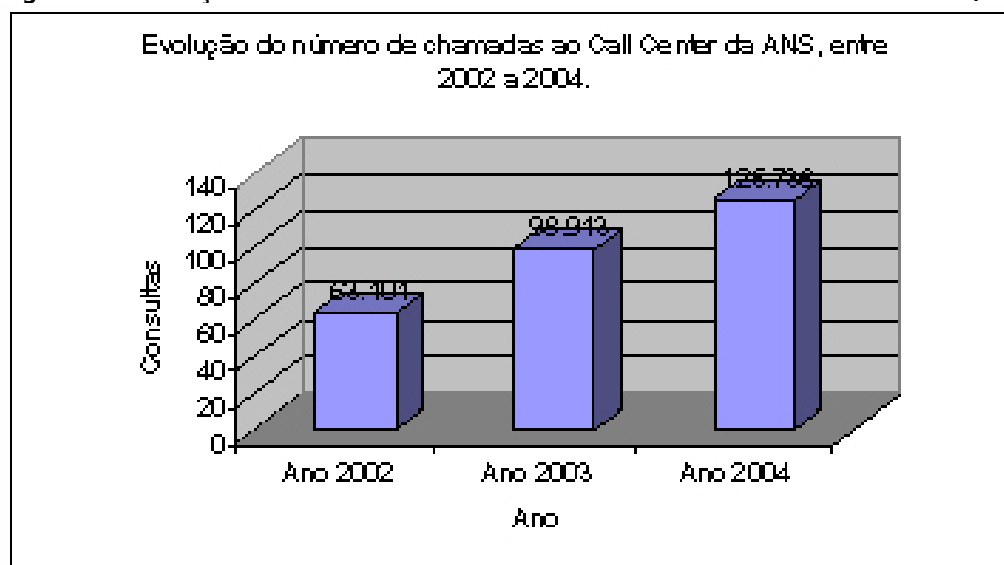
Isso indica que a ANS se torna cada vez mais conhecida, pois não se busca algo que as pessoas não conhecem, e reconhecida como uma entidade que oferta um serviço de informações extremamente útil para as pessoas, no qual elas confiam para resolverem dúvidas e denunciar questões relacionadas à saúde suplementar.

Figura 3 – Distribuição das chamadas do Call Center da ANS, entre 2001 (a partir de 16/07), 2002, 2003, 2004 e 2005 (até 31/08), segundo os tipos, discriminadas em "consultas" e "denúncias"



Importa observar que a curva das chamadas caracterizadas como "consultas" tende a subir e aquela que representa as chamadas de "denúncias" tende a diminuir. O aumento das consultas já foi discutido anteriormente e reflete a expansão social do reconhecimento da ANS como Agência à qual o beneficiário pode confiar suas questões. Ela se tornou mais conhecida, e isso está indicado no extraordinário aumento das chamadas para o período estudado.

Já a partir da redução das denúncias, pode-se inferir que as ações de regulação implementadas pela ANS deram resultado e vêm gradativamente reduzindo o grau de insatisfação dos beneficiários com suas operadoras e por outro lado, estas têm mais cuidado ao interagir com sua clientela, oferecendo elas mesmas serviços de atendimento ao cliente, que se tornam satisfatórios no sentido de resolverem suas demandas. De qualquer forma, o dado é muito positivo para demonstrar que as estratégias da ANS, no sentido de qualificar o setor, podem estar se revelando eficazes.

Figura 4 – Evolução do número de chamadas ao *Call Center* da ANS, entre 2002/04

Avaliação

Observa-se que o *Call Center* da ANS é diferenciado, pois tem a preocupação de se adequar às necessidades dos beneficiários de planos de saúde, partindo do pressuposto de que o tema do qual trata, a saúde suplementar, é de uma complexidade diferenciada, por se tratar de um tema relativamente novo, pois tornou-se mais público a partir das iniciativas de regulamentação após a Lei nº 9.656. Isso pressupõe que o treinamento de pessoal que trabalha no *Call Center* tem que ser diferenciado porque o agente de atendimento não vai vender um produto, mas ofertar orientações, esclarecimentos a um público diversificado, o que sugere uma atuação que é também pedagógica. Importa sempre registrar que ele trabalha com saúde, e neste campo específico, com uma legislação que é bastante complexa, é importante que tenha um domínio dessa legislação para orientar esse beneficiário.

Outro aspecto diferenciado no atendimento realizado pelo *Call Center* da ANS é o fato de que nele não há uma preocupação premente com o tempo de atendimento, mas a prioridade é quanto à quantidade de informações de que o beneficiário precisa. O número de questões, perguntas, de informações que o beneficiário precisa vai direcionando a atividade das pessoas que trabalham no *Call Center*.

Verifica-se que a grande maioria das ligações é respondida no pronto atendimento, mas há um percentual que não é respondido de imediato ficando para consulta a alguma diretoria específica e, nesses casos, a informação é transmitida posteriormente ao beneficiário.

No campo de questões que são encaminhadas ao *Call Center*, há algumas que podem indicar indício de infração, e nesses casos a conduta assumida é encaminhá-las aos núcleos de fiscalização da própria ANS.

O objetivo da central de atendimento, hoje, é orientar os beneficiários, instruí-los sobre os seus direitos.

O sistema trabalha com uma "árvore temática", que nada mais é do que toda a legislação de saúde suplementar. Ela fica disponível de uma forma didática, desmembrada, na qual estão discriminados 16 temas. Quando necessário, o *Call Center* mobiliza a gerência de atendimento, especialmente para questões que não constam ainda do arsenal de informações da central de atendimento. Há uma sistemática de atualização do sistema referente às medidas, RNs, qualquer informação nova que saia sobre a legislação.

Há toda uma preocupação com o treinamento dos profissionais que trabalham no *Call Center*, tendo os institucionais, principalmente direcionados para os novos profissionais, quanto os periódicos que fazem os treinamentos pontuais, reciclagens, palestras que são desenvolvidos ao longo do tempo conforme a necessidade verificada. Essa parte de atualização de treinamento institucional e de conteúdo é feita pela gerência de atendimento.

Importa informar que há um importante intercâmbio entre as diretorias da ANS no sentido de buscar informação e responder ao beneficiário e é nesse intercâmbio que está a grande capacidade de respostas que o *Call Center* vem adquirindo ao longo do tempo.

Projeto P04

Projeto de Implementação de Padrão Único de Troca de Informações entre Operadoras e Prestadoras de Serviços de Saúde.

O Sistema TISS é uma ferramenta que se propõe a apoiar um padrão de troca de informações em saúde suplementar, fomentando o uso de um padrão único de troca de informações através de um modelo de comunicação XML, reconhecido atualmente como o mais indicado para troca de mensagens eletrônicas.

O sistema foi concebido em uma plataforma cliente/servidor desenvolvida em linguagem de programação Delphi 7.0 apoiado por um banco de dados de código aberto – conforme indicação da política para ciência e tecnologia do governo federal – Interbase versão 6.0 e componentes também de código fonte aberto.

O aplicativo é composto por dois módulos distintos que se comunicam por meio de mensagens eletrônicas trafegadas por meio eletrônico no padrão XML. Cada módulo é destinado a um determinado ator específico, sendo um para operadoras de planos de saúde e outro para Prestadores de serviços médico-hospitalares. O desenvolvimento deste aplicativo, incluindo seus testes e homologação, durou cerca de cinco meses, excetuando-se o período destinado à coleta e análise de requisitos.

Além deste período, o aplicativo está em fase de testes integrados em uma operadora voluntária – União Hospitalar Saúde – onde foram validadas as suas funcionalidades e acrescentadas sugestões a fim de que o aplicativo se tornasse funcional para uma operadora de plano de saúde.

Enquanto isso, visando divulgar e discutir com o mercado de saúde suplementar a proposta de adoção de um padrão único de troca de informações entre operadoras e prestadoras de serviços de saúde, a ANS, ainda com o apoio do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, promoveu um ciclo de quatro oficinas de um dia de trabalho intituladas *Oficinas ANS – TISS*. Estes eventos foram os primeiros passos da ANS em relação aos prestadores de serviços do setor.

Buscando uma maior representatividade do setor de saúde suplementar na discussão do projeto, as oficinas foram realizadas nas cidades do Rio de Janeiro, Fortaleza, Curitiba e São Paulo, e, em consequência das mesmas, uma 5ª. Oficina foi realizada na cidade de Porto Alegre, a convite do próprio setor, que se mobilizou, no Estado do Rio do Grande do Sul, criando um grupo de trabalho com vistas à implementação do projeto naquele Estado.

Quadro 11 – opinião dos participantes das oficinas em relação ao tema

Item	Oficina	Avaliação Percentual					Total
		Muito Importante	Importante	Pouco Importante	Não Importante	Não opinou	
Como avalia a importância do tema abordado para o setor de saúde suplementar	Fortaleza	55,3	44,7	0,0	0,0	–	100,0
	Curitiba	63,5	36,5	0,0	0,0	–	100,0
	São Paulo	45,0	51,2	3,9	0,0	–	100,0
	Porto Alegre	51,6	43,5	3,2	0,0	1,6	98,4
Qual a sua opinião sobre a possibilidade de adoção de um padrão de troca de informação entre operadoras e prestadores de serviço	Fortaleza	47,4	52,6	0,0	0,0	–	100,0
	Curitiba	55,8	42,3	1,9	0,0	–	100,0
	São Paulo	41,5	53,8	4,6	0,0	–	100,0
	Porto Alegre	56,5	37,1	4,8	0,0	1,6	98,4

Após o término do desenvolvimento do aplicativo TISS, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, por meio de sua Diretoria colegiada, através da Consulta Pública Nº 21, realizada no dia 11 de fevereiro de 2005, abriu prazo para que fossem apresentadas críticas e sugestões sobre o esclarecimento do padrão essencial e obrigatório para as informações trocadas entre operadoras de plano de saúde e prestadores de serviços médico-hospitalares sobre o atendimento prestado aos seus beneficiários. A Exposição de Motivos explica ao setor as propostas e ainda aponta os dispositivos legais nos quais a norma encontra embasamento.

A participação do setor na Consulta Pública nº 21 foi expressiva, sendo que diversos atores do setor (prestadores de serviços de saúde: hospitalares, laboratoriais e profissionais liberais; conselhos profissionais; operadoras de planos privados de assistência à saúde médicas e odontológicas; empresas fabricantes de *software*; entidades representativas de operadoras e prestadores) enviaram contribuições, sugestões, críticas e dúvidas.

Quadro 12 – Detalha a quantidade, por tipo, de contribuições recebidas do total das entidades

Tipo de contribuições	Total
Correspondências	54
<i>E-mail</i>	88
Total	142

As sugestões e críticas enviadas pelo setor foram avaliadas e, quando compatíveis com a proposta, foram incorporadas às guias e padrões iniciais, buscando deste modo a simplificação dos padrões, sem perda da qualidade das informações a serem trocadas.

Deste modo, foram criados dois mecanismos de cumprimento das obrigações: a) critérios de diferenciação de tipos de prestadores por complexidade, e b) prazos diferenciados para a adoção do padrão eletrônico. Além disso, foi adotada a substituição do padrão de comunicação entre operadoras e prestadores.

Após detalhes obtidos na fase de testes integrados, assim como os estudos baseados na Consulta Pública nº 21 mencionados anteriormente, foram detectadas algumas possibilidades de melhoria no aplicativo e outras alterações necessárias a fim de atender às exigências do mercado, dentre elas, destacamos principalmente algumas alterações nas guias propostas, o que impacta diretamente o padrão anteriormente estabelecido, a inclusão de novas mensagens eletrônicas para facilitar a comunicação entre as partes, a alteração do padrão de validação da comunicação entre as partes, além de algumas funcionalidades exigidas pelo mercado, como a inclusão de toda a parte financeira.

Estas mudanças refletem-se no padrão e na inclusão de algumas novas mensagens eletrônicas que visam à melhoria dos serviços prestados pelos atores envolvidos e maior agilidade no processo, atingindo diretamente os beneficiários de planos de saúde privados.

Atualmente o aplicativo TISS encontra-se desatualizado em fase de definição de seu futuro. Devido às alterações mencionadas, existe uma real necessidade de atualização do mesmo para que volte a ser operacional e atenda a todas as necessidades do mercado, já que com a evolução e melhoria do padrão, o aplicativo acabou ficando inoperável se visto do entendimento do padrão.

Para contornar tal situação e tornar o aplicativo novamente operacional, foi elaborada uma proposta de atualização e melhoria do mesmo, acrescentando ao sistema funcionalidades e atrativos para as instituições que não queiram mexer em seus sistemas corporativos ou ainda aos que não possuam tal ferramenta.

A proposta desenvolvida mantém o escopo inicial do aplicativo desenvolvido, adicionando novas funcionalidades, trazendo uma nova visão integradora e uma arquitetura atualizada e de maior interoperabilidade mais indicada atualmente para trocas de mensagens eletrônicas entre plataformas diferentes.

A idéia inicial é que o sistema TISS passe a centralizar todos os outros aplicativos da ANS (SIP, SIB, CNES, RPS, DIOPERADORAS...), consolidando todas as suas informações, tornando-se um sistema único coletor de dados em saúde suplementar, evitando assim duplicação das informações, inconsistências, facilitando a recuperação das mesmas, melhorando a qualidade da geração de indicadores e a melhor análise das informações coletada, melhorando o processo decisório e auxiliando a qualificação da saúde suplementar no Brasil.

A intenção é que seja criado um novo módulo destinado à recepção de todas as informações pela ANS e geração de indicadores de qualidade e quaisquer outros que venham a ser implementados. Com isso, qualquer outro dado poderá ser coletado a qualquer momento, já que todas as informações referentes à saúde suplementar estarão em base de dados padronizadas e compatíveis em todos os módulos, facilitando a realização de *data mining*.

Além disso, poderá haver um confronto das informações passadas, já que esta poderá ser recebida de ambos os atores, o que faz com que haja uma garantia maior de veracidade das informações prestadas.

Serão necessárias pequenas modificações nos módulos já existentes do TISS (operadora e prestador) para atualização e compatibilização com o novo padrão, além de pequenas mudanças para incorporar alguns outros dados e estruturas a fim de unificar todos os outros sistemas dentro do TISS e a releitura para uma arquitetura mais eficiente. As alterações para a integração poderão ser realizadas paulatinamente, a seu tempo, já que não necessariamente precisam ser realizadas de uma única vez, por funcionarem de forma independente dentro do mesmo sistema, embora compartilhem as mesmas informações.

Em relação à mudança da plataforma, esta deve ser realizada em um primeiro momento de forma prioritária, se realmente for ocorrer. A mudança de plataforma atende a solicitações do mercado em relação à atualização do aplicativo dentro das tendências tecnológicas atuais. Java é uma linguagem de programação que permite uma interoperabilidade maior entre os atores envolvidos, além de ser uma linguagem *open source* seguindo as diretrizes do atual Governo Federal. Quanto ao banco de dados, recomenda-se que seja usado o PostgreSQL, com melhor capacidade e segurança do que o usado atualmente (interbase), sendo também *open source*. No caso do módulo ANS, pode continuar a usar o atual banco de dados Oracle, sem que precise haver qualquer tipo de investimento nesta questão.

Esta proposta define um modelo corporativo de tecnologia da informação dentro da Agência Nacional de Saúde Suplementar, criando um sistema único e integrador ligado a uma base de dados unificada com o propósito de facilitar a coleta de informações, a qualquer hora e momento, tornando a mineração de dados e informações mais transparente e precisa, agilizando o processo decisório da gestão de saúde suplementar, tornando-o seguro e eficaz.

Relatório síntese do produto que foi desenvolvido

O *software* foi construído em dois módulos: módulo Operadora e módulo Prestador, sendo que o primeiro possui integrações básicas com os sistemas da ANS:

- SIB (Sistema de Informações de Beneficiários) e
- SIP (Sistema de Informações de Produtos)

e o segundo com os seguintes sistemas públicos de informações em saúde:

- SINASC (Sistema de Nascidos Vivos),
- SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) e
- SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação)

Produto Final

O produto final do trabalho foi entregue e compõe-se dos seguintes arquivos e fontes:

CD1 – TISS Operadora

- Versão executável
- *Help on-line*
- Instalador
- "Leia-me" para orientar o procedimento de instalação

CD2 – TISS Prestador

- Versão executável
- *Help on-line*
- Instalador
- "Leia-me" para orientar o procedimento de instalação

CD3 – Geral

- Escopo / protótipo de sistema e todos os requisitos funcionais – NT1
- Documentação do Projeto (modelo de dados, diagrama hierárquico de funções – DHF, padrões de telas, relatórios e gráficos, casos de uso, padrão XML e criptografia adotado no Projeto) – NT2
- Código fonte dos programas e todas as bibliotecas inerentes ao aplicativo

Além destes produtos, foi entregue a uma operadora de planos de saúde um documento denominado *Convênio para Teste Integrado*, cujo objetivo é validar com o mercado todas as funcionalidades desenvolvidas durante o Projeto. Nesse teste, estará envolvida a Operadora e um de seus hospitais.

Esse teste integrado está dividido em duas partes: importação do sistema legado e teste das funcionalidades do TISS.

Foram entregues ainda documentos que explicam todas as tabelas necessárias para a importação, seus domínios, tamanhos e posições dos campos. Após a importação dessas tabelas, será apresentado o TISS e como utilizá-lo.

Uma grande vitória da ANS se deu a partir da publicação, em 27 de outubro de 2005, no Diário Oficial da União da Resolução Normativa – RN nº 114, de 26 de outubro de 2005, que “estabelece padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos de saúde, realizados em beneficiários de plano privado de assistência à saúde e dá outras providências”.

Avaliação

Para desenvolver o Projeto *Troca de Informações de Saúde Suplementar* que é o aplicativo, para as operadoras e prestadores de serviços de saúde trocarem suas informações a partir de determinado padrão único, a ANS teve que criar uma certa parametrização a ser utilizada para este aplicativo. Portanto, a proposta do projeto era desenvolver esse *software*, interligando vários sistemas de informação no sentido de otimizar e qualificar os dados e tornar a informação disponível.

Para desenvolver o *software*, foi necessário trabalhar o que seria a lógica da ferramenta, ou seja, essa lógica seria transformada em um aplicativo, colocado em uma linguagem apropriada para o sistema que atendesse aos padrões das operadoras e possibilitasse sua utilização pelos prestadores.

A essência do sucesso do projeto, além da sua arquitetura de informática, é o fato de estabelecer um padrão da troca de informações. Esse padrão possibilitou o surgimento do Projeto *Troca de Informações de Saúde Suplementar – TISS*. E o TISS hoje é justamente um padrão, um *software* padrão de guias. Tem a padronização eletrônica, informações onde sugere o XML. Na construção do *software*, o projeto transformou-se em dois.

O primeiro grande esforço foi o de validar a proposta de padronização que incluía uma padronização das informações na linguagem, padronização eletrônica e sobretudo uma padronização das guias de encaminhamento que eram utilizadas por cada operadora. Antes do TISS, por exemplo, numa clínica que atendesse a dez operadoras, o médico ou atendente trabalhava com dez diferentes tipos de guias médicas, uma para cada operadora. Então era fundamental padronizar inclusive as guias físicas, utilizar uma guia única pra todas elas. Portanto, ao mesmo tempo que é fundamental, esse sistema não foi criado especificamente para a ANS, mas para que as operadoras troquem informações entre si, reduzindo o re-

trabalho e aumentando a eficiência do sistema. Obviamente que foram criadas algumas janelas no sistema, porque ele tem que, obrigatoriamente, encaminhar informações para a ANS, alimentar alguns sistemas da ANS com informações, assim como alimentar alguns sistemas do Ministério da Saúde. As operadoras podem, a partir do TISS, gerar relatórios de informações para suprir outros sistemas. Dessa forma, trabalha-se com informação de uma forma consolidada, única, tendo um importante ganho em segurança e eficácia da mesma.

O *software* serve para aquelas empresas que não têm um aplicativo, não são informatizadas, não têm um sistema de gestão da informação. Essa ferramenta será cedida para que elas utilizem, se profissionalizem e se capacitem para o uso dessa ferramenta. Aquelas que já têm um sistema de informação vão ter simplesmente que adaptar algum relatório, algum detalhe para atender às exigências mínimas do padrão que foi criado.

Foram realizadas quatro oficinas regionais para divulgar a proposta da padronização. Nessas oficinas foram discutidas a linguagem a ser utilizada no desenvolvimento das ferramentas eletrônicas e as guias fiscais, inclusive as informações mínimas que essas guias deverão ter. Foi necessária também uma normatização de tudo isso que estava sendo instituído para viabilizar o sistema.

O TISS abre a possibilidade de a ANS se relacionar também com o prestador de alguma forma, mesmo que indiretamente, já que o prestador vai alimentar sistemas que vão chegar de alguma forma no banco de dados da Agência. Até então, a ANS não tinha nenhum relacionamento com o prestador, apenas com as operadoras. Outra questão importante diz respeito à repercussão do Projeto TISS, que já começa a ser discutido em fóruns mais amplos, a partir de um congresso sobre sistemas e informações que se realizou no mês de agosto de 2005. Na mesma linha de ampliar as discussões, foram realizados cinco seminários com recursos humanos, para se discutir a proposta de padronização no mercado. Logo em seguida, foi realizada uma consulta pública, ampliando e democratizando a discussão sobre o tema. Foi elaborada uma apostila do seminário TISS, o que contribuiu para discussão da proposta com técnicos e pessoas envolvidas em sua construção.

Embora seja coordenado pela Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES, o TISS vai favorecer o funcionamento de todas as diretorias da ANS: a Diretoria de Gestão – DIGES, que trata da parte administrativa interna da Agência; a Diretoria de Fiscalização, que fiscaliza o mercado; a Diretoria de Produtos – DIPRO, que regulamenta a venda do produto das operadoras; a DIOPE que é a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, que regulamenta a entrada, a manutenção, o acompanhamento econômico e financeiro, e a saída das operadoras. Ela necessita permanentemente de relatórios contábeis para realizar seu trabalho. Existe uma certa periodicidade nas informações que é necessário manter regularmente para ter um olho no mercado, ver como ele está se comportando. A DIDES acompanha também a questão do ressarcimento ao SUS. Isso é feito por meio do Sistema de Informação de Beneficiários, o SIB, que subsidia as ações da DIDES nesse quesito.

Projeto P10

Inclusão da assistência farmacêutica em, Planos e Programas de Saúde Suplementar.

O Projeto em referência fez um estudo da presença de Programas de Benefício Farmacêutico no Brasil, no cenário atual da saúde suplementar e concluiu esta análise com os argumentos expostos no relatório final da pesquisa que pode ser consultado na ANS.

Esse projeto visou incrementar a eficácia da assistência prestada às clínicas de planos de saúde, especialmente para os portadores de doenças cujo controle depende do uso contínuo de medicamentos. Isso possivelmente contribuiu para o controle de preços dos medicamentos. Ele foi desenvolvido em três etapas, sendo a primeira a que contempla a atenção básica por meio de: 1. Modelo de Fornecimento de Medicamentos pelo sub segmento de operadoras de saúde. A intenção era de melhorar a eficácia da assistência prestada aos beneficiários de planos de saúde para as seguintes patologias: diabetes, hipertensão, asma, epidemias, verminose, glaucoma e catarata, por meio de protocolos terapêuticos. 2. Modelos Estratégicos para expansão e facilitação da assistência farmacêutica, pela subsegmentação das operadoras de medicina suplementar de acesso a medicamentos para essas mesmas patologias. Em outra linha de conduta, pensou-se em criar programas preventivos e educativos para câncer, colo, mama, próstata, hipertensão arterial, diabetes, pré-natal, policultura e a atenção ao idoso.

A segunda etapa do projeto refere-se à consolidação desses modelos. Essa consolidação teve quatro pontos básicos: uma lista de medicamentos por patologia, separando os produtos principais e secundários; o preço de referência para os medicamentos, de acordo com o mínimo de custo social do tratamento; a possibilidade de reembolso pelas operadoras, no valor do preço de referência para os medicamentos consumidos com justificativa médica fora da lista; e livre escolha pelas operadoras das formas e mecanismos de implantação do programa de assistência farmacêutica aos beneficiários.

A terceira etapa apresentou a cadeia de comercialização de medicamentos e programas de benefício farmacêutico; o impacto da regulamentação no mercado e a política de benefício farmacêutico. Essa etapa teve por objetivo promover a metodologia de acompanhamento e desenvolvimento, implantação das ações de assistência farmacêutica, em planos de saúde e benefício farmacêutico, identificando a questão da facilitação do acesso ao medicamento, seja pelo lado da oferta, preço, ou pelo lado da demanda de financiamento. Apresentou os programas de gerenciamento de doenças, com ênfase no fluxo operacional. Abordou também assuntos vinculados ao processo da regulamentação, habilidades organizacionais, estratégias para o gerenciamento, operação e administração de serviços oferecidos no Brasil. Por fim, cabe lembrar que os conteúdos do primeiro e segundo relatórios dessa fase tiveram uma abrangência restrita, em virtude da amostragem incipiente dos programas de benefício farmacêutico, ficando direcionados às questões vinculadas ao funcionamento da estrutura limitada de comercialização no mercado atual e suas condicionantes no processo de regulação de planos de benefício farmacêutico, e propuseram simulações do fluxo operacional.

A pesquisa revelou alguns desafios do processo de implantação do programa de benefício farmacêutico, quais sejam: a avaliação da obrigatoriedade ou não, por parte das operadoras,

de oferecer serviços vinculados, total ou parcialmente, à cadeia de medicamentos; a necessidade de se estudar a escolha de utilização da segmentação dos planos de saúde; assimilar qual a melhor cobertura a ser oferecida por tipo de empresa; propor as diferenças entre coberturas, que podem ou não ser ampliadas; e sugerir a criação de consórcios pelas pequenas e médias empresas dos planos.

Pretende-se, a partir dos seus resultados, recomendar aos Ministérios da Saúde e da Fazenda, a adoção de um sistema de incentivos para estimular o mercado de planos de saúde e de benefícios farmacêuticos. Então, o projeto foi importante para demonstrar modelos e metodologias de acompanhamento e desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica e contribuiu para propor a instituições a inserção dos mecanismos de regulamentação considerados fundamentais no setor de saúde suplementar.

Embora a pesquisa tenha tido um conteúdo bastante significativo para a Agência, verifica-se que não houve uma iniciativa de se organizar dispositivos que possibilitassem o incentivo ao lançamento de um programa de benefício farmacêutico pelas operadoras. Contudo, desenvolveu-se um programa de assistência farmacêutica, há hoje um programa elaborado e desenvolvido por técnicos da ANS, praticamente através dessa pesquisa. Foi realizado um seminário interno sobre o tema da pesquisa.

Projeto P011

Pesquisa sobre a Incorporação Tecnológica pelas Empresas de Assistência Médica Suplementar.

Foi realizada pela instituição contratada, a Fundação Getúlio Vargas, uma pesquisa abrangente sobre a *Incorporação Tecnológica pelas Empresas de Assistência Médica Suplementar*, que resultou em um elenco de propostas que levam a um sistema e organização para o devido acompanhamento da questão e julgamento da pertinência da adoção das novas tecnologias de saúde. Esta proposta está descrita no relatório final da pesquisa e serve para demonstrar que o produto foi realizado pela contratada, conforme estipulado no Termo de Referência que orientou essa contratação.

O Projeto "Incorporação Tecnológica pelas Empresas de Assistência Médica Suplementar" trouxe para a agenda de discussão da saúde suplementar a incorporação tecnológica. Como as operadoras e os prestadores estão incorporando as novas tecnologias? Quais pressões estão acontecendo nas operadoras e nos prestadores? Como é essa incorporação e como é que esse processo está se dando? Foi um momento muito importante, mesmo que já se soubesse de várias questões relacionadas ao processo de incorporação tecnológica na saúde, a pesquisa sistematizou esse conhecimento e trouxe à tona uma discussão extremamente contemporânea, dando-lhe validade científica.

Constatou-se por meio da investigação que o Brasil não tem uma política de incorporação tecnológica para a saúde. Não há uma agência para isso e as operadoras e prestadores incorporam tecnologias à medida que vão sendo pressionados pelo mercado. A pesquisa, que entrevistou tanto prestadores como operadoras, reafirmou esse diagnóstico, mas o ponto positivo mais interessante foi agregar pessoas para essa discussão.

Esse projeto serviu para fazer um diagnóstico da realidade e ajudar a pensar qual seria a intervenção adequada da Agência sobre o problema. O próprio projeto trouxe algumas propostas de intervenção: montar uma agência de avaliação tecnológica. Essa era uma das propostas. A outra é: "Se não for possível construir uma agência reguladora agora, vamos montar uma comissão interinstitucional, que pegue a ANVISA, a ANS, o Ministério da Saúde, que são os responsáveis por pensar a avaliação e a incorporação de tecnologias, e vamos montar um grupo de trabalho que comece a pensar essa política de incorporação". E isso pode ser o que é possível fazer hoje.

No dia 31 de maio, instituiu-se o Comitê Nacional Gestor de Protocolos e Incorporação Tecnológica no Brasil. Esse é formado a partir de uma composição de todos os atores do sistema de saúde envolvidos com o tema. Esse comitê, além de discutir a proposta de incorporação, também discute a questão dos protocolos e diretrizes. O projeto de pesquisa foi uma oportunidade para refletir sobre a atual insuficiência na questão de incorporação tecnológica e para esboçar uma proposta de intervenção.

No âmbito do Projeto *Incorporação Tecnológica pelas Empresas de Assistência Médica Suplementar* foram organizados seminários em que a Fundação Getúlio Vargas apresentou os resultados da pesquisa, sendo que, o último deles, foi mais amplo e contou com a presença de todas as operadoras e prestadoras que foram monitoradas por meio de questionários ou grupos de discussão que participaram da pesquisa. As operadoras acharam os resultados interessantes e ficaram motivadas a buscar uma melhor compreensão da questão da incorporação tecnológica.

O Projeto *Incorporação Tecnológica pelas Empresas de Assistência Médica Suplementar* foi apresentado a outras diretorias da ANS para que conhecessem os resultados, tendo sido momentos importantes de acúmulo dessa questão.

Projeto P14

Estudo Qualitativo das Estratégias Organizacionais das Operadoras de Plano de Saúde ante a Regulação

Este foi um importante estudo que abordou o mercado da saúde suplementar do ponto de vista prospectivo, ou seja, dos cenários de futuro para o setor. Sendo assim, teve uma importância estratégica para a compreensão do pensamento dominante entre os gestores das operadoras e pessoas que de alguma forma influenciam a organização e o funcionamento da saúde suplementar, e, em especial, para a análise das perspectivas do mercado.

Sobre o método utilizado, verificou-se que foi bastante potente para analisar o cenário da saúde suplementar, na perspectiva dos seus gestores, fazendo com que as opiniões emergissem, sem perder o foco temático e ao mesmo tempo, elaborando um discurso analítico que foi bem aproveitado no momento seguinte, o de oferecer recomendações para as atividades de regulação do setor.

A fase de formulação da análise mostrou-se consistente e elaborada de forma objetiva, impedindo que o discurso final se desenvolvesse como uma "lamúria" sobre certas situações

encontradas pelo mercado, e conseguindo racionalmente estruturar uma avaliação de certas tendências do mercado da saúde suplementar, verificáveis no ponto de vista dos gestores das operadoras, mas sobretudo os dados recentes relativos ao cadastro de operadoras têm confirmado a tendência de aumentos dos cancelamentos de operadoras, com redução do número de operadoras ativas.

Bem aproveitado, esse estudo serve para subsidiar as decisões da ANS quanto à sua ação regulatória, tendo em vista que algumas pistas importantes foram deixadas por essa pesquisa, que indicam intervenções possíveis na área assistencial "stricto sensu", tais como: i) Adoção de incentivos às empresas que adotem mecanismos de promoção à saúde; e ii) Identificar os pontos de consenso existentes entre as expectativas dos agentes das empresas, a agenda da ANS e a política pública para os idosos no SUS, que movesse esse tema para uma agenda de soma positiva. Isso vem ao encontro do objetivo que a ANS tem colocado para si, de tornar as operadoras "gestoras do cuidado", como consta do documento de apresentação do *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar*.

Projeto PC – Programa de Conscientização do papel da ANS junto aos atendentes de Procons – Projeto Parceiros da Cidadania

Eventos realizados

Esta iniciativa da ANS, com o apoio do BID e FUMIN, possibilitou acesso a informações imprescindíveis não só para o perfeito entendimento da atividade de regulação da saúde suplementar no Brasil e institucionalização da ANS, como para o desenvolvimento e o aprimoramento técnico de profissionais de proteção e defesa do consumidor e o mais importante para a racionalização dos canais de atendimento disponíveis e melhoria da qualidade da informação, orientação e encaminhamento de reclamações formuladas nos órgãos de proteção ao consumidor no que se refere à saúde suplementar.

Quadro 13 – Eventos realizados/nº de pessoas atendidas

UF	Data	Parceiro	Municípios	Entidades	Participantes
PB	16 e 17 de junho de 2003	Procon Mun da PB	7	13	100
SC	16 e 17 de outubro de 2003	Procon Est de SC	34	35	83
PA	4 e 5 de dezembro de 2003	Procon Est do PA	8	20	53
RS	26 e 27 de março de 2004	Procon Est do RS	29	39	74
BA	13 e 14 de maio de 2004	Procon Est da BA	6	11	101
PB	20 e 21 de maio de 2004	Procon Mun da PB	8	13	74
GO	8 e 9 de julho de 2004	Procon Est de GO	15	17	84
PE	11 a 13 de agosto de 2004	Procon Est de PE	26	33	89
SC	13 e 14 de setembro de 2004	Procon Est de SC	32	32	70
MG	22 a 24 de setembro de 2004	Procon Est de MG	84	107	165
PR	10 a 12 de novembro de 2004	Procon Est do PR	18	23	52
RN	6 e 7 de dezembro de 2004	Min Públ do RN Procon Est do RN	6	11	55

CE	17 e 18 de março de 2005	Min Públ do CE	5	15	103
AL	12 e 13 de maio de 2005	Procon Est de AL Procon Est de SE	4	10	80
AM	7 e 8 de julho de 2005	Procon Est do AM Procon Est do AC Procon Est de RR Procon Est AP Min Públ AP	4	18	47
DF	22 e 23 de setembro de 2005	Procon DF Procon Est do MT Procon Est do MT Procon Est do TO	23	37	104
Total			309	434	1334

O Projeto *Parceiros da Cidadania* consistiu, principalmente, na realização de seminários com a participação dos Procons, discutindo a legislação e conferindo uma atenção especial àqueles temas apontados como os de maior incidência no relacionamento cotidiano com os beneficiários dos serviços de saúde suplementar. O projeto trabalha a legislação como um todo, mas dá um tratamento especial àqueles temas que o Procon de um determinado Estado aponta como sendo os de maior incidência.

Havia na Diretoria de Fiscalização da ANS a idéia de iniciar discussões com os Procons no sentido de melhor informar sobre a saúde suplementar e sobretudo começar a interagir com os órgãos de defesa do consumidor. Dentro desta idéia, foram realizados, no ano de 2003, seminários nos Estados da Paraíba, Santa Catarina e Pará. Depois dessa primeira experiência, foi implementado o *Projeto Parceiros da Cidadania*. Desde o primeiro momento, o intuito destes seminários foi o de estimular a parceria, a solidariedade entre os órgãos, visando melhor atender aos beneficiários da saúde suplementar.

O público dos eventos é formado basicamente de profissionais que trabalham nos Procons, especialmente é interessante a presença de técnicos, que são os que mantêm a memória da instituição e acumulam para além das mudanças administrativas a que as coordenações destes órgãos estão sujeitas. Eles são os multiplicadores dos conhecimentos. São chamados ainda: o Ministério Público, os juizados especiais, a Ordem de Advogados do Brasil – OAB.

Foram realizados, até setembro de 2005 seminários nos seguintes estados: Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul. Alguns seminários foram repetidos depois para atualização da legislação (Paraíba e Santa Catarina), mas o resultado não foi bem avaliado pela executora, tendo havido um baixo aproveitamento dos recursos empregados. A análise feita foi a de que se deveria aplicar recursos para levar o projeto para novos Estados antes e procurar estabelecer outras formas de atualização de informações sobre a regulação do setor junto aos parceiros. Não foi apresentada nenhuma proposta concreta a este respeito. A ANS já realizou, desde que a ação foi finalizada no âmbito do programa, um evento no Maranhão e realizou, no final de novembro de 2005, outro no Estado do Rio de Janeiro.

A execução do projeto contou com a inovação e criatividade do grupo operativo que conseguiu realizar seminários com baixo custo, sendo possível realizar dois além do programado inicialmente. Os Estados da Região Norte reuniram-se em Manaus, com exceção de Tocantins, que se reuniu no DF, em separado, porque se aproxima mais do perfil de mercado da Região Centro-Oeste do que propriamente dos outros Estados da Região Norte.

Observa-se que, em relação aos resultados esperados do *Projeto Parceiros da Cidadania*, estes vêm sendo alcançados. Os Procons têm sido parceiros em questões importantes, como, por exemplo, no episódio em que o Supremo Tribunal Federal decidiu, em 2003, que a Agência não poderia regular os índices de aumento para aqueles planos anteriores à Lei nº 9.656 de 03.06.1998. Na ocasião, as operadoras começaram a dar aumentos para os planos anteriores à Lei, muito acima do pretendido pela Agência. À época, os próprios Procons procuraram atuar em parceria com a ANS no sentido de defender o consumidor e, por diversos dispositivos, conseguiu-se que as operadoras negociassem a questão. Em outras ocasiões, os Procons têm sido extremamente parceiros da ANS também.

Os seminários abordam os problemas e procuram fortalecer os Procons para que os mesmos tenham cada vez mais possibilidade de resolver os problemas que surgem, relacionados à saúde suplementar.

É fundamental registrar que, no caso do Projeto em apreço, houve envolvimento de toda a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Isso é muito salutar, pois não basta se aproximar dos Procons, mas é necessário desenvolver ações conjuntas e isso pôde ser iniciado a partir deste projeto. Houve um envolvimento das diversas diretorias, a partir do momento em que foram chamadas a falar da sua área de atuação específica nos seminários. Estiveram presentes a DIFIS, a DIOPE, a DIPRO e a DIGES, que falaram das suas áreas específicas e também abordaram o problema da qualificação.

Ao final do programa, o colegiado da ANS, ciente da importância do mesmo, aprovou o orçamento para que continuasse a ser desenvolvido. Em todo processo, o foco foi o consumidor, o que vem ao encontro dos objetivos do projeto.

A ANS publica uma série denominada "Planos de Saúde – Conheça Seus Direitos" que já editou três "cadernos guia", tendo já organizado cinco guias que falam sobre cobertura, reajuste, doenças e lesões preexistentes, além de outros temas importantes. Edita também um folder explicativo do que é a Agência, sua missão e orientações para o consumidor usar o *Call Center* (0800). Este folder foi repassado aos Procons que distribuem, na ocasião do seu atendimento, aos beneficiários da saúde suplementar.

Existem hoje dez núcleos de fiscalização e apoio aos beneficiários da saúde suplementar, instalados nos diversos Estados do Brasil: Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Brasília, Pernambuco, Bahia, Fortaleza e Pará.

Toda essa atividade entre a ANS e os Procons tem comprovado a grande ressonância que o tema da saúde suplementar tem junto à mídia e à população em geral. De acordo com relatos obtidos na Diretoria de Fiscalização da ANS, em todos os Estados onde foram realizados os seminários

houve uma grande cobertura da mídia, o que possibilitou uma boa divulgação institucional da existência da Agência, como subproduto qualificado do *Projeto Parceiros da Cidadania*.

Projeto EOP

***Programa de Orientação das Operadoras* frente às normas do setor de saúde suplementar no Brasil. Série de Seminários Nacional com Representantes de Operadoras.**

O processo de regulação da saúde suplementar teve seu início no Brasil a partir da promulgação da Lei nº 9.656/98 e da edição da Medida Provisória 1.665/98, ou seja, é muito recente, inclusive em relação à história da saúde suplementar no País. Para que um processo regulatório tenha sucesso, é necessário que as operadoras estejam compreendendo o marco lógico da regulação, bem como todos os aspectos do mesmo, pois terão necessariamente que se enquadrar na norma legal a partir de então.

Um bom entendimento de tudo isso é pressuposto para que a ANS tenha sucesso no seu objetivo de garantir a presença do Estado como ente regulador da saúde suplementar. Isso anda par e passo com o conhecimento também pelos beneficiários da regulação, bem como a legitimidade que eles podem conferir à atuação da ANS neste cenário.

Como já foi dito aqui, num processo recente e em certa medida pioneiro, é necessário que haja um grande esforço para que as normas sejam amplamente divulgadas, discutidas e sobretudo incorporadas pelas operadoras. Foi com esse intuito que se realizou esse projeto e a ANS se empenhou em garantir que o mesmo se realizasse, cumprindo seus objetivos plenamente. Técnicos da Agência viajaram por todo o país e levaram a necessária discussão a inúmeras operadoras que não se furtaram em comparecer aos eventos programados.

O quadro a seguir dá uma dimensão da extensão desta importante ação finalizada em junho de 2005.

Quadro 14 – Eventos realizados no “Programa de Orientação das Operadoras”

Evento	UF	Cidade	Estados Cobertos	Período	Participantes
1º	RS	Porto Alegre	RS/SC	16 e 17/02/04	110
2º	BA	Salvador	BA/SE/AL	18 e 19/03/04	60
3º	PA	Belém	AM/AC/RR/RO/PA/AP/MA	14 e 15/04/04	80
4º	CE	Fortaleza	CE/RN	27 e 28/05/04	117
5º	GO	Goiânia	GO/DF/MT/MS/TO	23 e 24/06/04	114
6º	PE	Recife	PE/PB	22 e 23/07/04	121
7º	SP	São Paulo	SP - CAPITAL	26 e 27/08/04	247
8º	SP	Ribeirão Preto	SP - INTERIOR	30/09 e 01/10/04	239
9º	MG	Belo Horizonte	MG/ES	09 e 10/11/04	159
10º	PR	Curitiba	PR	23 e 24/11/04	155
11º	RJ	Rio de Janeiro	RJ/ES e demais Estados	09 e 10/06/05	443
Total					1845

Os temas abordados foram primeiramente os pertinentes à DIOPE. Outros temas foram adicionados conforme demandas surgidas no próprio evento e a avaliação do Grupo Técnico. Dentre eles, destacam-se os seguintes:

- Visão Geral da Regulação - Mostra os principais argumentos a favor da regulação econômica de mercados e de seus instrumentos, com ênfase no setor de saúde suplementar;
- As Operadoras e o Mercado de Saúde Suplementar - Visão panorâmica do funcionamento das operadoras frente à regulação que garanta a reputação, a credibilidade e a solvência das operadoras, garantindo o direito de escolha em um ambiente competitivo seguro;
- Registro de Operadoras - Apresenta os critérios técnicos utilizados para a regulação de acesso ao mercado, com os requisitos provisoriamente utilizados e as dificuldades enfrentadas;
- Acompanhamento das Operadoras - Exposição do processo de acompanhamento econômico das operadoras, suas principais diretrizes e metodologias adotadas; o setor estratégico de Atendimento às Operadoras, que atende a demandas de toda a ANS e dificuldades e regimes especiais impostos como consequência do monitoramento do mercado;
- Plano de Contas - Regras e Experiências- Apresenta o Plano de Contas Padrão (PCP) instituído pela ANS para uniformização das demonstrações contábeis, acompanhamento e análise do desempenho das empresas;
- Documentos de Informações Periódicas (DIOPERADORAS) - Informa e orienta quanto à utilização do aplicativo que contém formulários cadastrais e econômico-financeiros, padronizados e disponibilizados para envio eletrônico. Este aplicativo facilita o acompanhamento individual de cada uma das operadoras e subsidia a ANS com dados relevantes para melhor entendimento e avaliação do mercado de saúde suplementar;
- Garantias Financeiras - Abordagem técnica das regras que prevêm a constituição de provisões técnicas, bem como parâmetros de margem de solvência e capital mínimo para o mercado regulado; explicações referentes à garantia das obrigações decorrentes das cláusulas de remissão das contraprestações referentes à cobertura de assistência à saúde;
- Ativos Garantidores de Provisão Técnica- Apresenta as explicações sobre as provisões obrigatórias constituídas para garantir a cobertura de eventos ocorridos e dos ocorridos e não avisados; orienta como a operadora deve materializar essas garantias após a sua constituição contábil, na forma de ativos financeiros e/ou imóveis que devem possuir características de liquidez, segurança e rentabilidade;

- Sistema de Informações de Produtos - Orientação operacional da utilização do sistema e suas fases de validação de dados, verificação da incorporação e relatório gerencial, bem como a análise da qualidade dos dados monitorados pela Agência;
- Sistema de Informações de Beneficiários - Destaca a importância dos dados do Cadastro de Beneficiários fornecidos pelas operadoras à ANS, para melhor capacidade de gestão, produção de informações do setor, além de contribuir para o processo de ressarcimento ao SUS;
- Sistema de Taxa de Saúde Suplementar (Eventual)- Orienta sobre a norma que rege o recebimento e a arrecadação das receitas da ANS, bem como o objetivo de sistematizar os procedimentos e padronizar documentos.

Durante o decorrer dos eventos foram preenchidos 825 formulários, representando 61% de participação e dando legitimidade ao instrumento e seus resultados como diretriz de futuras ações.

Os dados foram compilados, permitindo uma avaliação de todo o programa, de acordo com os itens que se seguem:

Quadro 15 – Aproveitamento: para dirimir dúvidas, temos o seguinte quadro

Temas	Conhecimento				Conhecimento			
	Antes do Evento				Após o Evento			
	0	1	2	3	0	1	2	3
1 - Visão geral da regulação	79	283	245	124	6	105	345	253
2 - Operadoras e o mercado de saúde	50	219	307	94	8	46	336	270
3 - Registro de operadoras	84	310	309	99	16	48	284	400
4 - Acompanhamento das operadoras	89	320	277	65	11	62	355	298
5 - Sistema de inf. dos prod. Sip	104	243	233	52	15	77	289	238
6 - Sistema de inf. de benef. Sib	82	221	222	59	8	60	275	233
7 - Sis. Taxa de saúde suplementar	5	19	33	22	1	5	21	48
8 - Plano de contas	167	344	225	92	27	151	352	438
9 - Dioperadoras	112	276	290	110	11	96	343	311
10 - Acomp. do dioperadoras	65	167	127	58	8	46	171	147
11 - Garantias financeiras	200	310	185	37	19	131	349	209
12 - Ativos garant. de res. Téc.	227	246	157	42	42	162	304	189

Legenda:

[0] - Equivale a ter muitas dúvidas sobre o tema

[1] - Equivale a ter dúvidas sobre o tema

[2] - Equivale a ter poucas dúvidas sobre o tema

[3] Equivale a ter um claro entendimento tema

Fica evidente no quadro anterior, o quanto foi acumulado com a ação implementada por esse projeto, sendo que em todos os itens os técnicos que participaram dos seminários declaram ter ficado mais claro para eles o tema do qual foi objeto a discussão realizada no evento.

COMPONENTE C

Capacitação Técnica, Promoção e Divulgação

Indicadores de Desempenho

(1) Seminário Internacional sobre regulamentação de planos de saúde realizado

(realizado em Dez 2003)

(3) Plano de consultorias e intercâmbio de técnicos brasileiros e do exterior desenhado e implementado, com metas semestrais de realização

(Realizadas 4 Missões nos EUA, 1 Chile, 1 México e 1 Espanha)

(4) Produção de trabalhos e documentos técnicos para divulgação

(O site da ANS, no link "biblioteca" já disponibiliza publicações e trabalhos sobre o tema saúde suplementar. Foi lançado em outubro o 4º livro da Série Regulação e Saúde que trata do tema "Modelos Assistenciais". O livro tem como base 4 estudos concluídos com o apoio do convênio)

(5) Atualização, edição e publicação do guia de Direitos do Consumidor realizada

(três guias já foram editados e são distribuídos junto aos órgãos de defesa do consumidor e núcleos de atendimento da ANS. Um 4º começa a ser distribuído no 2º semestre)

Financiados com recursos do convênio, já foram realizados, até setembro passado, no âmbito do *Projeto Parceiros da Cidadania*, 16 seminários com técnicos das instituições de defesa do consumidor, que receberam, além do material de apoio do evento (incluindo sistema desenvolvido, e entregue em CD-ROM, para facilitar o atendimento aos beneficiários dos planos de saúde dentro dos órgãos de defesa do consumidor – sistema este que possibilita o acesso rápido e eficiente à legislação da saúde suplementar, desenvolvido especialmente para o Projeto), os *Guias de Defesa do Consumidor* especialmente elaborados para divulgação da Lei nº 9.656/98 junto ao público em geral; e 11 seminários com representantes de operadoras de todas as regiões do Brasil, no âmbito do *Programa de Orientação das Operadoras frente às Normas do Setor de Saúde Suplementar do Brasil*, que recebem, junto com o material de apoio do evento, um CD-ROM contendo cartilhas sobre as principais normas editadas pela Agência.

O objetivo de aproximar os agentes regulador e regulado, potencializando a capacidade de atuação dos mesmos por meio da disseminação de informações e ampliação dos canais de acesso entre as partes, foi o enfoque dos dois dias de seminário do *Programa de Orientação das Operadoras*. O programa foi considerado altamente didático e o público não só pôde esclarecer dúvidas as mais diversas (inclusive por meio de espaços especialmente idealizados para este fim e disponibilizados durante os dois dias do encontro) como também foi instruído por técnicos altamente qualificados da ANS sobre formas de gestão financeira e contábil, permitindo aos participantes o acúmulo de informações e entendimentos necessários para um melhor desempenho de suas atividades perante o ente regulador.

O total de operadoras inscritas nos 11 eventos programados foi de 1.032 operadoras, representando 49% de todo o mercado (operadoras ativas – fonte: Dados do Setor – junho/2005, Publicação da ANS, disponível no seu site da *internet*).

No que concerne aos indicadores do programa, ressalta-se ainda que:

(1) Em dezembro de 2003, foi realizado o seminário internacional "A Regulação das Relações entre o Público e o Privado nos Sistemas de Saúde das Américas", promovido pela OPAS, Fundo Multilateral de Investimentos do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID/FUMIN e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com apoio da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ e da Universidade Federal de Campinas – UNICAMP. O evento foi realizado nos dias 1 e 2 de dezembro, no Hotel Glória, no Rio de Janeiro –RJ, e teve por objetivo refletir sobre os determinantes estruturais da conformação dos sistemas de saúde, com ênfase na montagem e dinâmica dos esquemas assistenciais coletivos voluntários, e acerca das tendências de desenvolvimento dos mercados no contexto de organização de blocos econômicos vis-à-vis os padrões de intervenção e regulação governamental. O evento contou com a presença de palestrantes internacionais, da OPAS, do BID e do Banco Mundial, bem como acadêmicos nacionais e internacionais e foi prestigiado pela presença de um público de mais de 160 pessoas;

(2) Vários técnicos da ANS já tiveram a oportunidade de participar de missões no exterior (EUA, Chile, México, Espanha) com os objetivos específicos de: a) identificar a disponibilidade e a atualização de fontes de informação; b) levantar material bibliográfico atualizado; c) identificar instituições públicas e privadas dos diversos países relevantes das Américas; d) avaliar as principais lacunas em informações. Foi realizada ainda uma missão à Espanha, em novembro de 2003, para permitir um melhor conhecimento das características do modelo espanhol de regulação e de elementos que poderiam ser incorporados ao caso brasileiro;

(3) No período compreendido entre 2000 e 2002, foram realizados 4 Ciclos de Oficinas internas, com apresentações de vários dos pesquisadores ou especialistas, para apresentação sobretudo dos diagnósticos contidos nos TORs de pesquisas desenvolvidos e temas conjunturais relevantes; ainda em 2003, foi organizado um extenso Fórum de Discussão do Setor de Saúde Suplementar (Portaria MS 581/2003) com a finalidade de discutir com os protagonistas do setor os temas ainda polêmicos, fazer um balanço do impacto da regulamentação 5 anos após a aprovação da Lei nº 9.656/98 e 3 anos após a criação da ANS, identificar os principais avanços e pontos críticos existentes e avaliar os cenários estratégicos do setor e sua integração com o Sistema Único de Saúde.

Quadro 16 – Quadro síntese de resultados do Componente C

Projeto			Ementa	Status
Nº Ref.	Exec.	Comp		
P03	02m	C	O desenvolvimento e a implantação de um programa de divulgação de orientações para as empresas negociarem a compra de planos de saúde coletivos oferecidos por operadoras.	CONCLUIDO Abril 2004 Projeto Realizado: PRODUTO PARCIAL

P41	xxx	C	Aumentar a capacitação técnica da ANS através da realização de um ciclo de seminários internacionais e de políticas de intercâmbio sobre regulação dos planos privados de saúde.	REALIZADO: dezembro de 2005 Projeto Realizado: PRODUTO COMPLETO E SATISFATÓRIO
EOP	11M	C	<i>Programa de orientação das operadoras frente às normas do setor de saúde suplementar no Brasil.</i> Série de seminários Nacionais com representantes de operadoras.	CONCLUÍDO: Junho 2005 Projeto Realizado: PRODUTO COMPLETO E SATISFATÓRIO

Quadro 17 – Síntese de avaliação do componente C

Componente C – Capacitação, Promoção e Divulgação
<p>Objetivos-Chave</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a capacitação técnica da ANS; • Realizar atividades de promoção e divulgação das funções da ANS entre os consumidores e Operadoras.
<p>Resumo: Tendo em vista a promoção de maior transparência no fluxo de informações entre usuários e empresas, bem como o entendimento e a aceitação do novo marco regulatório pela sociedade e agentes envolvidos, a ANS, desde o início de suas atividades, pautou-se na busca da transparência de seus atos e do diálogo com os atores do sistema de saúde suplementar. Buscou igualmente qualificar seus agentes internos, entendendo que uma regulação eficaz advém da qualificação técnica dos agentes promotores.</p> <p>O exercício da transparência nos atos da ANS baseou-se na utilização intensiva de cinco mecanismos: consultas públicas; encontros técnicos; reuniões com empresas; central de atendimento aos consumidores e às operadoras, e câmaras técnicas. Ademais, promoveu-se ampla divulgação de informações, sobre o mercado e as operadoras para o público em geral, principalmente por meio do sítio da ANS na Rede Mundial de Computadores – <i>Internet</i>, e através de campanhas de mídia de massa.</p> <p>Dentre os vários encontros promovidos pela ANS, nos últimos anos, destacam-se aqueles realizados no âmbito do convênio, em vários Estados brasileiros, abrangendo as Regiões Norte, Sul, Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste: dezesseis(16) seminários, no âmbito do <i>Projeto Parceiros da Cidadania</i>. O projeto esteve em 14 Estados (com público vindo de 21 Estados no total). Estiveram presentes aos seminários 1.335 pessoas ligadas a entidades de defesa do consumidor de 309 cidades brasileiras; onze (11) seminários, realizados no âmbito do <i>Programa de Orientação das Operadoras frente às Normas do Setor de Saúde Suplementar</i>, que esteve em 11 Estados do Brasil, e contou com a participação de 1.845 representantes de operadoras de todo o País; Cinco (5) encontros regionais com representantes de operadoras e prestadores de serviços de saúde para apresentação e discussão do <i>Projeto de Padronização da Troca de Informações em Saúde Suplementar – TISS</i>. A ANS mantém um programa de capacitação interna voltado para especialização técnica de seus servidores, já tendo patrocinado programas de MBA na área e várias missões técnicas ao exterior.</p> <p>O convênio produziu dez importantes Estudos/Pesquisas, que possibilitaram à ANS, e demais atores envolvidos, conhecer de forma mais precisa a sistemática de atuação deste mercado, que atuou por mais de três décadas sem regras ou qualquer inserção por parte do Estado, à exceção das seguradoras.</p> <p>Alguns já estão disponíveis no sítio da ANS na <i>Internet</i>, no link "Biblioteca", que disponibiliza para consulta, em Nov/2005, um total de 40 documentos sobre o setor de saúde suplementar no Brasil, entre Livros (editoriais da ANS), Trabalhos e Relatórios Técnicos, Artigos Científicos, Teses, Dissertações, Guia do Consumidor, e outros. O 4º título da série de livros "Saúde e Regulação", tem como base quatro estudos realizados no âmbito do convênio.</p> <p>A ANS já publicou três guias de orientação aos consumidores de planos privados de saúde (beneficiários). Dois guias, que tratam dos temas que mais afligem à população beneficiária, estão disponíveis no sítio da Agência na <i>Internet</i> e são distribuídos aos parceiros do <i>Projeto Parceiros da Cidadania</i> para distribuição aos beneficiários.</p>

<p>Na sua opinião, os resultados deste componente foram atingidos?</p> <p>Com exceção de um dos itens que foi efetivado parcialmente em função de análise posterior, os resultados foram atingidos plenamente.</p>
<p>Qual(ais) ação(ões) foi(ram) mais impactante(s)?</p> <p><i>Parceiros da Cidadania, Oficinas de orientação às operadoras.</i></p>
<p>Na sua visão, que lição, positiva ou negativa, podemos extrair da execução deste Componente?</p> <p>No Projeto <i>Parceiros da Cidadania</i>, avaliou-se que a ANS mostrou-se corajosa ao "sair do casulo" (sic) e relacionar-se com os órgãos de defesa do consumidor: apesar de alguns pontos divergentes, houveram muitos convergentes mas sempre buscou-se harmonia entre os atores. Por conta deste Projeto, a ANS obteve um aumento do espaço na mídia (TV, Rádio) em função da divulgação das oficinas nos jornais locais.</p> <p>Com relação às oficinas realizadas com as operadoras, tem-se que foi possível obter uma percepção mais específica de cada segmento do setor considerando seu porte, as características regionais das operadoras, a diversidade das "realidades". Avaliou-se também um aumento da visibilidade da ANS em relação a esse segmento do mercado e sua aceitação como marco legal. Concluiu-se que a "demanda ainda é maior que a oferta", pois as operadoras continuam demandando por esse canal de comunicação mais direto. Propõe-se que esse canal seja otimizado além de requerer-se por parte da ANS uma política de comunicação institucional mais forte, mais planejada, mais fluida (dado o congestionamento das vias de comunicação) requerendo também uma otimização do serviço de Ouvidoria. A ANS "deve ter ouvidos, cérebro e boca" efetivos (sic). Sugeriu-se uma maior proatividade em relação às intervenções bem como um tratamento mais qualificado das reclamações e dúvidas de forma a otimizar os recursos disponibilizados para as intervenções. Deve-se procurar reunir projetos de forma a atingir todos os segmentos do setor: os fóruns devem ser feitos de acordo com as modalidades do setor reunindo todos os atores (beneficiários/ consumidores; operadoras e prestadores) para tratar de questões bem específicas à modalidade.</p>

Projeto P03

O desenvolvimento e a implantação de um programa de divulgação de orientações para as empresas negociarem a compra de planos de saúde coletivos oferecidos por operadoras.

Finalizado no último semestre de 2004, o projeto que tinha como objetivo a elaboração de um Programa de Divulgação de Orientações para empresas negociarem a compra de planos de saúde coletivos, mostrou que, apesar de o marco regulatório não prever a normatização desta questão, uma vez serem as partes contratantes pessoas de direito jurídico próprio, com igual poder de defesa e negociação, o setor estaria bastante aberto a uma ação da ANS que desse incentivo à ampliação assistencial da saúde suplementar.

Como o Projeto P03 propõe o "desenvolvimento e a implantação de um programa de divulgação de orientações para as empresas negociarem a compra de planos de saúde coletivos...", percebemos que o estudo seria uma primeira ação do projeto, e ao não desenvolver a implantação de um programa como dito no seu enunciado, o mesmo foi realizado de forma parcial.

Conclusões do estudo realizado

1. A proposta, apesar de bem recebida, apresenta-se como um mistério para os entrevistados, especialmente na formatação e sequência das ações.

2. A necessidade é clara e o desejo de modernização das relações com os trabalhadores é percebida pelas médias e grandes empresas que parecem não querer ficar para trás e vislumbra-se uma consciência de que trabalhadores satisfeitos rendem mais, inclusive no relacionamento.
3. Mesmo assim, entre a maioria há dificuldade de visualizar, claramente, as possibilidades de ações cooperadas na área da saúde. A imagem dos planos de saúde não é das melhores e a busca de lucro, segundo os entrevistados, será um entrave nas negociações.
4. Pode parecer haver alguma indisposição por parte das pequenas e microempresas, mas a possibilidade maior é de que não tenham percebido os caminhos e nuances da proposta – sobre isto fica clara a necessidade de maior informação e até mesmo de uma formatação e clareza de conceitos para que elas possam se posicionar.
5. As médias e grandes percebem a importância e eficiência das ações cooperadas e não temem os custos. Sabem que estes custos vão ser menores e os benefícios muito maiores. Parecem estar mais avançadas nesta discussão e avaliação das necessidades.
6. A satisfação com os planos de saúde é relativa. Estão sempre sob atenção dos departamentos de RH, impõem suas regras e desagradam pela inflexibilidade.
7. A necessidade de uma agência reguladora é vista como essencial. Os entrevistados percebem que a complexidade será grande e questionam sobre qual seria esta agência reguladora.
8. E assim, a maioria pensa: ligada ao Governo, tudo bem, mas não deve ser o próprio Governo. Há um misto de confiança e desconfiança no Governo como gestor, mas ao mesmo tempo percebem que é mesmo nesta esfera que pode estar a "vigilância das normas".
9. Acabam por acatar a necessidade de um órgão que promova até mesmo o relacionamento entre as empresas, que discuta as normas e até o custo. De forma indireta acatam a ANS – embora desconheçam o caráter e a atuação da Agência até o momento.
10. Arrisca-se dizer que qualquer iniciativa de aglutinar estas empresas em torno de um projeto cooperado deveria iniciar-se pela "apresentação" da ANS:
 - Possibilitar o conhecimento de suas ações;
 - Demonstrar os objetivos da Agência;
 - Indicar o conteúdo da proposta de ação cooperada;
 - Apresentar-se como porta-voz;
 - Adquirir credibilidade junto à sociedade;
 - Credenciá-la como aglutinadora e impulsionadora de um fórum de discussão entre as empresas e planos de saúde.
11. As pequenas e microempresas, especialmente as microempresas, poderão constituir-se em um foco de dificuldades, já que seus problemas parecem mesmo reais, e deverão necessitar de um forte poder de argumentação para tornarem-se aliados. Com a pouca informação que colhemos até aqui, aparentemente, a argumentação será muito mais política do que racional/econômica.

Projeto P41

Capacitação Técnica, Promoção e Comunicação Social

A regulação das relações entre o público e o privado nos sistemas de saúde das Américas", foi promovido pela OPAS, Fundo Multilateral de Investimentos do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID/FUMIN e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com apoio da UFRJ e UNICAMP. O evento foi realizado nos dias 1º e 2 de dezembro de 2005, no Hotel Glória, no Rio de Janeiro - RJ, e teve por objetivo refletir sobre os determinantes estruturais da conformação dos sistemas de saúde, com ênfase na montagem e dinâmica dos esquemas assistenciais coletivos voluntários, e acerca das tendências de desenvolvimento dos mercados no contexto de organização de blocos econômicos vis-à-vis os padrões de intervenção e regulação governamental, e aconteceu nos dias subseqüentes. O evento contou com a presença de palestrantes internacionais da OPAS, do BID e do Banco Mundial, bem como acadêmicos nacionais e internacionais e foi prestigiado por um público de mais de 160 pessoas.

AVALIAÇÃO ISDP

(segundo indicadores do último ISDP de 29 de junho/2005)

Este resumo é elaborado tendo por referência o último "Informe de Seguimiento de Desempeño de Proyecto" (ISDP) elaborado em 24 de junho de 2005 e que traz as questões mais relevantes para uma avaliação da efetividade do *Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde*.

Quadro 18 - Progresso na Execução (PE) do Projeto

Componente / Produtos	Indicadores-Chave de Desempenho
Fortalecimento Institucional da ANS Avaliação: Resultado SATISFATÓRIO.	<p>As pesquisas encomendadas com objetivo de aumentar o grau de conhecimento da ANS sobre os modelos assistenciais e de gestão da saúde, através dos projetos "<i>Mecanismos de regulação dos prestadores de serviços adotados pelas OPS de planos de saúde no Brasil</i>"; "<i>Pesquisa sobre padrões de regulação utilizados por OPS de planos de saúde e prestadores de serviço</i>"; "<i>Estudo e desenvolvimento de modelo de garantias assistenciais</i>"; "<i>Pesquisa sobre diferentes modelos assistenciais existentes na área de saúde suplementar</i>", tiveram no geral resultados satisfatórios. Exceção para o Projeto P12a que apresentou produto parcial, mas avalia-se que isto não tem resultado em danos para a produção do conhecimento dessas questões, pelo fato de as outras pesquisas terem realizado uma boa cobertura do tema. Importa registrar que os resultados destas pesquisas foram plenamente incorporados pela ANS, tendo influenciado fortemente a elaboração do <i>Programa de Qualificação da Saúde Suplementar</i> que define as diretrizes básicas para intervenção estratégica da Agência no setor e um sistema de avaliação do mesmo. Há ainda a realização de dois seminários com técnicos da ANS sobre a pesquisa e publicação de um livro com seus resultados.</p> <p>Na mesma direção foi realizado o Projeto <i>Dimensionamento dos planos de saúde comercializados por hospitais filantrópicos: relações entre operação de planos de saúde e hospitais filantrópicos</i>, focando o estudo para as entidades filantrópicas. Esta pesquisa também trouxe importantes conclusões, sobretudo para compreensão da real dimensão deste segmento no âmbito geral da saúde suplementar.</p> <p>O Projeto <i>Criação do Sistema de Indicadores de Desempenho de planos e seguros de saúde</i> conseguiu elaborar indicadores de desempenho para os planos de saúde. Muitos deles estão listados no <i>Programa de Qualificação da Saúde Suplementar</i>, demonstrando que foi incorporado pela ANS.</p>

<p>Fortalecimento Institucional das EOP e das Instituições de Defesa do Consumidor.</p> <p>Avaliação: Resultado SATISFATÓRIO.</p>	<p>Os Projetos deste componente se apresentam como tendo sido realizados e de grande incorporação na atividade da ANS.</p> <p>O <i>Call Center</i> está em funcionamento desde julho de 2001 e foi responsável por 125.736 chamadas em 2004, experimentando uma curva ascendente de legitimação da ANS como órgão competente para o contato com a sociedade.</p> <p>Foi desenvolvido no âmbito do Projeto de implementação de padrão único de troca de informações entre operadoras e prestadoras de serviços de saúde o aplicativo para troca de informações na saúde suplementar, e serviu de dispositivo para padronização de informações.</p> <p>O Projeto <i>Inclusão da assistência farmacêutica em planos e programas de saúde suplementar</i> fez um estudo da presença de programas de benefício farmacêutico no Brasil, no cenário atual da saúde suplementar e concluiu esta análise, recomendando diretrizes para um Programa desse tipo no Brasil demonstrando inclusive a experiência internacional nessa questão.</p> <p>O Projeto <i>Incorporação Tecnológica pelas Empresas de Assistência Médica Suplementar</i> revelou a questão da incorporação tecnológica, o modo como isso está sendo discutido hoje no âmbito da saúde suplementar e concluiu com importantes sugestões para o trato desta questão.</p> <p>O Projeto <i>Estudo qualitativo das estratégias organizacionais das operadoras de plano de saúde ante à regulação</i>, através do Método Delphi, fez uma avaliação da saúde suplementar, oferecendo várias sugestões para a ANS.</p> <p>Já o <i>Projeto Parceiros da Cidadania</i> realizou 16 eventos em todo país, com a presença de 417 operadoras e 1.334 participantes, tornando-se um dispositivo importante para divulgação das questões da regulação da saúde suplementar.</p>
<p>Capacitação Técnica, Promoção e Divulgação.</p> <p>Avaliação: Resultado SATISFATÓRIO.</p>	<p>Neste componente, dois projetos foram avaliados. O primeiro trata do <i>Programa de Orientação das Operadoras</i> frente às normas do setor de saúde suplementar no Brasil. Série de seminários nacionais com representantes de operadoras. O total de operadoras inscritas, nos 11 eventos programados, foi de 1.032 operadoras, representando 48% de todo o mercado.</p> <p>Outro projeto tem por objetivo o desenvolvimento e a implantação de um programa de divulgação de orientações para as empresas negociarem a compra de planos de saúde coletivos oferecidos por operadoras. Este projeto foi cumprido parcialmente, pois desenvolveu um estudo sobre a questão, o que agregou conhecimento à agência para sua atividade, mas não desenvolveu o outro objetivo que é de implantar um programa de divulgação. Contudo, face aos eventos e todas as iniciativas da ANS para isso, valia-se que não houve prejuízo para sua atividade regulatória.</p>

Objetivos de Desenvolvimento (OD)

Objetivo de Desenvolvimento / Propósito	Indicadores-Chave de Desempenho	Resultado Observado
<p>Apoiar a implementação das bases técnicas e operativas da nova regulamentação de planos privados de saúde no Brasil.</p> <p>Resultado: SATISFATÓRIO.</p>	<p>De acordo com ISDP: ao final do programa, espera-se que 50% das empresas sendo o universo de 2.492 (ou o equivalente à 75% da pop. usuária) de planos de saúde deverão produzir e encaminhar informações à ANS de acordo com os instrumentos desenvolvidos pela presente cooperação técnica.</p>	<p>De acordo com o Relatório de Acompanhamento da Entrega do SIP¹, dados processados até 23/11/2004, referente ao 2º trimestre de 2004, um total de 63% das operadoras ativas encaminharam informações assistenciais, correspondendo a cerca de 90,5% do total de beneficiários (de um total de 38 milhões²). Ainda não foram divulgados dados de 2005.</p>
<p>Aumentar a competitividade e eficiência do mercado de planos privados de saúde, promovendo maior transparência no fluxo de informações entre usuários e empresas.</p> <p>Resultado: PROVÁVEL.</p> <p>Usando a categoria do ISDP para classificar esse objetivo, comparando a meta definida no mesmo e os resultados mensurados com a pesquisa de 2003/04.</p>	<p>De acordo com ISDP: ao final do programa o nível de conhecimento dos usuários sobre o mercado de planos privados e sua capacidade de eleição deverão ter aumentado. A assimetria de informação entre os usuários deverá baixar. O instrumento será a pesquisa de opinião, onde a inicial realizou-se em 2001, com periodicidade anual e avaliação final para o programa no término de 2005.</p>	<p>A pesquisa de 2003 revela que "talvez apenas 1% dos usuários procuraria a Agência para obter esclarecimento sobre seus direitos ou para apresentar reclamações sobre os planos de saúde", é um resultado parecido com o de 2001 e 2002. Quanto ao conhecimento da Agência, este permanece reduzido (13% dos usuários na pesquisa espontânea), embora tenha aumentado de 2001 (8%) para 2002 (13%) e 2003. Na pesquisa estimulada este percentual cresce para 14,72%, permanecendo em patamares muito baixos ainda.</p>

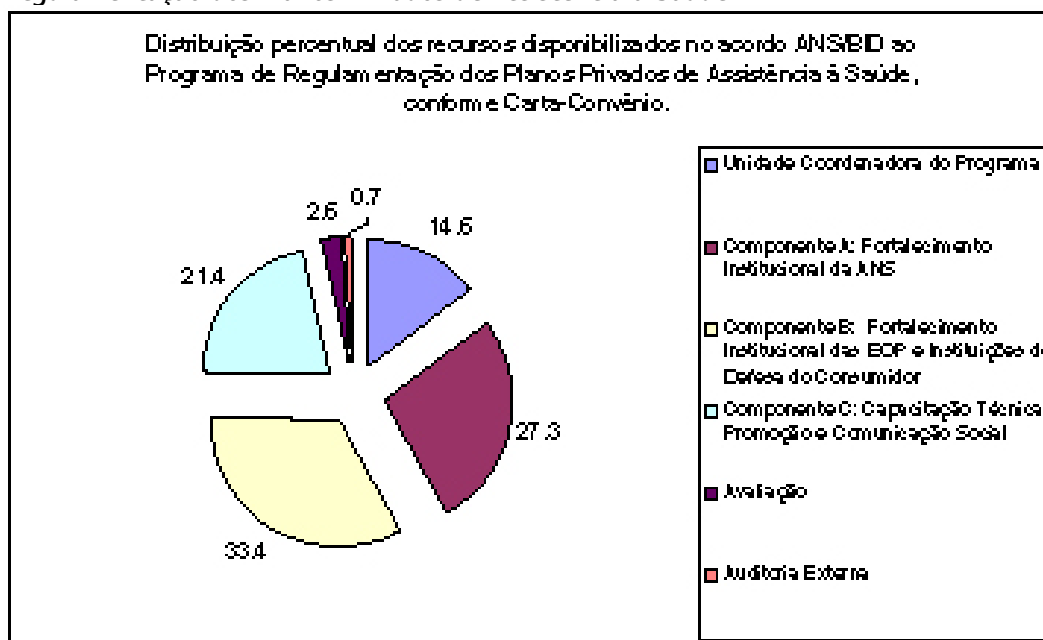
¹ Sistema de Acompanhamento de Produtos, conjunto de informações solicitadas às operadoras para alimentação do banco de dados dos planos de saúde comercializados que tem a finalidade de permitir o acompanhamento da prestação de serviços e a análise da situação econômica-financeira e atuarial desses produtos

² Cadastro de Beneficiários (SIB), Jun/2004

IV. EFICIÊNCIA

Preliminarmente, importa registrar que de acordo com a Carta-Convênio, o custo do programa foi estimado em US\$3.100.000 (três milhões e cem mil dólares norte-americanos), dos quais o equivalente a US\$1.550.000 (um milhão quinhentos e cinquenta mil dólares norte-americanos) correspondente à contribuição do Banco, sendo o restante correspondente à contrapartida, conforme a distribuição por fonte de financiamento e categoria de investimento, demonstradas no gráfico abaixo.

Figura 5 – Distribuição percentual dos recursos por componente do Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde



Os projetos começaram a se desenvolver em 2001, sendo que, no início, apenas com recursos da ANS, tendo em vista que havia um tempo entre a assinatura do contrato e a efetiva disponibilidade dos recursos para a operacionalização dos mesmos. O programa que antes estava previsto para encerrar suas atividades em maio de 2003 teve este prazo prorrogado por duas vezes, encerrando-se em maio de 2005.

Como o Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde sofreu atrasos no início de sua execução, a ANS desenvolveu com recursos próprios, já no início de suas atividades institucionais, no ano de 2000, várias ações do programa. Sendo assim, o Banco elegeu ações complementares, aprovadas em fevereiro de 2002 e consideradas importantes ao pleno atendimento dos objetivos do convênio firmado. A maior parte das contratações do programa foi efetivada no final do ano de 2003 com a conclusão dos processos licitatórios. Em março de 2004, o convênio já apresentava um alto grau de comprometimento dos recursos de contribuição do Banco e de contra-partida, tendo comprometido 100% dos seus recursos até a finalização do convênio no prazo estipulado, incluindo as prorrogações.

V. CONCLUSÕES

Importa nessas conclusões de avaliação do *Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde* – Convênio ATN/MT-6982-BR, verificar o quanto se acumulou para a ANS nesse processo, os problemas encontrados na execução do programa e, sobretudo, dar ênfase aos projetos mais relevantes e que apresentaram maiores impactos para a missão institucional da Agência.

Nota-se, em geral, que os últimos anos foram de grande avanço para a atividade da ANS e sua consolidação como ente regulador da saúde suplementar. Isso é o que se observa a partir do estudo em referência, que avaliou os projetos que a própria Agência se propôs a desenvolver, em convênio firmado com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) conforme descrito acima. Ao mesmo tempo, a avaliação focalizou a própria ANS e sua capacidade operativa, seu desenvolvimento e o acúmulo que obteve no processo de implementação do programa.

Pode-se observar um grande esforço da ANS realizado no período para concluir os projetos relacionados neste estudo e ela conseguiu realizar seu objetivo, pois a quase totalidade dos mesmos foi desenvolvida com pleno sucesso, representando um impacto importante na acumulação de conhecimento sobre o tema. Dos projetos que foram colocados sob avaliação, apenas dois cumpriram parcialmente o seu produto e, até certo ponto, isso foi justificado.

Pela avaliação aqui desenvolvida, pode-se dizer que a experiência deste programa foi extremamente positiva, pois contribuiu de forma muito importante para uma maior instrumentalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar e sobretudo contribuiu para consolidá-la como órgão de regulação do setor.

Principais projetos desenvolvidos e sua natureza estratégica para as atividades da ANS

Dentre as atividades desenvolvidas, merecem destaque pela sua amplitude e impacto na atividade regulatória e de fortalecimento da Agência, os seguintes projetos:

1) 0800

Na avaliação do *Call Center*, ficou claro que a Agência hoje é muito mais conhecida e sobretudo está adquirindo uma legitimidade social que faz com que ela seja cada vez mais procurada pelos beneficiários para resolver ou esclarecer questões relacionadas à saúde suplementar. Analisando a curva de chamadas referentes a "denúncias", observa-se uma clara tendência à sua redução, o que pode significar estar havendo uma melhora na relação entre operadoras e beneficiários.

O *Call Center* é também extremamente importante para as operadoras que utilizam esse serviço para resolver dúvidas sobre a regulação e obter orientações em suas

atividades cotidianas. Supõe-se que, para as pequenas operadoras, esse serviço seja ainda mais importante, pois estas não dispõem dos recursos e facilidades de uma grande operadora.

Há um aumento significativo de chamadas para o *Call Center*, demonstrando que a Agência se legitima cada vez mais perante a população em geral e, em especial, perante os beneficiários da saúde suplementar.

2) Projeto *Mecanismos de regulação dos prestadores de serviços adotados pelas operadoras de planos de saúde no Brasil* e o Projeto *Estudo e desenvolvimento de modelo de garantias assistenciais*

Estes dois projetos tiveram um grande impacto na formação do conhecimento na área da saúde suplementar, considerando-se os seguintes aspectos: i) os temas foram pesquisados a partir de novos referenciais teóricos, utilizando categorias analíticas até então não aplicadas ao estudo da saúde suplementar; ii) a inovação quanto ao recorte teórico dessas pesquisas inaugurou outra formação epistemológica para o trabalho em saúde suplementar, ampliando o leque de abordagens da área; iii) em que pese haver muitos trabalhos em gestão da saúde suplementar, verifica-se que os antecedentes estão muito centrados nas questões econômicas e financeiras, em detrimento de abordagens mais voltadas à gestão, enquanto objeto que pertence aos humanos e com eles interage, isto é, pesquisar a gestão é sobretudo pesquisar a ação dos sujeitos da e na saúde suplementar; iv) a abordagem da microrregulação trouxe um referencial novo e importante para análise da gestão e sobretudo mais potente para verificar as determinações sobre a ação cotidiana dos trabalhadores da saúde; v) por sua vez, os modelos tecnoassistenciais na área de saúde suplementar carecem de estudos, não há abordagens amplas e profundas do tema em questão; vi) estas pesquisas trouxeram à tona a relevância de se estudar os modos de produção da saúde, com foco sobre os processos de trabalho; vii) a questão dos modelos tecnoassistenciais traz ainda a análise sobre a micropolítica de organização do trabalho, procurando focar o conhecimento naquilo que é realmente determinante da formação do modo como se produz o cuidado na saúde suplementar; viii) por fim, é importante salientar o importante acúmulo de conhecimento produzido com essas duas pesquisas, em áreas absolutamente fundamentais para a saúde suplementar.

Visando divulgar resultados e publicizar ao máximo o conhecimento obtido, foi publicado um livro contendo os resultados das duas pesquisas, intitulado *Duas Faces da Mesma Moeda: modelos assistenciais e microrregulação na saúde suplementar*.

É importante salientar que, a partir destes projetos e de outros que foram desenvolvidos no âmbito do programa, a ANS formulou o *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar* que trabalha o desenvolvimento do setor considerando a centralidade da assistência à saúde e sua prevalência sobre as outras questões, define um sistema de indução das operadoras para a inclusão de novas práticas de cuidado no seu rol de produtos e formula um elenco de indicadores para monitorar o projeto. Sem dúvida, esse é um dos principais e mais relevantes produtos derivados do programa que está sendo avaliado.

3) EOP

Da mesma forma, o comparecimento de grande parte das operadoras, de todas as regiões do País, aos seminários promovidos pela ANS no âmbito deste convênio, demonstra que a Agência tornou-se referência incontestável do setor, obtendo uma resposta positiva ao seu chamado. É uma resposta satisfatória se considerarmos a dimensão do território nacional e a dispersão das empresas de saúde suplementar, uma grande parte delas localizada em nível regional e com dificuldades de interagir com a ANS. Este contato trouxe às operadoras um grande conhecimento da regulação e do processo regulatório, bem como firmou a ANS como a grande referência na área.

4) TISS

O novo Padrão de *Troca de Informações em Saúde Suplementar* (TISS) representa um avanço tão extraordinário para o sistema de informações e para toda a atividade regulatória, que nos parece fugir à percepção o grau de impacto que isso pode ter para o futuro da ANS e sua missão institucional. Conseguiu-se algo inédito na área e sobretudo algo que é desejado por toda grande organização, algo só possível de conseguir a partir de grandes pactos institucionais, e verifica-se hoje que isso se viabilizou a partir do *Programa de Regulamentação dos Planos Privados de Saúde no Brasil*, no acordo firmado com o BID. Sabe-se que a padronização dos sistemas de informações das operadoras é algo mais do que extraordinário, é condição *sine qua non* para a atividade regulatória e a interação entre as empresas da saúde suplementar. A informação é o principal insumo de tudo o que a ANS faz para regular e qualificar a saúde suplementar, bem como é uma necessidade premente das operadoras a comunicação entre si. Neste aspecto os objetivos foram plenamente alcançados, com louvor.

Vale ressaltar a grande repercussão na área de informática e de estudos de sistemas e informações em saúde, que o aplicativo TISS encontrou, tendo sido objeto de discussão em vários congressos, inclusive eventos internacionais, e de publicações em revistas técnico-científicas, servindo de modelo de trabalho na área.

5) Incorporação Tecnológica

A relevância desse projeto advém, não especialmente pelos resultados da pesquisa, mas sobretudo pela importância que tem o problema colocado e por se tratar de tema "explosivo" para os diversos atores da saúde suplementar, principalmente se considerarmos as relações entre fornecedores e operadoras e entre estas e os beneficiários da saúde suplementar muitas vezes intermediadas pelo Poder Judiciário. O estudo sobre a incorporação tecnológica na saúde suplementar trouxe à tona o problema, revelou o grau de complexidade do mesmo, enfim, possibilitou um acúmulo de conhecimentos para que a Agência possa enfrentá-lo no próximo período. O projeto desenvolvido pela Fundação Getúlio Vargas, ao final do qual foram apresentadas várias propostas para enfrentamento da questão, apontou caminhos que servem como subsídios para ações futuras da Agência. Estando o estado da arte sobre o tema em patamares incipientes no Brasil, o estudo traz boas contribuições para a questão.

É sabido que o tema da incorporação tecnológica tem relevância devido ao aumento de custos que costuma trazer para as operadoras, mas isso nem sempre significa que tenham sido agregados benefícios, junto com o valor dos instrumentos e produtos novos. Para a pressão dos fornecedores corroboram os beneficiários que acreditam que a alta tecnologia está associada à qualidade assistencial, mesmo que isso seja uma falsa idéia, pois nem sempre é assim. Mas, no fundamental, importa registrar que as operadoras se sentem pressionadas dos dois lados, pelos prestadores e pelos beneficiários.

O que se deve fazer é buscar inverter a discussão de incorporação tecnológica para um tipo de debate que caracteriza "o que é tecnologia?", e busca a partir daí discutir a possibilidade de um processo de inversão das tecnologias usuais de produção do cuidado, em um processo o qual denominamos de transição tecnológica da saúde. Para dissociar tecnologia de altos custos, é necessário discutir as tecnologias sob a ótica do processo de trabalho e sobretudo o trabalho vivo, capaz de operar a produção do cuidado com tecnologias mais relacionais, o que reduz o custo da assistência e torna sua ação mais eficaz. Assim, é possível fazer o movimento contrário, ou seja, associar tecnologia com cuidado, eficácia e baixo custo.

Essa pesquisa, portanto, precisa continuar, pois é como se este primeiro esforço resultasse em grande acúmulo de conhecimento na área e especialmente tivesse o mérito de pautar este debate, mas até agora isso foi insuficiente para encontrar saídas para a questão. Assim, recomenda-se que o estudo tenha continuidade, buscando outros referenciais teóricos de análise.

Citamos nestas conclusões os principais projetos concluídos, mas é importante registrar que todos têm um impacto importante para a saúde suplementar e a atividade regulatória da ANS e conseguiram demonstrar isso.

É possível concluir que o *Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde* trouxe à ANS um aporte de recursos financeiros e materiais que viabilizou políticas conduzidas a partir dos projetos elaborados e pactuados para o seu desenvolvimento.

Podemos incluir, ainda no âmbito dos recursos materiais, aqueles que são de natureza organizacional, como, por exemplo, os de informação (que têm uma grande interface com os recursos cognitivos); os recursos reunidos em torno do *Call Center* e do *Projeto de Padronização das Informações – TISS*.

O conhecimento adquirido foi, sem dúvida, o grande benefício do programa, pois os investimentos em pesquisa trouxeram à ANS e ao seu corpo de gestores e técnicos um acúmulo de conhecimento extraordinário, tendo inclusive produzido conhecimentos novos nas áreas de gestão e modelo assistencial, representando um avanço importante em algumas áreas.

Setores do mercado de saúde suplementar até então pouco conhecidos nos seus meandros, tais como as filantrópicas, vieram à tona e se revelaram nesse processo. Temas absolutamente controversos, como a incorporação de novas tecnologias, foram aqui tratados, subsidiando a ANS com conhecimentos para intervir no processo com a necessária competência.

Todos os recursos de informações e tecnologias de informática são ao mesmo tempo recursos materiais acumulados e recursos cognitivos.

Mas, sem dúvida, o conhecimento acumulado ao longo da execução do programa é extremamente positivo e serve de exemplo para outras experiências do tipo.

Chegar ao fim desse programa, com sucesso absoluto na quase totalidade das metas previstas é um indicador de que houve adesão do governo e de outros atores sociais e políticos, em torno do projeto defendido pela ANS, pois a execução desses projetos só seria mesmo possível se contasse com alto grau de apoio dos gestores e técnicos da Agência, bem como do seu corpo funcional como um todo.

Conclui-se dessa forma que o programa elevou a governabilidade da Agência para condução da sua missão institucional, qual seja, a de produzir a regulação da saúde suplementar no Brasil, pois a ANS passou a controlar mais recursos do que controlava anteriormente, elevando assim sua capacidade de intervir sobre a realidade que se coloca para o setor.

Fatores externos que interferiram no encaminhamento do *Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde*

Fatores Positivos

O que se pôde observar, no período de execução do programa, é que a Agência Nacional de Saúde Suplementar contou com uma boa interlocução junto ao Ministério da Saúde e ao Governo Federal, sendo este um fator decisivo para o sucesso dos projetos desenvolvidos no âmbito do programa. Este apoio do governo federal deu à ANS grande governabilidade e capacidade de ação. Verificou-se que a atividade de regulação da saúde suplementar não é um objetivo restrito à Agência, mas que foi encampado pelo governo como um todo. Foi muito positivo o fato de haver recursos financeiros disponíveis, provenientes do acordo com o BID/FUMIN, mas também recursos próprios que possibilitaram dar início às ações do programa, mesmo antes do primeiro desembolso realizado pelo Banco.

Outro fator positivo foi a adesão do mercado aos projetos encaminhados no âmbito do programa, entendendo que é necessário aprimorar a atividade regulatória e tendo como objetivo uma construção, na medida do possível conjunta, deste processo. Sendo assim, consideramos como importante a contribuição das operadoras, tanto disponibilizando dados e informações das suas empresas para os pesquisadores, como, por exemplo, na execução dos projetos que tinham a pesquisa como sua principal atividade, quanto comparecendo a eventos que foram programados para divulgação e orientações do processo regulatório em curso. Sem essa adesão, com certeza as dificuldades seriam muito grandes. Essa adesão pode ser vista também em projetos que tinham como objetivo utilizar os sistemas de informações da ANS.

É positiva também a permanente vigilância que a sociedade brasileira tem sobre a questão da saúde suplementar, tema abordado freqüentemente pela mídia nacional. Essa atenção manifesta na sociedade traz um ambiente favorável à regulação do setor e sobretudo ao desenvolvimento de projetos como esses que foram desenvolvidos no contexto do programa, pois se verifica que há um apoio público às iniciativas da ANS. Isso coloca em cena um ator fundamental no processo, que é o beneficiário, deixando o mesmo de ser um segmento

silencioso para se manifestar de diversas formas tensionando o ambiente o que o torna por outro lado propício a mudanças, favorecendo um cenário bem produtivo para a atividade regulatória e o desenvolvimento dos projetos.

Fatores Negativos

Quanto aos fatores negativos que tenham dificultado o desenvolvimento dos projetos, pode-se perceber em primeiro lugar o desconhecimento da saúde suplementar, no que diz respeito aos seus mecanismos de funcionamento, microrregulação, formas de produção da saúde e mecânica de acumulação. A isso chamariamos não necessariamente de fator negativo, mas intercorrência pela jovialidade que tem o processo de regulação e portanto esse objeto, a saúde suplementar, está sendo observado, estudado e capturado agora, nesse processo. Mas esse desconhecimento fez com que alguns projetos tivessem dificuldades de se viabilizarem, ou mesmo, foram pensados projetos que não se viabilizaram, dando a entender que os mesmos não cabiam no cenário atual da saúde suplementar, como por exemplo o projeto *"Desenvolvimento e implantação de um programa de divulgação de orientações para as empresas negociarem a compra de planos de saúde"*.

Não foi possível perceber fatores negativos por parte do governo ou mesmo do mercado que tenham dificultado as ações dos projetos executados no âmbito do *Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde*, ficando esse fator negativo concentrado mesmo no desconhecimento do objeto, o que muda drasticamente ao final do programa, pois verifica-se que as ações da ANS decorrentes do mesmo fazem ver que houve um acúmulo importantíssimo de conhecimento e domínio sobre o objeto "a saúde suplementar", aumentando a governabilidade do processo de regulação e a capacidade de implementar medidas nesse sentido.

Sugestões para a Agência Nacional de Saúde Suplementar, diante do impacto do *Programa de Regulação dos Planos Privados de Assistência à Saúde*

A ANS aponta de forma inteligente para o *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar* como um programa estratégico que reúne em torno de si vários objetivos, mas que estão centrados na idéia geral de mudar o foco da regulação, dando maior atenção à "qualidade da atenção à saúde", junto com as tradicionais áreas de intervenção: "qualidade econômico-financeira, qualidade da estrutura e operação" e sobretudo, a "satisfação dos beneficiários".

Para isto, a ação regulatória deverá servir de dispositivo, no sentido de provocar o desenvolvimento de processos estruturais de reorganização da assistência à saúde, ofertada pelas operadoras. Notadamente, a inversão das tecnologias de cuidado, em um processo onde seja possível privilegiar as tecnologias mais leves, deixando para o limite da necessidade o uso de tecnologias que se expressam na maquinaria e instrumental, em especial, as de média e alta complexidade, é um pressuposto para se criar um processo de mudança na área. Um processo como esse não impacta apenas o processo assistencial, mas sobretudo e por consequência óbvia, o fator econômico e financeiro é diretamente afetado, quando por exemplo os médicos fazem a opção por projetos terapêuticos que envolvem tecnologias de

cuidados tais como as ações de promoção à saúde, estratégias de auto-cuidado e conseguem lidar com a subjetividade dos beneficiários na sua relação terapêutica.

No entanto, mudanças estruturais como essas requerem um esforço grande na construção da "transição tecnológica" para o setor, algo que pode parecer distante, dada a consolidação da idéia formada nos serviços de saúde, e em especial no pensamento médico, que associa a qualidade do cuidado ao uso maciço de tecnologias de alto custo. Mas, mesmo que pareça algo utópico, sua necessidade está colocada, dada a dificuldade de financiamento que parte significativa do segmento tem argumentado atualmente e diga-se de passagem, vale registrar que o atual modelo, centrado em procedimentos, encontra-se sob crítica há muito tempo, desde que o financiamento à saúde sofreu seus primeiros abalos com a crise recessiva mundial dos anos 70 do século passado.

O *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar* é uma aposta que a ANS faz em um rumo certo e sabidamente inteligente e eficaz. Trata-se de construir o suporte político, organizacional e técnico para implementá-lo, o que sem dúvida colocará a regulação da saúde suplementar em patamares avançados.

Outra questão importante vem sendo articulada no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar e por iniciativa da mesma, trata-se do Centro de Colaboradores da ANS. Uma iniciativa que congrega centros universitários de todo país, em atividades voltadas aos interesses da ANS, em ampliar a capacidade de regulação e intervenção sobre o campo da saúde suplementar em geral.

Os centros colaboradores formam assim uma rede colaborativa, altamente comprometida com a atividade da ANS e passa a contribuir com ensino, pesquisa e projetos que possam beneficiar a qualificação da saúde suplementar.

Rio de Janeiro, 14 de fevereiro de 2005.