

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

SIMONE SANCHES FREIRE

**ANÁLISE DESCRITIVA DO PAPEL DA NOTIFICAÇÃO PRELIMINAR DE
INTERMEDIÇÃO (NIP) COMO INSUMO REGULATÓRIO DO SETOR DE
SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO**

SÃO PAULO
2021

SIMONE SANCHES FREIRE

**ANÁLISE DESCRITIVA DO PAPEL DA NOTIFICAÇÃO PRELIMINAR DE
INTERMEDIÇÃO (NIP) COMO INSUMO REGULATÓRIO DO SETOR DE
SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO**

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Área de concentração: Saúde

Orientador: Prof. Dr. Adriano Massuda

SÃO PAULO
2021

Freire, Simone Sanches.

Análise descritiva do papel da Notificação Preliminar de Intermediação (NIP) como insumo regulatório do setor de saúde suplementar brasileiro / Simone Sanches Freire. - 2021.

72 f.

Orientador: Adriano Massuda.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Saúde pública - Brasil. 2. Saúde suplementar. 3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 4. Seguro-saúde - Legislação. I. Massuda, Adriano. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getúlio Vargas. IV. Título.

CDU 614.2(81)

SIMONE SANCHES FREIRE

ANÁLISE DESCRITIVA DO PAPEL DA NOTIFICAÇÃO PRELIMINAR DE
INTERMEDIÇÃO (NIP) COMO INSUMO REGULATÓRIO DO SETOR DE SAÚDE
SUPLEMENTAR BRASILEIRO

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Área de concentração: Saúde

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr. Adriano Massuda
FGV – EAESP (orientador)

Prof. Dra. Ana Maria Malik
FGV – EAESP

Prof. Dr. José Luiz Toro da Silva
(Prof. Convidado EPD e Univ. Coimbra)

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Conceição, motivo de tudo na minha vida, sempre. Ao meu saudoso pai, José Augusto, por ter ensinado o gosto da leitura desde muito cedo. Aos meus irmãos, à cunhada, ao cunhado e à sobrinha, Bill, Renato, Larissa, Marcus e Sofia, pelas noites de abrigo para assistir aula do mestrado cedinho no dia seguinte. Pela força contínua e por fazerem minha vida melhor todos os dias.

À minha filha, Catarina, um presente de Deus na minha vida, por ter esperado pacientemente a mãe terminar tudo.

Ao meu marido, Flávio, pela paciência, dedicação e amor.

Ao meu orientador, Professor Doutor Adriano Massuda, que me apoiou, incentivou, encorajou e ajudou em todas as etapas.

Aos meus professores do MPGC, que, com suas aulas, despertavam e mantinham firme nossa vontade de continuar, apesar do cansaço.

Aos meus colegas do MPGC, por todos os momentos de trocas profissionais e pessoais. Um agradecimento a parte para os membros da Confraria, amigos que tive a honra de fazer e manter, cujas mensagens eu aguardo ansiosa todos os dias, embora não responda a quase nenhuma delas.

Aos estimados profissionais da ANS, cujo auxílio foi importante em tudo que resultou na elaboração deste trabalho: Marcos, Cynthia, Daniel e Mariana, de Pernambuco; Flávia, Flávia Helena, Carla, Bruno, Rafael, Érica, Michelle, Daniele, Marcus, Gustavo e Lalucha. Um agradecimento especial ao Frederico e Márcio, pelos muitos e muitos e-mails sempre respondidos com prontidão e exatidão.

À querida Professora Doutora Ana Malik, a quem também dedico este trabalho, que foi essencial em minha trajetória acadêmica.

RESUMO

Coexistindo com um sistema de saúde pública e universal, a saúde suplementar brasileira é fortemente regulada pelo Estado, por meio da atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A Agência Reguladora possui competência instituída em lei para editar normas sobre o setor e o funcionamento dele, além de exigir o cumprimento delas mediante o exercício de seu poder de polícia. No cumprimento de sua atribuição fiscalizatória, a ANS implementou uma ferramenta denominada Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), com o objetivo de ver solucionados eventuais conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde. Contudo, a NIP contém dados valiosos, que permitem sua utilização também como base para a tomada de importantes decisões, como a suspensão do direito de comercialização de produtos. Nessa pesquisa, foi realizada uma análise descritiva da NIP, o que buscou o contexto de sua criação, a análise de seus fluxos e os resultados já alcançados. Como resultados, este estudo mostra que as informações agregadas pela NIP permitem seu uso como insumo regulatório, em programas e ações da ANS que atingem não somente o universo de usuários, mas toda a sociedade; a NIP da ANS concentra a maioria das reclamações de beneficiários de planos de saúde no Brasil, fora da estrutura do Poder Judiciário; o principal objeto de queixas dos consumidores se relaciona com questões assistenciais e de acesso; e a NIP tem potencial para embasar outras ações regulatórias, bem como auxiliar no gerenciamento do relacionamento das operadoras de planos de saúde com seus clientes.

Palavras-chave: Sistemas de saúde. Saúde suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Notificação de Intermediação Preliminar.

ABSTRACT

Coexisting with a public and universal health system, Brazilian supplementary health is strongly regulated by the State, through the action of the National Supplementary Health Agency (ANS initials in Portuguese). The regulatory agency has the power established by law to issue rules on the sector and its functioning, in addition to demanding compliance with them through the exercise of its police power. In compliance with its inspection obligation, ANS implemented a tool called Notification of Preliminary Intermediation (NIP), with the objective of promote solutions among consumers and health plan companies. However, the NIP contains valuable data, which allows its use also as a basis for making important decisions, such as suspending the right to commercialize products. In this research, a descriptive analysis of the NIP was carried out, seeking the context of its creation, the analysis of its flows and the results already achieved. As a result, this study shows that the information aggregated by NIP allows its use as a regulatory input, in ANS programs and actions that reach not only the universe of users, but the entire society; that the ANS NIP concentrates most of the claims of beneficiaries of health plans in Brazil, outside the structure of the Judiciary; that the main object of consumer complaints is related to assistance and access issues; and that NIP has the potential to support other regulatory actions, as well as assist in the relationship management of health plan operators with their customers.

Keywords: Health systems. Supplementary health. National Supplementary Health Agency. Notice of Preliminary Intermediation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Atribuições regimentais	24
Figura 2 – Fluxo geral da NIP	35 <u>5</u>
Figura 3 – Fluxo Assistencial e Não Assistencial da NIP	36 <u>6</u>
Figura 4 – Fluxograma da classificação residual	38 <u>8</u>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tempo Médio de Tramitação Processual em Primeira Instância – Até quando se esgota a competência da DIFIS	31
Tabela 2 – Reclamações de 2014 a 2019	Erro! Indicador não definido. 2
Tabela 3 – Evolução de demandas NIPs por natureza – 2018 e 2019	42 2
Tabela 4 – Beneficiários por modalidade, de 2014 a 2019	43 3
Tabela 5 – Reclamações por Modalidade, de 2014 a 2019	Erro! Indicador não definido. 3
Tabela 6 – Reclamações por Natureza, de 2014 a 2019.....	Erro! Indicador não definido. 4
Tabela 7 – Reclamações por Natureza e Ano, de 2014 a 2019	44 4
Tabela 8 – Reclamações por modalidade, de 2014 a 2019	45
Tabela 9 – Taxa (Reclamações/Beneficiários), por modalidade, de 2014 a 2019	45 5
Tabela 10 – Beneficiários por estado, de 2014 a 2019.....	46 6
Tabela 11 – Reclamações por UF, de 2014 a 2019	47 7
Tabela 12 – Reclamações por mês, de 2014 a 2019.....	48 8
Tabela 13 – Reclamações por Tema e Subtema, de 2014 a 2019	49 9
Tabela 14 – Reclamações por Tema e Subtema, de 2014 a 2019.....	50
Tabela 15 – Reclamações por Tema, de 2014 a 2019	Erro! Indicador não definido. 1

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Subtemas por ano.....	52
Quadro 2 – Ciclos de divulgação de 2016 a 2020	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	12
3 REVISÃO TEÓRICA	13
3.1 CARACTERÍSTICAS DO SETOR DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	13
3.2 CARACTERÍSTICAS DA REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL	18
4 METODOLOGIA.....	26
5 RESULTADOS E ANÁLISES	27
5.1 ANÁLISE DO HISTÓRICO DE IMPLANTAÇÃO DA NIP PELA ANS.....	27
5.1.1 Contexto de criação e implantação da NIP: fatores motivadores e objetivos pretendidos.....	27
5.1.2 A implantação da NIP: do projeto piloto à regulamentação nacional	28
5.1.3 A NIP como base para início do processo sancionador	30
5.2 ANÁLISE DO FLUXO DE PROCESSAMENTO DA NIP	33
5.2.1 Registro dos problemas pelos beneficiários	33
5.2.2 Classificação e encaminhamento dos problemas.....	34
5.2.3 Análise de temas e subtemas da NIP	39
5.3 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELA NIP	41
5.3.1 Reclamações dos usuários.....	41
5.3.2 Volume.....	41
5.3.3 Por modalidades de operadoras e por natureza	43
5.3.4 Por região	45
5.3.5 Por período do ano	47
5.3.6 Por tipo de queixa	48
5.4 RESULTADOS ALCANÇADOS PELA NIP NA REGULAÇÃO DO SETOR	54
5.4.1 Insumo fiscalizatório e resolutividade da NIP	54
5.4.2 A NIP como base do programa de monitoramento da garantia de atendimento	57
5.4.3 O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar	60
5.4.4 O Índice Geral de Reclamações	61
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	67

1 INTRODUÇÃO

Denominado pela Constituição Federal de 1988 como complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), o setor privado de saúde abrange um conjunto amplo e variado de serviços assistenciais à saúde e seguros voluntários no Brasil. Ao longo das últimas três décadas, o setor privado de saúde cresceu de maneira substantiva e expandiu cobertura de planos de saúde, bem como ampliou e diversificou a oferta de serviços de saúde. Esse crescimento ocorreu em paralelo à implantação do SUS, que é um sistema público, fundamentado em princípios de universalidade, integralidade e participação social. Atualmente, o setor de planos privados de saúde, que concentra 29,2% dos gastos em saúde no país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020), garante cobertura a pouco mais de 47 milhões de pessoas por planos médico-hospitalares e a 27 milhões pessoas por planos odontológicos, ofertados por 709 operadoras médico-hospitalares e 256 operadoras odontológicas. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020).

Com essa configuração de sistema de saúde, o Brasil é um caso singular no mundo. A ampliação da cobertura populacional à saúde ocorreu por meio da configuração de um robusto subsistema público universal de saúde, em paralelo a um importante subsistema de seguros privados (MASSUDA *et al.*, 2020). Essa característica deveria requerer o estabelecimento de regras, estruturas de governança e mecanismos administrativos para coordenar a alocação de recursos e a organização assistencial entre os subsistemas. Entretanto, apesar da insuficiência de políticas e de instrumentos de gestão para promover maior articulação entre os subsistemas público e privado, importantes avanços foram implementados na regulação do funcionamento do setor de planos de saúde a partir do final dos anos 1990 (SANTOS *et al.*, 2008).

Desenvolvido inicialmente num espaço livre de regras específicas, o mercado de planos privados de saúde no Brasil teve sua realidade alterada a partir da edição do Código de Defesa do Consumidor, a Lei nº 8.078, publicada em 1990. A partir daquele momento, usuários de planos de saúde passaram a questionar de forma mais recorrente restrições que lhes eram impostas pelos contratos de seguradoras de saúde. Entretanto, devido às especificidades da saúde, foi necessário aprovar uma legislação específica para o setor. Dessa maneira, o movimento de defesa dos interesses dos consumidores culminou com a edição da Lei dos Planos de Saúde, a Lei nº 9.656, publicada no ano de 1998. (SILVA, 2017)..

Foram expressivas as alterações promovidas pela Lei dos Planos de Saúde na relação entre usuários e empresas de seguro saúde. Antes dela, o contrato era o instrumento máximo para diminuir os conflitos e inexistiam regras sobre o funcionamento das empresas. A partir

da vigência da Lei nº 9.656, novas obrigações foram estabelecidas, numa tutela que abrange nascimento, vida e morte de uma operadora de plano de saúde. A Lei também estabeleceu barreiras de entrada, exigências de capital mínimo e provisões econômico-financeiras. Além disso, proibiu medidas restritivas adotadas por operadoras de planos de saúde, como a limitação de dias de internação, a rescisão unilateral do contrato, a contagem excessiva de carências e a fragmentação na assistência.

Para garantir o cumprimento das regras estabelecidas pela Lei nº 9.656 e resguardar o interesse público num mercado de relevância social, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Fundada no ano 2000 pela Lei nº 9.961, a ANS é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde. A Agência possui 42 competências listadas em Lei, dentre elas, a de elaborar o rol mínimo de coberturas, fixar critérios para o credenciamento e o desc credenciamento de prestadores de saúde, autorizar reajustes e fiscalizar as atividades das operadoras de planos de saúde seguindo as diretrizes definidas pela Lei dos Planos de Saúde.

Em sua organização administrativa, a ANS conta com 5 diretorias, cujos titulares são indicados pelo Presidente da República para o exercício de mandatos fixo. Essa medida visa garantir autonomia técnica para as decisões da Agência. Dentre as diretorias, a de Fiscalização é a responsável por dar efetividade às competências legais atinentes ao papel fiscalizatório da instituição, e exerce o poder de polícia previsto em lei para coibir a prática infracional e, ao mesmo tempo, aplicar penalidades em caso de descumprimento das normas legais. (ANS, 2020).

Com o objetivo de auxiliar o exercício de suas atribuições de fiscalização, foi criada uma ferramenta de intermediação extrajudicial para resolução de conflitos entre beneficiários de planos de saúde e operadoras, chamada de Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). Em razão da relevância das informações que agrega, a NIP não funciona somente para intermediar as demandas recebidas de beneficiários, como quando foi originalmente formulada, mas também passou a deflagrar o início do processo administrativo sancionador exercício do poder de polícia da Agência Reguladora. Além disso, pela potência do instrumento, a NIP também tem sido utilizada como insumo para subsidiar programas e políticas regulatórias, o que alcança o universo total de beneficiários de planos de saúde no país. Entretanto, esse potencial tem sido ainda muito pouco estudado.

Neste estudo, são apresentados os resultados de uma pesquisa exploratória que buscou descrever e analisar o uso da NIP como insumo regulatório do setor de saúde suplementar brasileiro. Para isso, combinou-se análise de dados qualitativos a partir de revisão bibliográfica, documental da ANS sobre a NIP e registros pessoais da própria pesquisadora,

com a análise de dados quantitativos fornecidos pela NIP sobre as reclamações de beneficiários no período de 2014 a 2019. Para análise do material, buscou-se identificar quais fatores motivaram a criação da NIP e quais eram seus objetivos, como o modo de processamento da NIP e as informações fornecidas podem auxiliar a identificar problemas do setor e serem utilizadas para a sua regulação e quais foram os resultados alcançados pelo uso da NIP no período de estudo abrangido por este estudo. Ao final, a partir dos achados encontrados na pesquisa, são apresentadas recomendações para melhor uso da NIP pela ANS como insumo regulatório do sistema de saúde suplementar brasileiro.

2 OBJETIVOS

O objeto desta pesquisa é a NIP, instrumento utilizado pela ANS para intermediação extrajudicial de conflitos entre beneficiários de planos de saúde e operadoras.

Como objetivo geral, buscou-se responder: Como a NIP pode servir de insumo para subsidiar programas e políticas regulatórias no setor de saúde suplementar brasileiro?

Como objetivos específicos, buscou-se:

- a) descrever e analisar os fatores que motivaram a criação da NIP, quais eram seus objetivos pretendidos e como foi sua implantação;
- b) descrever e analisar os fluxos de processamento da NIP pela ANS;
- c) descrever e analisar as informações fornecidas pela NIP sobre o funcionamento do setor de saúde suplementar brasileiro;
- d) descrever e analisar os resultados alcançados pela NIP no período analisado;
- e) propor recomendações para aprimorar o uso da NIP pela ANS como insumo regulatório da saúde suplementar brasileira;

3 REVISÃO TEÓRICA

Com objetivo de compor o quadro teórico para analisar a NIP, como insumo regulatório do setor de saúde suplementar brasileiro, realizou-se consulta bibliográfica, buscou-se caracterizar o modo de inserção dos planos privados de saúde no sistema de saúde brasileiro e como ocorre a regulação desse setor no País. Para isso, consultou-se nas bases de dados do PubMed e no *Google Scholar* os termos “Sistemas de Saúde”, “Saúde Suplementar”, “Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)”, “Regulação em Saúde” e “Notificação de Intermediação Preliminar (NIP)” em inglês e português entre os anos 2000 e 2020. Os artigos encontrados foram selecionados de acordo com a relevância para o presente estudo. A revisão bibliográfica foi complementada com consulta a livros sobre o tema e a legislação aplicável.

3.1 CARACTERÍSTICAS DO SETOR DE PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Para caracterizar o modo de inserção do setor privado no sistema de saúde brasileiro, convém analisar brevemente os diferentes modelos de sistemas de saúde e tipos de relação que se constituem entre os subsistemas público e privado.

Vecina Neto e Malik (2017) afirmam que as transformações acontecidas na primeira metade do século passado foram determinantes para a formação de dois modelos predominantes de sistemas de saúde vigentes nos principais países desenvolvidos: o modelo de seguridade social e o modelo de serviço nacional de saúde. O modelo de seguridade social é predominante nos países europeus e abrange funções de previdência social (aposentadoria, pensões e outras coberturas de diferentes tipos), assistência social (desempregados, desvalidos) e assistência médica. Graças à complementaridade entre as três funções e ao regime de emprego vigente na maioria desses países, o sistema tem alcance universal e o financiamento é dividido entre empregadores, trabalhadores e o Estado. Já no modelo serviço nacional de saúde, a universalidade é um princípio basilar que fundamenta a organização da oferta de serviços de saúde a toda população nacional, e o seu financiamento se dá predominantemente por meio do orçamento público oriundo de tributos.

Santos (2011) afirma que as mudanças no setor de saúde ocorridas a partir da segunda metade do século XX foram importantes para configurar diferentes modelos de mix público-privado nos sistemas de saúde nos países. Partindo do reconhecimento de tipos clássicos Sistema Nacional de Saúde, Seguro Social e Sistema Privado, a autora utiliza a tipologia

apresentada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para analisar as características do sistema de saúde brasileiro. Segundo a OCDE, a cobertura pública e privada por ser: “duplicada”, quando serviços semelhantes são cobertos tanto pelo seguro privado como pelo sistema público (seja esse sistema nacional de saúde, seja seguro social; “suplementar”, quando o seguro privado oferece elementos de sofisticação associados aos serviços de saúde e diferencia-os dos do sistema público: hotelaria, requintes de luxo, cirurgia estética, possibilidade de escolha de medicamento não genérico, de procedimentos feitos com diferentes equipamentos; e “complementar”, quando o seguro privado oferece serviços não prestados pelo setor público.

Apesar de a Constituição Federal brasileira ter definido o setor privado como complementar ao público, o mercado de planos privados de saúde é caracterizado como suplementar. Isso ocorre em função desse setor oferecer serviços que buscam se diferenciar do sistema público ao garantir menor tempo para o acesso a serviços, o qual é regulado, bem como melhores padrões de qualidade de atendimento. Entretanto

[...] o mais importante para análise do caso brasileiro é que o “seguro privado suplementar será também duplicado” sempre que o sistema público for de cobertura integral e acesso universal, o que ocorre nos países em que o sistema público é o nacional de saúde, como Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Portugal, Espanha, Itália, Grécia e em nosso país, Brasil. O seguro privado é “complementar” ao sistema público quando amplia o acesso a serviços não cobertos ou que exijam copagamento. (SANTOS, p. 15, 2011).

Para melhor compreender as complexas relações entre do mix público-privado no sistema de saúde brasileiro, é preciso fazer um breve resgate histórico. O nascimento do setor de seguros privado em saúde no país não ocorreu com a criação de sua regulamentação. Ao contrário, foram as normas que precisaram ser editadas para dar diretrizes a um mercado que operou livremente por muitas décadas. Além disso, é importante considerar que o setor privado se desenvolveu no País em paralelo ao sistema público e buscou cobrir falhas apresentadas por este, mas contou com apoio de diferentes formas de subsídio público.

Apesar de o SUS seguir a referência do modelo de serviço nacional de saúde, o sistema público de saúde brasileiro desenvolveu-se ainda na primeira metade do século XX e seguiu o modelo de seguridade social. A partir do Decreto Legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, o Brasil passou a ter um marco para o sistema previdenciário, que, na época, era composto pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Em seguida, foram organizados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que ofertavam acesso a

serviços de saúde para diversas categorias de trabalhadores urbanos, e comprou o serviço de consultórios médicos e de hospitais.

Paralelamente aos IAPs, surgiram nos anos 1940, as caixas de assistência, que beneficiavam os empregados e algumas empresas por meio de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços de saúde externos à Previdência Social, ainda que estes serviços pudessem ser prestados por ela. Foi nessa época, por exemplo, que ocorreu a criação da Caixa de Assistência de Funcionários do Banco do Brasil [...]. (BRASIL, p. 13, 2011).

A evolução desse sistema levou à criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, que promoveu a unificação dos IAPs existentes na época e passou, dentre outras competências, a prestar assistência médico-hospitalar aos trabalhadores urbanos do setor privado e aos servidores públicos que fossem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

O INPS, desde o começo, priorizou a contratação de serviços médicos de terceiros, em detrimento dos próprios da previdência social. Para Abreu (2016), a política de privilegiar as empresas privadas obedeceu a três princípios: o financiamento dos hospitais privados; o credenciamento de hospitais para a compra de serviços pelo INPS; e o convênio com empresas, em que o INPS devolvia a elas parte da contribuição previdenciária devida se elas assumissem a assistência médica de seus empregados. Ainda, de acordo com a autora, as consequências da política de articulação da previdência com o setor privado manifestaram-se numa série de distorções no sistema de assistência médica. Enquanto houve praticamente uma paralisação na expansão da rede hospitalar própria do INPS, o atendimento ambulatorial se desenvolveu de maneira significativa. Dessa maneira, as atividades hospitalares mais lucrativas foram assim reservadas ao setor privado.

Entretanto, as mudanças promovidas com a criação do INPS e a unificação dos IAPs causaram insatisfação. Os representantes de representantes com maior poder econômico alegavam dificuldade de acesso aos serviços médicos, consequência do crescimento da cobertura e uniformização de benefícios. A Previdência Social com essa justificativa ampliou os credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde por meio, principalmente, do financiamento de grupos médicos. (BRASIL, 2011). A classe médica também reagiu negativamente a essa expansão de credenciamentos e fez surgir ao menos duas vertentes:

[...] uma, que pretendia preservar a prática liberal da Medicina; outra, que defendia a prática médica voltada para o mercado que se apresentava. Originaram-se, assim, duas modalidades de empresas médicas: as cooperativas médicas, que prestavam

atendimento nos consultórios dos próprios profissionais e as medicinas de grupo, responsáveis pelos atendimentos hospitalares. (BRASIL, p. 14, 2011).

Em meio a contexto de configuração do mix público-privado no sistema de saúde brasileiro, em 1960, foi fundada a primeira empresa de medicina de grupo no País denominada Serviço de Assistência Médica ao Comércio e Indústria (Samcil). (VECINA NETO; MALIK, 2017). Desde então o mercado de planos de saúde vem crescendo de maneira substantiva e é estruturado em torno das operadoras de planos de saúde.

Após dez anos da implantação da Constituição Federal, que criou o SUS, a Lei nº 9.656 de 1998 regulamentou o funcionamento dos planos de saúde. Pela Lei, operadora de plano de saúde foi definida como “pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato [...]”. (BRASIL, p. 1, 1998).

Enquanto o produto, ou plano privado de assistência à saúde, foi conceituado pela Lei como:

Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem de consumidor. (BRASIL, p. 1, 1998).

Dessa maneira, são operadoras de planos de saúde as empresas que vendem, comercializam, “operam” o produto denominado plano, que visa à prestação de assistência à saúde e administram as contribuições financeiras de seus beneficiários. Conforme o histórico do setor e a regulamentação dele, são essas as modalidades de empresas operadoras de planos de saúde no País: autogestão, filantrópica, cooperativa, seguradora de saúde, medicina de grupo, odontologia de grupo, cooperativas odontológicas e, resguardado o seu diferencial, as administradoras de benefícios.

Autogestão é a operadora que oferece planos de saúde a um grupo determinado e fechado de pessoas, que devem, obrigatoriamente, ter vínculo com a entidade instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora da operadora, ou, ainda, pertencer à mesma classe profissional. Essa modalidade é regulada pela Resolução Normativa (RN) nº 137, de 14 de novembro de 2006 e suas alterações, da ANS. A partir da forma de financiamento, as autogestões foram divididas em três subtipos: autogestão sem mantenedor, autogestão com

mantenedor e autogestão por recursos humanos. Nessa modalidade de operadora, em qualquer de seus tipos de financiamento, não há comercialização aberta dos planos de saúde, que são necessariamente voltados para o público interno e seus familiares/dependentes. A rede de prestadores de serviços é, normalmente, credenciada. Nessa modalidade, os serviços são voltados para os empregados de empresas e muitas vezes seus familiares, o que podem ser organizados diretamente pelos próprios empregados, por meio de caixas de assistência ou pelas próprias empresas. (BRASIL, 2011).

Filantrópicas são as pessoas jurídicas sem fins lucrativos e que devem, obrigatoriamente, ser reconhecidas pelos órgãos competentes como sendo de utilidade pública, bem como possuem certificado de entidade beneficente de assistência social expedido pelo Ministério da Saúde. São entidades sem fins lucrativos que operam planos suplementares, certificadas como entidades filantrópicas pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e declaradas de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou pelos governos estaduais e municipais. (VECINA NETO, MALIK, 2017).

As cooperativas médicas e as cooperativas odontológicas são as empresas que operam os produtos descritos na Lei nº 9.656 de 1998, constituídas sob a égide e os ditames de outra Lei, a 5.764 de 1971, ou a Lei das Cooperativas. Nesta, os profissionais que formam e administram essas organizações são a elas vinculados e chamados de cooperados.

Seguradoras devem ser especializadas em saúde, com seu estatuto social vedando expressamente a atuação em qualquer outra atividade, ou seja, são sociedades que operaram seguro saúde exclusivamente, nos termos da Lei nº 10.185 de 2011. O pagamento por reembolso era a forma exclusiva de operação prevista no Decreto-lei nº 73, de 1966.

“Progressivamente tal modelo” – que dependia de rede de atendimento – foi sendo ultrapassado até a criação pela Susep do “Seguro de Assistência Médica”, na década de 1980, onde o objeto da apólice é a garantia de assistência médica e não mais a indenização. (BRASIL, p. 15, 2011).

As medicinas e as odontologias de grupo são assim classificadas por exclusão: empresas que não se enquadram em nenhuma das outras formas de constituição e/ou não possuem legislação específica para o exercício de sua atividade derivada de sua forma de composição. Os serviços de saúde podem ser prestados diretamente, no que é chamado de “rede verticalizada”, ou por meio de prestadores credenciados ou referenciados.

Por fim, as administradoras de planos de saúde, ou administradoras de benefícios, são consideradas como operadoras de planos de saúde sob a ótica regulatória, para que nelas também incidam as normas e os regulamentos expedidos pela agência reguladora. Embora já

fossem citadas na própria Lei de Planos de Saúde, na imposição de barreiras de entrada e funcionamento, a regulamentação dessa modalidade ocorreu com a edição da RN nº 196, de 14 de julho de 2009, que considerou como administradora de benefícios, no mercado alvo da regulação, a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano de saúde coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, e lista a exigência de exercício de uma série de atividades para sua correta classificação.

De acordo com os dados atualizados até janeiro de 2021, o País tem 709 operadoras médico-hospitalares e 256 operadoras odontológicas, com beneficiários ativos, o que perfaz o total de 965 pessoas jurídicas atuando no mercado. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021).

3.2 CARACTERÍSTICAS DA REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A regulação do funcionamento de determinados mercados, por meio da ação do Estado, é justificada quando estes apresentam falhas, não operam ao alocarem os seus recursos de maneira ótima ou são pouco competitivos. Costa *et al.* (2001) analisam a regulação como um conjunto de instrumentos utilizados por governos para estipular regras de condutas para as empresas e para os consumidores. Esse aparato governamental compreende leis, regulamentos e regras informais. Para os autores, essa política governamental de regulação possui três categorias: econômica, social e administrativa.

A regulação econômica seria a intervenção direta em decisões de setores econômicos, com a imposição de barreiras de entrada e formação de preços. Já a regulação social se dá com a intervenção pública nas áreas de saúde, segurança e meio ambiente para o incentivo ou a provisão direta de bens públicos e a proteção do interesse público nacional ou supranacional. Por fim, a regulação administrativa se traduz nos procedimentos administrativos que o governo se utiliza para exercer controle e intervir em decisões econômicas de firmas e indivíduos.

Gonçalves (2013) entende a regulação como um instrumento do Estado para corrigir o mercado e funciona como uma garantia estatal de realização do interesse público. Da forma mais utilizada na literatura do assunto, a regulação pode ser positiva, enquanto incentiva comportamentos, ou impositora de restrições, conforme aponta Ferreira (2004), e poderia ser entendida como uma influência do Estado, deliberada, para influenciar comportamentos “[...]”

abrangendo não apenas a regulamentação, mas os incentivos econômicos, a contratualização, a divulgação de informação, entre outros aspectos”. (FERREIRA, p. 320, 2004).

A ação do Estado, por meio da regulação, objetiva, portanto, a correção de falhas identificadas em um mercado relevante e/ou de interesse social. As chamadas falhas de mercado ocorrem quando o setor não atinge resultados eficientes, quando o mercado não é considerado otimamente competitivo. A falta de informações suficientes, ou assimetria de informações, é uma falha de mercado que pode ser entendida como a falta de elementos necessários para a tomada de decisão por uma das partes ou a ausência total de informações.

Na área da saúde, como apontam Costa *et al.* (2001), grande parte dos pacientes não possuem os dados necessários para guiar suas escolhas como consumidores e “na relação médico-paciente, os indivíduos são compelidos a delegar ao profissional médico a decisão sobre o tratamento. Cabe a ele também decidir sobre a provisão dos serviços demandados”, o que causaria um conflito de interesses. Para Bahia (2003), assimetria seria uma heterogeneidade entre a oferta de serviços ou planos de saúde. E essa assimetria está presente nas muitas relações estabelecidas entre operadoras, prestadores e usuários do setor de saúde suplementar (Azevedo *et al.*, 2016). Embora os consumidores possuam dados sobre suas condições de saúde, apenas médicos e profissionais de saúde detêm condições para prescrever o que de fato é necessário. Nesse ciclo, a operadora teria dificuldades de conhecer o real estado de saúde de seu cliente, tanto antes dele ingressar no plano quanto durante, na utilização dos serviços. Ainda, o consumidor não deteria capacidade técnica suficiente para compreender as muitas imposições e restrições do contrato de plano de saúde.

Em razão da assimetria de informações que ocorrem, outros dois problemas no mercado de saúde suplementar: a seleção adversa e o risco moral. (AZEVEDO *et al.*, 2016). A seleção adversa pode ser entendida como a procura por planos justamente por aqueles que têm maior predisposição para utilizar os serviços. Bahia (2003, p.) afirma que “os que sabem que têm baixo risco tenderiam a não procurar cobertura plena e vice-versa”, o que resulta num estímulo para que as operadoras selecionassem somente o “bom risco”. E

[...] as carteiras podem vir a selecionar pacientes de maior risco e os parâmetros referentes à utilização de serviços de assistência à saúde da população em geral não são referência para o efetivo perfil de beneficiários que compõem a carteira de planos de saúde. (AZEVEDO *et al.*, p. 10, 2016).

O risco moral, por sua vez, se refere ao que pode ser entendida como super utilização. Isso ocorre quando “[...] os beneficiários de um plano de saúde passam a ter uma conduta de

utilização dos serviços de assistência à saúde muito diferente daquela que teriam caso não estivessem cobertos”. (BRASIL, p. 48, 2011), o que, em médio e longo prazo, acarreta o aumento dos custos da cadeia, assim reflete nos preços. Esse comportamento está relacionado com o pagamento direto pelos serviços, pela existência de um terceiro pagador, que pode ser o governo ou operadoras privadas, isto é quem toma a decisão de consumo não é o mesmo agente que arca com os custos. (AZEVEDO *et al.*, 2016).

Foi num ambiente não apenas repleto dessas falhas, mas também absolutamente desregulado que se desenvolveu o setor de saúde suplementar no País, conforme já descrito. No campo Legislativo, a Constituição da República de 1988 promoveu as primeiras alterações sobre o assunto, ao elevar a saúde à condição de direito, “[...] tanto no capítulo dos direitos individuais e coletivos (capítulo I, art. 5º.) quanto no dos direitos sociais (capítulo II, art. 6º.)”. (BRASIL, p. 18, 2011).

Ainda no texto constitucional, muitos dispositivos se dedicam ao tema saúde, com destaque para os arts. 194 a 200. Silva (2017) destaca que também o art. 174 da Constituição possui relevância para o setor, ao estabelecer o Estado como agente normativo e regulador da atividade econômica. Binenbojm *et al.* (2020) afirmam que a Constituição objetiva tratar a gestão da saúde no Brasil com um conjunto sistemático de dispositivos. Para os autores, há um reconhecimento de que o Estado não conseguiria, sozinho, assumir toda atividade de assistência à saúde.

Com a edição do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078 de 1990), um diploma legal passa a incidir nas relações entre operadoras de planos de saúde e seus clientes. Embora não se trate de uma legislação específica para o setor, seus muitos mandamentos atingem os contratos desse setor para dar (alguma) proteção aos usuários. Convém lembrar de que, até esse momento, o mercado de saúde suplementar permanecia desregulado, o que permitia a seleção de risco, a exclusão dos beneficiários, contratos com cláusulas agora classificadas como leoninas, a livre definição das coberturas assistenciais, incluindo a limitação de dias de internação, por exemplo.

O movimento pela regulamentação dos planos de saúde foi influenciado por dois fatores primordiais: a entrada de empresas seguradoras de grande porte, que exigiam regras mais claras de competição, e, o outro “[...] a convergência de demandas de consumidores, entidades médicas e secretarias de saúde, para a garantia de superação de restrições assistenciais existentes em contratos [...]”. (BRASIL, p. 19, 2011).

Para Silva (2017), a regulação específica dos planos de saúde somente foi possível após a edição da lei consumerista, a qual afirmou que “foram, portanto, o advento do Código

de Defesa do Consumidor e os embates decorrentes de sua aplicação aos mencionados contratos, que serviram de inspiração para a regulação do citado setor [...]”.

Houve intensa discussão sobre o tema durante a década de 1990, com projetos de lei datados de 1993, 1994 (93/93 do senador Iram Saraiva e 4425/94 do deputado Pinheiro Landim, que foi a base das tratativas no Legislativo). Também foram registradas manifestações das sociedades organizadas e do Ministério Público, em um parecer dos Procuradores Gerais de Justiça de vinte Estados (BRASIL, 2011). Em 3 de junho de 1998, foi promulgada a Lei nº 9.656, marco legal da regulação dos planos de saúde no Brasil, que sofreu alterações posteriores pelas Medidas Provisórias nº 1.665, de 1998; nº 1.801, de 1999; nº 1.976, de 1999; e nº 2.177-44, de 2001.

Foram muitas e inquestionáveis as mudanças promovidas pela lei, que optou pela regulação não somente da atividade exercida pelas empresas (as operadoras) como também do produto por elas oferecido (os planos de saúde). Dessa forma, foram estabelecidas regras (barreiras) para a entrada de operadoras no mercado, o que condicionou a uma autorização do órgão regulador. Além disso, tratou-se da saída da empresa, com disciplina do processo de alienação de carteira, cancelamento de registro e de liquidação extrajudicial; permitiu a intervenção do Estado por meio das direções fiscal e técnica; disciplinou os casos de indisponibilidade de bens de administradores; obrigou a formação de pessoa jurídica com objeto exclusivo de operação de plano de saúde; estabeleceu a obrigatoriedade de sujeição das contas das operadoras à auditores independentes etc.

Na parte assistencial, quando tratou do produto plano de saúde, a Lei nº 9.656 de 1998 instituiu um plano referência e disciplinou, desde logo, as exclusões de coberturas; estabeleceu o rol mínimo de procedimentos de cobertura obrigatória; proibiu negativas de cobertura baseadas na alegação de doença ou lesão preexistente; estipulou os prazos máximos de carência contratual; vedou as limitações de cobertura (em dias ou quantidade de atendimento ou valor, por exemplo), a barreira de entrada de consumidores, a rescisão unilateral do contrato individual. Tratou, ainda, das condições mínimas dos contratos, do credenciamento e descredenciamento de rede de atendimento e das regras básicas da relação entre prestadores e operadoras, além de conceituar urgência e emergência (determinando o atendimento nas condições colocadas) e prever o ressarcimento ao SUS.

Entre a edição da Lei nº 9.656 de 1998 e a criação da ANS, houve um comando compartilhado, em que o Ministério da Fazenda, via Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), e Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) tratavam da regulação da atividade econômica, e o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Saúde

Suplementar (Desas) e do Conselho de Saúde Suplementar (Consu), cuidava da regulação assistencial (SILVA, 2017; VECINA NETO; MALIK, 2017). Embora o CNSP não tenha editado normas, o Consu publicou vinte e uma resoluções, algumas das quais ainda estão em vigor (como as de número 8 e 13).

A evolução desse modelo repartido de regulação sobre um setor de tamanha importância foi a criação de uma agência reguladora voltada exclusivamente para a atividade disciplinada na Lei nº 9.656 de 1998. Assim, em novembro de 1999, via Medida Provisória nº 1.928 de 1999, convertida na Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, foi criada a ANS. Trata-se de uma autarquia de natureza especial, vinculada ao Ministério da Saúde. Segundo o art. 3 dessa Lei:

A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País. (BRASIL, p. 1, 2000).

Além disso, a ANS é caracterizada pela concessão legislativa de autonomia administrativa, financeira, patrimonial, de gestão de recursos humanos e nas suas decisões técnicas.

Para Binenbojm *et al.* (2020), ao contrário do que ocorreu com outras agências reguladoras que se prestavam a regular concessões públicas, a ANS surgiu para atuar em um mercado com práticas consolidadas e um setor “marcado pela heterogeneidade dos serviços regulados e pela pluralidade de atores que nele interagem”. Para os autores, a Agência tem “o desafio de mitigar as diversas falhas desse mercado mediante a promoção equilibrada dos interesses dos atores que dele participam”. Costa *et al.* (2001) entendem que a ANS opera um setor econômico com baixa competitividade, o que pode ameaçar os direitos dos consumidores e a qualidade dos serviços. Vecina Neto e Malik (2017, p.) apontam que a Agência Reguladora buscou

[...] incorporar ao processo de regulamentação as vantagens do novo modelo de organização do Estado: (a) maior agilidade e poder de atuação, mediante maior autonomia política, administrativa e financeira, com concomitante arrecadação própria; (b) decisões em Diretoria Colegiada nomeada com mandato definido e contrato de gestão e, por fim, (c) o poder jurídico conferido às agências reguladoras na efetivação de suas resoluções.

O art. 4 da Lei de criação da ANS estabelece quarenta duas competências para o órgão regulador. Dentre elas estão a elaboração do rol mínimo de procedimentos de cobertura

obrigatória; fixar critérios para credenciamento e descredenciamento da rede prestadora; estabelecer as normas para o ressarcimento ao SUS; autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde; autorizar o registro de planos e operadoras; estabelecer critérios para o exercício de cargos diretivos nas operadoras; avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras; fiscalizar as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, a atuação das operadoras e prestadores com relação à abrangência das coberturas e o cumprimento dos dispositivos da Lei 9.656/98; aplicar as penalidades previstas na Lei 9.656 de 1998. (BRASIL, 2000).

Determina a Lei nº 9.961 de 2000 que a gestão da ANS é exercida por uma Diretoria Colegiada, composta por cinco diretores que detêm mandato fixo, cujas indicações são feitas pelo Presidente da República e aprovadas pelo Senado Federal, mediante sabatina e votação em plenário. A Agência é constituída por 5 diretorias, a saber: Diretoria de Gestão (DIGES), Diretoria de Fiscalização (DIFIS), Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO) e Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE), visto que a repartição de competências é feita na Resolução Regimental (RR) nº 01, de 2015.

Compete à Diretoria de Fiscalização (DIFIS) o exercício do poder de polícia conferido pela Lei nº 9.656 de 1998 à ANS, atividade que envolve a apuração da infração e a consequente aplicação de penalidades, dentre outras ações. Para efetivar sua competência de fiscalização, a ANS mantém um canal de atendimento (para todo o setor regulado, especialmente para os consumidores), e, a partir dos relatos dos usuários, processa as demandas contra as operadoras de planos de saúde. As principais atribuições regimentais da Diretoria estão descritas na Figura 1 abaixo:

Figura 1 – Atribuições regimentais



Fonte: ANS, 2020

Para Silva (2017), ao atender consumidores a ANS cumpre seus deveres de promoção do interesse público e de fiscalizar, mas ela não tem o poder para obrigar a operadora a garantir determinada cobertura; porém, poderá autuá-la, multá-la e, até mesmo, determinar o cancelamento de sua autorização de funcionamento. Já Carlini (2014) critica o atendimento individualizado de consumidores pela Agência e afirma ser esse o papel de órgãos de Procons e Defensorias, pois entendem que essa atuação fere o princípio da eficiência da administração, já que haveria sobreposição de funções com o mesmo objetivo. Embora a NIP preste o atendimento descrito pela autora, é de se registrar que a ferramenta não encerra sua finalidade ao solucionar ou não o problema relatado pelo consumidor; de fato, é justamente o potencial de insumo regulatório que a NIP apresenta que a diferencia de reclamações registradas em outros órgãos, já que as informações coletadas se mostram relevantes para outras ações da ANS.

Binenbojm *et al.* (2020) entende que os dados que demonstram os resultados da ação fiscalizatória da ANS são suficientes para questionar a racionalidade do esquema sancionador adotado pela agência. Os autores afirmam que esse sistema:

A despeito da relevância do valor das multas, não tem produzido resultados tendentes a uma redução no quantitativo de infração. Esses números indicam que o modelo concebido não tem sido suficientemente eficaz e eficiente para produzir os

resultados esperados, de maior conformação da conduta dos agentes à regulação. (BINENBOJM et al, p. 15, 2020).

Dentre as ações exercidas pela fiscalização da ANS, está o recebimento de reclamações de beneficiários de planos de saúde, que são processadas individualmente por uma ferramenta chamada NIP, base do processo administrativo sancionador da Agência e insumo regulatório de programas fora do ambiente de fiscalização de operadoras de planos de saúde.

O art. 5º da RN nº 388 de 2015 defini a NIP como um instrumento que visa à solução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos privados de assistência à saúde – operadoras, inclusive as administradoras de benefícios e constitui-se em uma fase pré-processual. Dessa maneira, a NIP é utilizada pela ANS para tratar as reclamações apresentadas pelos beneficiários de planos de saúde quando os fatos por eles narrados são passíveis de solução entre as partes. Considerada uma fase que precede a existência de um processo administrativo. Com essa premissa, as demandas recebidas são classificadas entre assistenciais, quando versam sobre restrições de acesso à cobertura, e não assistenciais, em que se enquadram todas as demais.

Carvalho, Porto e Ramalho (p. 381, 2018) descrevem o mecanismo da ANS, que trata das reclamações dos usuários, como “[...] uma infraestrutura institucional exclusivamente dedicada e baseada em uma intermediação extrajudicial denominada NIP, pela qual as operadoras são provocadas a dar esclarecimentos sobre os fatos reclamados”. Em razão da automação da plataforma, de acordo com os autores, é possível absorver e processar grande volume de reclamações. Guerra e Salinas (2020) classificam a NIP como um “meio eletrônico de resolução de conflitos”, utilizado também para auxiliar a atividade regulatória, fiscalizatória e sancionadora do regulador. Para Miraldo (2016), a ANS definiu a NIP como um método de solução de conflitos, que visa facilitar o diálogo entre os atores do mercado de saúde suplementar.

No decorrer do início da NIP, a Agência Reguladora não tem ações voltadas para o regulado. Desde a abertura da reclamação até o término do prazo de resposta, não há interferência ou qualquer outro movimento da ANS. A operadora deve, por sua conta, analisar o caso recebido e entrar em contato com o demandante. Contudo, autores vislumbram nesse mecanismo uma conformidade com um sistema de mediação de conflitos em sentido estrito, como é o caso de Silva (2018).

Esse mecanismo não encerra seus propósitos quando do cumprimento de suas etapas. Como bem assinalam Binenbojm *et al.* (2020), a ferramenta produz resultados em “três

regimes distintos e cumuláveis de fiscalização e sanção”, que seriam o próprio processo administrativo sancionador, a intervenção fiscalizatória e o programa de monitoramento da garantia de atendimento. A ANS não entende esse último programa como uma ação de fiscalização, mas, para os autores, mesmo com a solução prévia de conflitos entre operadoras e usuários, a NIP continua a produzir os seus efeitos, assim gera outras consequências gravosas, como a proibição de comercialização de produtos.

Freire e Tostes (2021) entendem a NIP como uma ferramenta com dupla função: além de atuar para solucionar conflitos entre usuários e operadoras, visto como propulsora de ações fiscalizatórias, a notificação teria ainda a função de monitoramento do mercado regulado, não sendo possível, dessa forma, compreendê-la exclusivamente como um procedimento de solução de conflitos.

4 METODOLOGIA

Para realização do presente estudo exploratório, foi utilizada análise descritiva de dados qualitativos e quantitativos para investigar como a NIP pode servir de insumo para subsidiar programas e políticas regulatórias no setor de saúde suplementar brasileiro.

A coleta de dados qualitativos foi feita por meio de consulta a bibliografia, análise documental e registros pessoais da própria pesquisadora. É importante destacar que expressiva parcela deste trabalho é produto do conhecimento de sua autora, que atua na ANS há 19 anos e foi por 6 anos Diretora de Fiscalização da Agência, responsável, inclusive, pelas principais alterações normativas promovidas na ferramenta estudada. Também foram utilizadas informações não sigilosas internas, produzidas direta ou indiretamente pela autora, e suas notas pessoais.

Os dados quantitativos utilizados foram extraídos do Sistema de Informações da Fiscalização (SIF), ferramenta interna da ANS, que alimenta a plataforma de dados abertos disponibilizada no site da autarquia, denominada “TABNET”. Todos os dados utilizados são públicos. Foi delimitado o período de 2014 a 2019 para análise dos dados de reclamação dos usuários, pois a ferramenta NIP sofreu alterações normativas que não permitiam a comparação de dados anteriores.

A extração e estratificação foram feitas a partir dos seguintes cortes: registros de reclamação, com exclusão de todos os pedidos de informações ou demais assuntos que não se enquadrem naqueles normativamente tratados por meio da NIP; entre os anos de 2014 e 2019; nas modalidades de operadoras de planos de saúde existentes no país, quais sejam:

seguradora, medicina de grupo, odontológicas, cooperativas odontológicas, cooperativas médico-hospitalares, autogestões e filantrópicas; por estado da Federação a cada ano; por tema reclamado; por subtema reclamado. Foram ainda extraídos os índices de resolutividade das demandas, por anos pesquisado. Os dados referentes ao programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento foram extraídos diretamente do site da ANS, os quais abrangem o período de 2016 a 2020, por serem as informações disponíveis.

Para análise do material, categorizaram-se os dados quantitativos e qualitativos em busca de responder as seguintes perguntas direcionadoras de pesquisa: Quais fatores motivaram a criação da NIP, quais eram seus objetivos pretendidos e como foi sua implantação? Como o processamento da NIP pode auxiliar a identificar problemas do setor? Como as informações fornecidas pela NIP podem ser úteis para a regulação do setor? Quais foram os resultados já alcançados pela NIP na regulação do setor?

5 RESULTADOS E ANÁLISES

5.1 ANÁLISE DO HISTÓRICO DE IMPLANTAÇÃO DA NIP PELA ANS

5.1.1 Contexto de criação e implantação da NIP: fatores motivadores e objetivos pretendidos

A criação da NIP partiu da necessidade de dar resposta ao longo tempo de tramitação das operações de fiscalização das operadoras de planos de saúde pela ANS. Segundo as normas vigentes no período que antecede a criação da NIP, para cada demanda apresentada à Diretoria de Fiscalização, era aberto um processo administrativo sancionador individualizado, que seguia várias etapas. Consequentemente, não era incomum ocorrer um período de mais de três anos para ter a análise de recurso apreciada.

Além disso, as demandas para fiscalização das operadoras de planos de saúde eram processadas nos núcleos estaduais em que o usuário residia, ou na região delimitada por norma interna para atuação daquela unidade. Por exemplo, o núcleo da ANS, em Minas Gerais, tratava de situações de beneficiários daquele estado e do Espírito Santo. Como consequência, havia um grande acúmulo de processos administrativos com pouca ou nenhuma resolução, bem como a formação de um passivo processual nacional pendente de análise, concentrada em determinadas unidades da agência.

Outro importante fator no contexto de criação da NIP, que merece registro, foi o impacto da publicação da RN nº 124 sobre a aplicação de penalidades às operadoras de planos de saúde. Em vigor a partir de 2006, a norma modificou as regras para aplicação das sanções, que seguiam a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 24, de 2000. Segundo a nova regra, o valor da multa aplicada nos casos de negativas de cobertura, historicamente os mais reclamados perante a ANS, passou de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais). Dado o tempo necessário para a conclusão de um processo sancionador, pode-se dizer que foi, de fato, a partir de 2008 que as operadoras de planos de saúde passaram a efetivamente lidar com as multas mais altas trazidas pela RN nº 124 de 2006.

Nesse cenário, em que o número de reclamações de beneficiários aumentava, o que gerou acúmulo de processos que tardavam a produzir resultados, e com a insatisfação das operadoras reguladas sobre o valor das multas aplicadas, foi instituído um projeto piloto que criava uma etapa entre o recebimento da reclamação e a efetiva abertura de um processo administrativo sancionador. A essa ferramenta foi dado o nome de Notificação de Investigação Preliminar, ou NIP. Essa medida fazia parte do que foi chamado à época de “Novo Enfoque da Fiscalização”, que conceituava a NIP como um dispositivo comunicacional de mediação ativa. Sua finalidade seria estabelecer uma comunicação ágil e adequada entre os usuários de planos de saúde e suas operadoras exclusivamente nos casos relativos às negativas de cobertura assistencial.

Objetivando que as demandas de usuários fossem analisadas e resolvidas de forma rápida, a implantação da ferramenta tinha o fim declarado de evitar a abertura do procedimento administrativo sancionador. Como benefícios para o consumidor, buscava-se o recebimento de uma resposta ágil para o seu problema; para a operadora, a possibilidade de equacionar situações decorrentes de questões particulares e utilizar o instituto da reparação voluntária e eficaz; e, para a ANS, a diminuição do número de processos administrativos sancionadores instaurados e, adicionalmente, a obtenção de informações mais qualificadas caso a situação não fosse resolvida.

5.1.2 A implantação da NIP: do projeto piloto à regulamentação nacional

A implantação da NIP foi feita a partir de um projeto piloto no ano de 2008. Para isso, foi escolhido o núcleo da ANS no estado de Pernambuco em razão do alto número de demandas em andamento naquela unidade, decorrentes da saída de operadoras do mercado na

região. As operadoras participaram voluntariamente do projeto, que tratava exclusivamente de reclamações que reportassem negativas de cobertura assistencial.

Naquele momento, ao receber a demanda, a ANS contatava o consumidor para confirmar o relato e notificava a operadora participante sobre os fatos. Aguardava-se por cinco dias úteis pela resposta da regulada. Ao receber o retorno, confirmava com o beneficiário a efetiva resolução do problema, para então arquivar o caso. Caso a operadora não respondesse, ou o usuário não confirmasse a solução, o processo seguia o trâmite regular. Os relatos da época apontavam que era positivo manter o mecanismo para operadoras de pequeno e médio porte e regionalizado, porque a proximidade geográfica facilitaria a comunicação entre as partes.

Rapidamente a ferramenta demonstrou seu potencial para resolução dos problemas apresentados pelos beneficiários de planos de saúde. Dessa maneira, o projeto foi expandido primeiro para o que foi chamado de “NIP Regional”, para operadoras de pequeno e médio porte, e, em seguida, para “NIP Nacional”, para operadoras de grande porte.

Em 2010, considerando a experiência piloto da NIP, a RN nº 226 normatizou o instrumento. No processo de construção da resolução normativa, a ANS realizou uma Consulta Pública (CP), que recebeu o número 32. Na exposição de motivos da consulta, disponível no *site* da Agência, a ferramenta era definida como um “dispositivo comunicacional para solução prévia de conflitos” e, de acordo com o documento, o objetivo seria mudar o foco da atuação fiscalizatória da ANS, de sancionatório/educativo, para uma configuração educativa/preventiva.

A norma publicada manteve a voluntariedade de adesão pelas operadoras de planos de saúde e a restrição da matéria em negativas de cobertura. Dividiam-se as NIPs entre nacionais e regionais, e foi inaugurada a posituação das fases da notificação, que eram: recebimento da demanda de negativa de cobertura; contato com o consumidor ou interlocutor; notificação da operadora; recebimento e processamento da resposta da operadora; e elaboração de análise conclusiva. Houve expressiva adesão do mercado regulado à NIP e foi relevante registrar que as operadoras já pediam para participar dos projetos iniciais.

O potencial da ferramenta foi sendo evidenciado no projeto piloto, e a NIP passou a ser utilizada como insumo regulador, como na edição da Instrução Normativa (IN) nº 38 de 2012, que tratava do programa do monitoramento da garantia de atendimento. Contudo, mesmo estabelecendo o registro eletrônico dos atos, medida que objetivava dar celeridade ao fluxo, a regulamentação da NIP, naqueles moldes, gerou como efeito um passivo de demandas que tramitavam via a ferramenta. A necessidade de contato direto com o

beneficiário, tanto na primeira etapa quanto após a resposta da operadora, demandava recursos humanos que não estavam disponíveis à época, o que levava ao atraso na conclusão de um processo que deveria ser ágil. Consequentemente, foi necessário adequar o processo de tramitação da NIP.

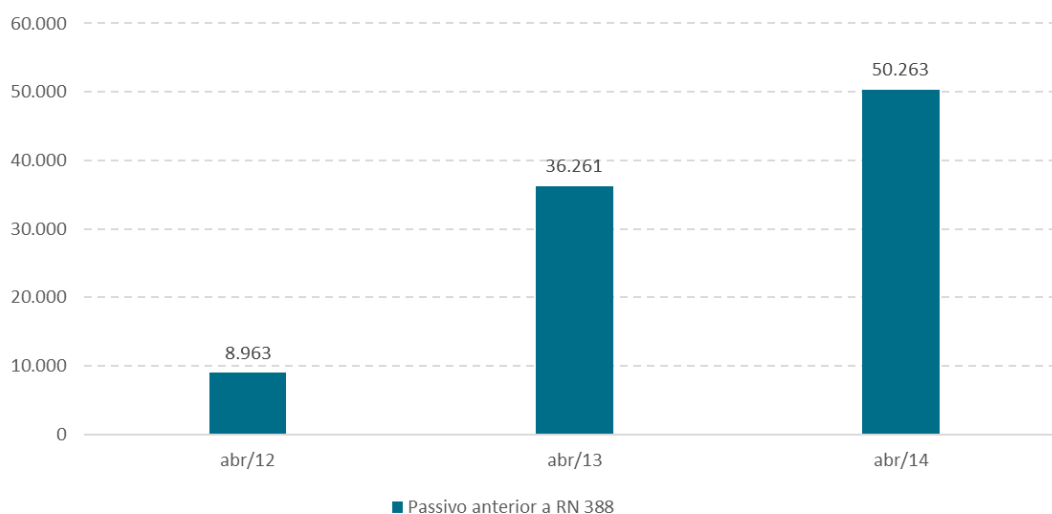
Nesse contexto, em 2014, entrou em vigor a RN nº 343 de 2013, a qual promoveu profundas alterações na NIP. O nome passou de “Notificação de Investigação Preliminar” para “Notificação de Intermediação Preliminar”, e refletiu com maior precisão o que se pretendia. Além disso, a NIP se tornou obrigatória para todas as operadoras de planos de saúde, inclusive as administradoras. Dessa maneira, o objeto foi expandido para todas as reclamações recepcionadas pelos canais da ANS e estabeleceu-se a divisão entre questões assistenciais e não assistenciais. De acordo com a norma, o processamento se daria exclusivamente por meio eletrônico e coube aos regulados o cadastro e o acesso ao *site* da ANS do espaço próprio, para conhecimento das reclamações a eles destinadas.

A RN nº 343 de 2013 também simplificou o regramento anterior. Dessa forma, todas as demandas passaram a dispor de uma fase inicial de notificação preliminar, que visava verificar se toda a celeuma poderia ser resolvida. Questões não resolvidas na primeira fase e classificadas como assistenciais seguiam para a segunda etapa de análise fiscalizatória. A partir da segunda fase, o caso era analisado sob a ótica das normas reguladoras, para eventual configuração de infração administrativa. Já as demandas classificadas como não assistenciais, superada a primeira fase, seguiam direto para abertura de processo administrativo sancionador. Com isso, a fase de notificação preliminar resolveu a necessidade de contato direto com o beneficiário pela Agência, uma vez que cabia ao consumidor comunicar o resultado da questão, e, ainda, o silêncio deste gerava presunção de resolução.

5.1.3 A NIP como base para início do processo sancionador

Enquanto a sistemática da NIP passava a funcionar satisfatoriamente, o passivo de processos administrativos sancionadores permanecia em alta. Não foram realizadas alterações nas normas que regiam esses processos, que continuavam praticamente como no início do funcionamento da ANS. A consequência dessa manutenção era que se despendia tempo e recursos humanos para atuar em situações ocorridas há anos, o que limitava o número de servidores trabalhando na própria NIP. O Gráfico 1 abaixo mostra a quantidade de processos administrativos sancionadores em trâmite na Diretoria de Fiscalização da ANS entre 2012 a 2014.

Gráfico 1 – Processos administrativos entre 2012 a 2014



Fonte: ANS, 2020

Ainda que a nova norma da NIP pudesse reduzir a entrada de novos processos, ela, sozinha, por seu próprio objeto, não conseguiria alterar a realidade do que já se encontrava aguardando análise. Mais grave, não se garantia tratamento diferenciado para as novas demandas. Em suma, era possível conter momentaneamente a entrada de novos processos, mas sem alterações significativas na estrutura de tratamento deles, o resultado seria o aumento do passivo, o que já havia ficado claro com as mudanças produzidas desde 2010. Isso fica evidente quando se constata o tempo médio de tramitação processual, medido, em dias e por fase processual, nos anos de 2012 e 2013 como demonstra a tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Tempo Médio de Tramitação Processual em Primeira Instância – Até quando se esgota a competência da DIFIS

Indicador	2012	2013
TM de apuração	179	240
TM de decisão	326	434
TM de análise de recurso	992	1.008
Total	1.497	1.682

Fonte: ANS, 2020.

Em 2016, entrou em vigor a RN nº 388, que reformulou todo o processo administrativo sancionador da ANS, assim otimizou suas fases. Além disso, a resolução também promoveu mudanças na NIP, o que a tornou base para a deflagração do exercício do poder de polícia da ANS. Uma vez estabelecida a NIP como não resolvida, por qualquer

natureza, isso passou a ser insumo para a lavratura imediata do auto de infração, ato administrativo que instaura o processo sancionador. Dessa maneira, as NIPs classificadas como não resolvidas, com observâncias às regras estipuladas pela RN e após a fase de análise fiscalizatória, momento em que os argumentos de defesa da operadora são analisados, traziam como consequência a imediata lavratura de um auto de infração contra a operadora.

Outras mudanças relevantes sobre a NIP, trazidas pela RN nº 388, foram a obrigatoriedade da fase de análise fiscalizatória para demandas de qualquer natureza e a mudança da conceituação do instituto, que passou a ser “um instrumento que visa à solução de conflitos”, e não mais uma mediação, entre operadoras e usuários. Essa alteração traduz com maior realidade o que é de fato a ferramenta regulatória. Isso porque a utilização do termo “mediação” ocorria de maneira genérica sem se ater aos requisitos do instituto, e, principalmente, desconsiderando a carga punitiva que acompanha a NIP. Uma mediação, nos termos da Lei própria que rege a matéria (Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015), pressupõe a participação de um terceiro como mediador, que pode ser escolhido pelas partes e não tem poder decisório; não pode ser obrigatória e pode ser parcial, como exemplos de atributos que por si só descaracterizam a NIP como uma mediação, ainda que extrajudicial e administrativa.

A última alteração normativa que atingiu a NIP ocorreu em 2019, por meio da Resolução Normativa RN nº 444. Essa norma foi editada após uma análise dos efeitos da RN nº 388 de 2015, o que objetivou aperfeiçoar o processo de fiscalização. Na NIP, especificamente, a norma incluiu uma fase de classificação, para evitar a anulação de autos de infração ocorrida em função da discordância de entendimento entre o servidor que analisava a NIP e o fiscal que inaugurava o processo sancionador. Além disso, alterou a nomenclatura das classificações das demandas para traduzir com maior clareza o que motivou o agente público. Por exemplo, para estabelecer a classificação “não há indícios de infração”, o que não existia anteriormente.

Apesar das mudanças e expansões que a ferramenta sofreu, a NIP manteve sua essência de funcionar como uma intermediação entre os usuários de planos e as suas operadoras, para solução de um conflito, sem a interferência direta do poder público.

Durante a criação da NIP, foi enfatizado um papel mediador da ferramenta, sendo até mesmo chamada de notificação de “investigação” preliminar, como se vê na Consulta Pública (CP) 32, de 2010, que antecedeu a primeira resolução da ANS sobre o assunto. Nesses documentos, destaca-se a tentativa administrativa de reduzir ou minimizar o enfoque sancionador das ações relacionadas à NIP, sem, contudo, que de fato a ferramenta fosse desvinculada de seu potencial punitivo. A não solução de uma NIP sempre esteve atrelada à

continuidade de um processo administrativo, que poderia resultar numa multa. Dessa forma, em relação à nomenclatura, as alterações promovidas parecem ter adequado o nome ao que a ferramenta efetivamente produz que é uma intermediação.

5.2 ANÁLISE DO FLUXO DE PROCESSAMENTO DA NIP

Para uma melhor compreensão de como o fluxo de processamento da NIP pode auxiliar a identificar problemas do setor, é necessário esclarecer como funciona o sistema no qual ela está inserida.

5.2.1 Registro dos problemas pelos beneficiários

A Diretoria de Fiscalização da ANS é responsável pela Central de Atendimento da Agência. Essa Central funciona de três maneiras: com atendimento presencial nas unidades estaduais dela, por meio do *site* da instituição e pelo 0800, para qualquer público, sejam operadoras, sejam prestadores de serviços médicos e/ou sejam consumidores.

Ao receber o contato, a equipe responsável deve fazer triagens sobre o assunto, para direcioná-lo corretamente dentro da ANS. Assim, dúvidas apresentadas por operadoras, sobre temas relacionados às margens de solvência, por exemplo, são encaminhadas para a diretoria competente responder e, em seguida, remetidas ao solicitante. Informações sobre como funcionam os planos de saúde, genéricas ou específicas, mas não direcionadas a um fato, são classificadas como pedidos de informação. Isso acontece, por exemplo, quando um usuário entra em contato a fim de entender como funciona o reajuste dos planos ou para saber se determinado procedimento médico é de cobertura obrigatória ou não.

Quando o interlocutor relata uma possível infração cometida por uma operadora de plano de saúde, essa demanda é classificada como “reclamação”. Por exemplo, são assim consideradas reclamações as chamadas em que o beneficiário questiona o aumento específico de seu plano de saúde e alega descumprimento contratual, ou quando descreve o credenciamento de estabelecimentos de saúde, menciona negativas de cobertura assistencial, ou relata rescisão unilateral de contratos etc.

Contudo, nem todas as reclamações recebidas pela ANS são tratadas via NIP. Isso ocorre porque, pela essência da ferramenta, apenas situações ocorridas entre um beneficiário identificável e uma operadora podem passar pelo canal. Como o exemplo do

descredenciamento de um hospital: essa é uma possível infração administrativa, mas não há como o conflito instaurado ser resolvido via NIP, por envolver terceiros e atingir um grupo de pessoas e não somente um indivíduo.

5.2.2 Classificação e encaminhamento dos problemas

Internamente as reclamações recebidas são em primeiro momento classificadas em “eixos”. O eixo “Operadoras” é utilizado para demandas não passíveis de NIP; o eixo “Rede de Atendimento (DIPRO)” é usado para os casos em que notificam alteração de rede hospitalar; o eixo “Rede de Atendimento (DIDES)”, para as alterações de rede assistencial não hospitalar; e o eixo “Produto ou Plano”, é o utilizado para as demandas passíveis de mediação via NIP. Para as notícias de infrações não tratadas pela NIP, a Agência dispõe de processo administrativo próprio, com diferentes prazos. Essa classificação em eixos é interna, proveniente das ferramentas do sistema utilizado pela equipe de fiscalização da ANS.

Para essa pesquisa, quando foram extraídos os dados referentes às reclamações, aquelas que posteriormente se enquadram em eixo diverso da NIP também foram contabilizadas. Assim, como se poderá vislumbrar nos resultados, o tema “rede” aparece com número expressivo de reclamações e está entre os dez mais reclamados, porém, trata-se de uma demanda peculiar. O tema rede é subdividido internamente a partir da situação apresentada no contato: caso seja noticiado apenas e tão somente o descredenciamento indevido de um prestador (hospitalar ou não), essa demanda é encaminhada de acordo com os eixos apresentados acima, para tratamento via um processo específico, com fluxo e prazo distintos da NIP. Contudo, quando a situação descrita traz em si uma dificuldade de acesso ou negativa de cobertura, a demanda é tratada pela via da NIP também. Ou seja, observa-se a ocorrência de mais de uma infração administrativa e há tratamento diferenciado para cada uma delas.

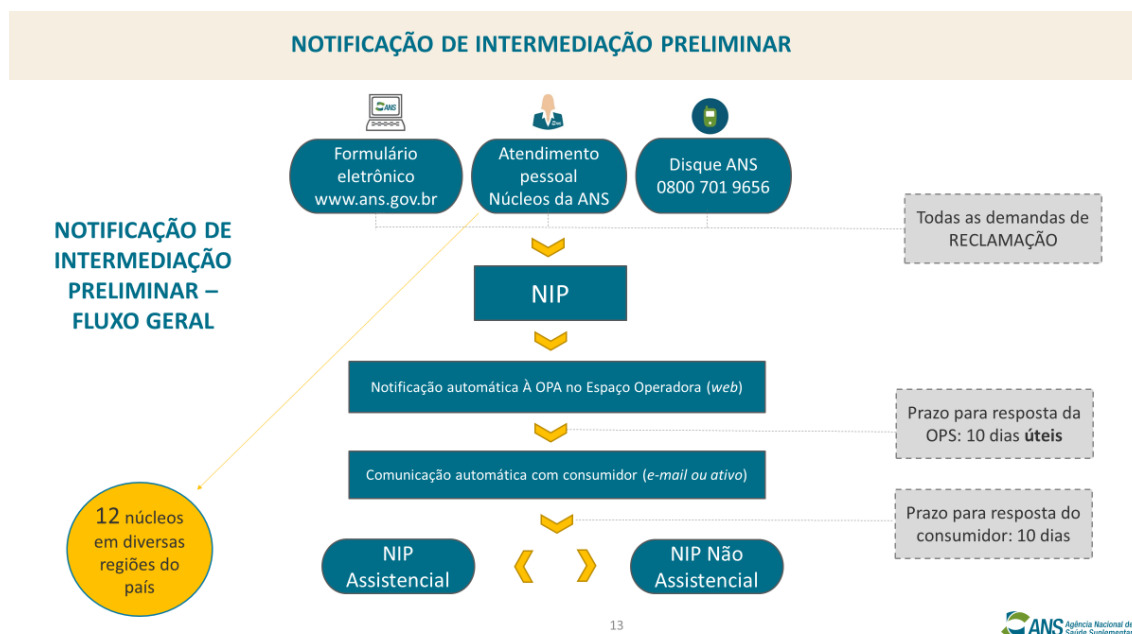
Normatizada como uma ferramenta pré-processual, isto é, que antecede a existência de um processo administrativo formal, a NIP é iniciada, como dito, por meio do contato feito pelos beneficiários de planos de saúde, relatando uma situação de possível ocorrência de infração às normas que regulamentam o setor de saúde privada brasileiro. Esse contato pode ser feito mediante telefone, pelo *site* da ANS ou presencialmente, nas unidades da Agência em 11 estados: Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Ceará, Pará, Mato Grosso, Distrito Federal, Paraná e Rio Grande do Sul. O estado de São Paulo, além da

capital, possui unidade da ANS na cidade de Ribeirão Preto, o que totaliza 12 postos de atendimento.

Embora infira que o beneficiário deva entrar em contato primeiro com sua operadora, para resolver o problema diretamente com ela, a norma da NIP permite que se registre uma reclamação sem o protocolo de atendimento da empresa regulada, e exige, contudo, que seja feito um relato circunstanciado, com elementos mínimos bem como demonstre que esse contato foi feito. Ainda, é possível registrar demandas em nome de terceiros e o demandante é chamado de interlocutor. Essa previsão teria como objetivo facilitar o contato dos responsáveis legais dos beneficiários e/ou garantir o acesso ao órgão regulador daqueles que estejam, ainda que momentaneamente, incapacitados de fazer o contato em nome próprio. Tanto a obrigatoriedade ou não do protocolo prévio da operadora quanto a possibilidade de registro de demandas em nome de terceiros são alvos de questionamentos por parte do mercado regulado.

Dessa maneira, o fluxo geral da NIP é demonstrado na Figura 2 abaixo:

Figura 2 – Fluxo geral da NIP



Fonte: ANS

A Figura 3 a seguir representa o Fluxo Assistencial e Não Assistencial da NIP.

Figura 3 – Fluxo Assistencial e Não Assistencial da NIP



Fonte: ANS

Conforme se observa no fluxo, depois de identificada a demanda como passível de tratamento via NIP, uma nova classificação é feita, agora relativa à natureza do conflito. Nesse ponto, a demanda pode ser assistencial (aquelas que se relacionam a toda e qualquer restrição de acesso à cobertura) ou não assistencial (todas as demais). Essa separação é necessária porque os prazos de cada uma delas são diferentes e porque as demandas relativas ao acesso aos serviços de saúde exigem resposta mais rápida, por sua própria natureza, e ainda em razão da existência de normativo da Agência estipulando prazos para os atendimentos.

Quando a reclamação do consumidor se relaciona a temas assistenciais, as operadoras de planos de saúde têm o prazo de cinco dias úteis para contatar o reclamante e mais cinco dias úteis para apresentar sua resposta para o órgão regulador. Todos os demais temas são classificados como não assistenciais, e, para esses, o prazo comum é de dez dias úteis.

O beneficiário é informado de que deve responder à ANS sobre a solução de sua queixa e é instado a isso por meio de contatos via o endereço de *e-mail* que fornece, bem como mediante o envio de mensagens de texto para seu celular. Se ele responde que sua demanda foi atendida ou, após todos os contatos, se mantém silente, a reclamação é taxada como “inativa” pela fiscalização da Agência, e pode ser reaberta a qualquer momento pelo

próprio usuário. Esse fluxo encerra a primeira fase da NIP, denominada fase de intermediação preliminar.

Segue para a fase seguinte, chamada de “fase de classificação de demandas”, as NIPs em que o beneficiário informa a não solução da questão pela operadora; as não respondidas no prazo estipulado; as que contenham relato de realização de procedimento no SUS ou por meio de determinação judicial; as abertas de ofício pela ANS; as oriundas dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário e Ministério Público e integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor; e as que tenham indícios de infração de natureza potencialmente coletiva.

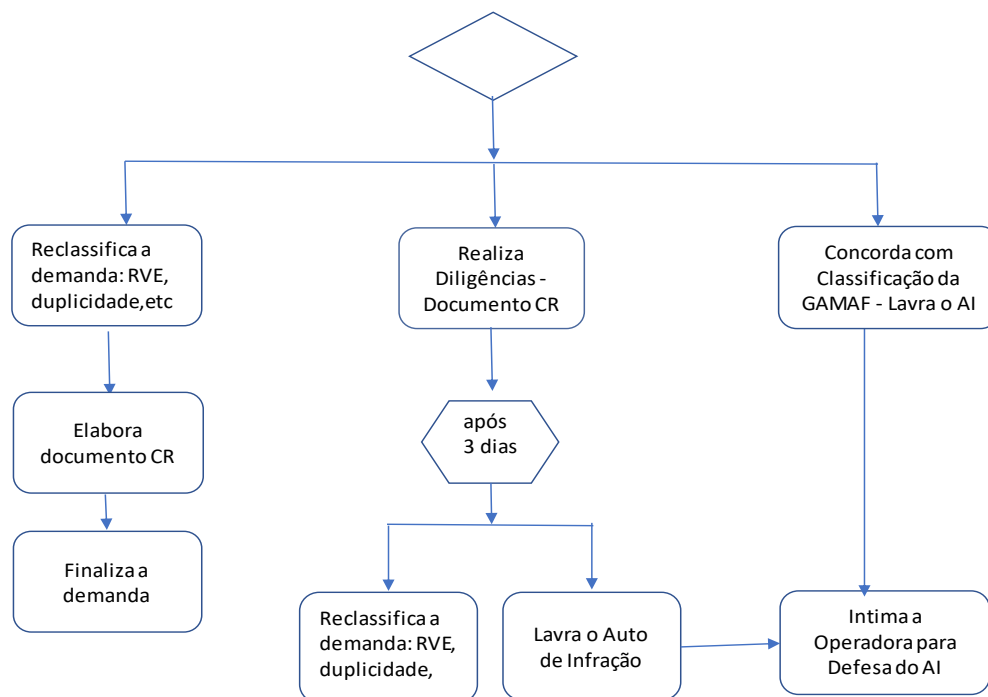
Nessa etapa, equipes de servidores públicos da Diretoria de Fiscalização analisam todos os casos, individualmente, e consideram o relato do beneficiário e a resposta apresentada pela operadora. Há equipes para as reclamações assistenciais e para as não assistenciais, separadamente. Por essa razão, é de extrema importância que os regulados utilizem todos seus argumentos quando da apresentação da resposta da NIP, ainda que ela seja inativada na primeira fase – mesmo porque, a demanda pode ser reaberta a qualquer momento pelo contato do beneficiário. Por exemplo, as operadoras podem demonstrar que o contrato está em carência, que o procedimento solicitado não consta no rol da ANS etc.

Finalizada a análise, o servidor dará uma das seguintes classificações para a reclamação, de acordo com o estabelecido no art. 14 da RN nº 388 de 2015, com a redação dada pela RN nº 444 de 2019: não há indícios de infração; resolvida por meio da reparação voluntária e eficaz; não resolvida; beneficiário não pertence à operadora; demanda em duplicidade; ausência de elementos mínimos para identificação do beneficiário, da operadora ou da infração relatada; e agente regulado não responsável. Com exceção da classificação “não resolvida”, todas as demais finalizam a demanda, ainda, portanto, em fase pré-processual. Para conclusão dessa etapa, cada reclamação é objeto de um relatório circunstanciado, que é disponibilizado tanto para a operadora quanto para o demandante.

Quando a reclamação é classificada como “não resolvida”, o relatório conclusivo de análise aponta os indícios da infração cometida, já indicando qual disposição da norma de penalidades (RN nº 124/2006) deve ser aplicada ao caso. Em sequência, a demanda segue para distribuição entre os fiscais da ANS. De acordo com o estipulado pela Lei nº 9.656 de 1998, em seu art. 20, § 1º esses agentes devem ser especialmente designados para o exercício da atividade de fiscalização, o que ocorre por portaria publicada no Diário Oficial da União.

Ao receber essa NIP não resolvida, o fiscal poderá alterar a sua classificação e inaugurará a terceira e última fase do instrumento, que é chamada de “classificação residual”. Esse é o fluxo dessa etapa:

Figura 4 – Fluxograma da classificação residual



Fonte: ANS

Nessa fase, portanto, o fiscal responsável pela reclamação examinará a demanda e poderá, alternativamente, concordar com a classificação efetuada na fase anterior e lavrar o auto de infração contra a operadora; reclassificar a demanda e alterar para uma das hipóteses que a finaliza (previstas no art. 14 da RN nº 388 de 2015, com redação dada pela RN nº 444/2019); ou realizar diligências tanto com o beneficiário quanto com a operadora, se entender que faltam elementos para sua convicção. Em nenhuma das hipóteses, a NIP poderá ficar mais de três dias úteis na posse do fiscal, isto é, qualquer que seja a conclusão dele quanto à classificação residual, ela deve ser concluída nesse prazo, para que não haja prejuízo na celeridade do rito do instrumento. É válido registrar que esse prazo de três dias úteis é dado por Instrução de Serviço (IS), da Diretoria de Fiscalização, norma que se presta a detalhar ou disciplinar ritos internos, e, portanto, pode ser alterada com maior facilidade do que uma resolução normativa. Por fim, essa etapa foi criada com o intuito de fortalecer o auto de infração, o que evitará que ele fosse arquivado ainda em primeira instância exclusivamente por equívoco na análise fiscalizatória (nome anterior da fase de classificação de demandas).

Somente após a conclusão dessas três etapas é que se pode considerar encerrada a NIP. Como a sequência da reclamação não resolvida é a abertura de um processo administrativo sancionador, por meio da lavratura imediata de um auto de infração, fica evidenciada a

necessidade de as operadoras de planos de saúde apresentarem uma manifestação robusta em fase de intermediação preliminar. Isso porque cada classificação da NIP pode gerar impactos distintos para as operadoras, em outros programas regulatórios.

5.2.3 Análise de temas e subtemas da NIP

Internamente, no tratamento da NIP, são usados temas e subtemas que variam de acordo com o relato apresentado pelo beneficiário. Assim, são considerados temas: a primeira grande classificação das demandas, se o caso é relativo a questões assistenciais ou não. A própria norma que cuida da NIP já estabelece o que é um assunto assistencial e deixa todos os demais classificados como não assistencial.

Contudo, muitos são os assuntos tratados. Como as reclamações podem funcionar como o início da ação penalizadora da Agência, é preciso que sejam catalogadas com alguma correlação com as infrações que podem estar sendo cometidas, de forma que sejam fixados subtemas para classificação das demandas no Sistema de Informações da Fiscalização (SIF). Para isso, é utilizada uma árvore temática do atendimento prestado pela Central, no *site* e nos atendimentos presenciais.

Quando a reclamação é assistencial, ela é enquadrada em um dos seguintes subtemas: 1) gerenciamento de ações de saúde, 2) prazos máximos para atendimento, 3) doença ou lesão preexistente, 4) carência, 5) rede de atendimento, 6) reembolso e rol de procedimentos e cobertura. Esses assuntos devem estar relacionados ao acesso dos beneficiários à assistência contratada. Quando as reclamações são classificadas como não assistenciais, os subtemas são: 1) contratos e regulamentos, 2) carência e cobertura parcial temporária e mensalidades e 3) reajustes.

Dessa maneira, os subtemas reúnem um conjunto de situações diversas que são reportadas pelos consumidores e que serão, caso a NIP não seja resolvida, base para a lavratura de um auto de infração. Essas informações são insumo valioso para compreensão global do comportamento das reguladas, visto que se pode, por meio dessa classificação, identificar problemas focais no atendimento prestado aos beneficiários de planos de saúde. Como exemplo, é possível constatar que determinada operadora está reiteradamente imputando carência indevida ou que há ausência de prestador de serviço de saúde em determinada localidade.

Dentro do campo assistencial, no qual estão inseridas todas as demandas que versam sobre qualquer restrição de acesso à cobertura, o subtema gerenciamento de ações de saúde

engloba relatos que envolvem aplicação inadequada de mecanismos de regulação, qualquer fato relacionado às juntas médicas, incidência de coparticipação e franquias. Pode compreender as seguintes situações: a operadora está protelando a autorização do procedimento; a operadora não autorizou o procedimento sem dar justificativa ou informa sempre estar “em análise”; a operadora não aprovou os materiais necessários; a operadora alega que precisa passar por segunda opinião/perícia/junta médica sem marcação; operadora quer que o usuário passe por um programa interno antes de liberar o procedimento; a operadora alega necessidade de laudo médico; o usuário não consegue contato com o telefone da operadora; as irregularidades na junta médica; a operadora não autorizou procedimento porque o médico solicitante não é credenciado; o usuário não consegue utilizar prestadores credenciados porque a operadora autoriza procedimentos apenas em sua rede própria, sem a devida previsão contratual.

Quando a demanda assistencial se refere a prazos máximos para atendimento, são reclamações que relatam alguma forma de descumprimento da RN nº 259 de 2011, que, dentre outras obrigações, estipulam os prazos máximos para atendimento. São exemplos de situações: operadora não disponibilizou data dentro dos prazos da ANS; operadora agendou para outro município e ainda está fora do prazo; operadora tem prestadores, mas eles não têm agenda dentro dos prazos; operadora não consegue agendar no prazo e oferta reembolso, mas o usuário não concorda; operadora não agenda nenhuma data para realização do procedimento; operadora agenda para uma data muito distante.

Carência, no assistencial, é o subtema que registra as demandas que relatam dificuldade de acesso em razão da imposição de carência ao procedimento pretendido. Como exemplo, relatos de que a operadora nega cobertura em razão do contrato ser novo. Rol de Procedimentos e Coberturas reúne as reclamações que versam sobre a negativa de cobertura do procedimento propriamente dita, com alegações, como não constar no rol da ANS o pretendido, não preenchimento dos requisitos das diretrizes de utilização, atendimento fora da área de cobertura. Doenças e lesões preexistentes (DLPs) são as reclamações que trazem relatos de dificuldade de acesso, sob alegação de DLP, declarada ou não, ou imposição indevida de cobertura parcial temporária.

No subtema reembolso, caso esteja evidenciado que a situação limitou ou impediu o acesso, a demanda será classificada como assistencial e ficam as demais ocorrências como não assistencial. Rede de atendimento reúne as demandas em que os usuários comunicam o descredenciamento indevido de prestador de saúde, hospitalar ou não, que seguem rito distinto para apuração dessa infração específica, e, ainda, uma situação em que o demandante,

individualmente, teve seu acesso impedido ou limitado, por exemplo, quando o relato indica que a operadora afirmou não ter prestador disponível ou afirma reiteradamente estar procurando um prestador para a realização do procedimento.

Demandas não assistenciais também comportam grande variedade de assuntos. O subtema mensalidades e reajustes reúne as reclamações relativas ao pagamento das contraprestações pecuniárias e os reajustes nelas incidentes (mudança de faixa etária e/ou por variação de custos), o que engloba situações, por exemplo, operadora encaminhar cobrança ao beneficiário após exclusão do plano, alteração no valor da mensalidade após aposentadoria ou demissão, questionamentos sobre beneficiários da mesma faixa etária terem reajustes distintos, aplicação de reajuste de faixa etária em desacordo com as normas vigentes, aplicação de reajuste superior ao autorizado pela ANS, aplicação de reajuste sem que tenha havido aumento de sinistralidade no contrato coletivo.

Por fim, o subtema contratos e regulamentos são bastante extenso, o que permite apresentar categorias deles. Dessa forma, são grupos que se enquadram nesse subtema demandas sobre: carência e cobertura parcial temporária que não se relacionem com negativas de cobertura; adesão, contratação, vigência, manutenção e renovação do contrato; documentos de entrega obrigatória ao beneficiário; itens e cláusulas obrigatórias no contrato; demitidos, exonerados e aposentados; inclusão de dependentes; migração, adaptação e sucessão contratuais; portabilidade; suspensão e rescisão contratual; aplicação de mecanismos de regulação.

5.3 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELA NIP

5.3.1 Reclamações dos usuários

Os dados fornecidos pelas NIPs permitem analisar o volume e quais são as principais reclamações apresentadas pelos beneficiários de planos de saúde no País, e fornece informações para o próprio mercado sobre elementos que precisam ser melhor geridos internamente nas operadoras.

5.3.2 Volume

A Tabela 2 abaixo apresenta as variações no número de reclamações entre 2014 e 2019. Apesar da pequena série histórica, pode-se observar certa estabilidade no número de reclamações e aumento nos anos de 2015 e 2019.

Tabela 2 – Reclamações de 2014 a 2019

Ano	Quant.	Percentual (%)
2014	83.623	14,1%
2015	101.901	17,2%
2016	89.583	15,1%
2017	89.420	15,1%
2018	97.392	16,4%
2019	131.548	22,2%
Total	593.467	100,0%

Fonte: SIF Consulta – Demanda NIP

Quando comparado com o ano anterior, o ano de 2019 apresentou 34,9% mais registros de reclamações:

Tabela 3 – Evolução de demandas NIPs por natureza – 2018 e 2019

Tabela - Evolução de Demandas NIPs, por Natureza - 2018 e 2019

Natureza	2018	2019	Variação (%)
Assistencial	67.406	91.458	35,7%
Não Assistencial	30.279	40.354	33,3%
Total Geral	97.685	131.812	34,9%

Fonte: SIF/Consulta – Demanda NIP

O aumento de reclamações em 2015 pode ser explicado pela saída do mercado de uma operadora de grande porte, na cidade de São Paulo (Unimed Paulistana). Antes e durante o processo de encerramento da empresa, a assistência prestada restou enormemente prejudicada, o que provocou o aumento expressivo do número de reclamações contra ela junto à ANS. A quantidade de reclamações foi tamanha, que foi necessário destacar servidores para o trabalho exclusivo nessa operadora. Ao final, foi preciso reunir todas as demandas em processo diferenciado. Dessa forma, esse aumento do número de reclamações não pode ser relacionado a uma piora generalizada do comportamento do mercado, mas em razão da situação excepcional ocorrida. Certamente, saídas de operadoras são relativamente comuns e esse processo sempre desencadeia reclamações de todos os subtemas. O diferencial, que precisa ser considerado, é o porte da empresa que encerrou sua atividade em 2015, que contava com uma carteira de mais de 700.000 vidas.

Em 2019, porém, não houve um fator que pudesse explicar o aumento nas queixas dos usuários, como em 2015. Ao contrário daquele ano, em que as reclamações se concentraram na modalidade cooperativa, em 2019, todo o setor foi mais reclamado, em todos os principais subtemas.

5.3.3 Por modalidades de operadoras e por natureza

A Tabela 4 abaixo apresenta a variação de beneficiários por modalidade de planos de saúde entre 2014 e 2019. Quando se analisa quais modalidades de operadoras tiveram novos clientes no período, observa-se a subida mais acentuada na odontologia (cooperativas e de grupo), com queda na assistência médico-hospitalar, com exceção das medicinas de grupo:

Tabela 4 – Beneficiários por modalidade, de 2014 a 2019

Modalidade	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variação Anual
Administradora de Benefícios	0	0	0	0	0	0	-
Autogestão	5.417.041	5.454.799	5.186.550	5.017.642	4.818.015	4.597.631	
Cooperativa Médica	19.416.120	19.580.608	18.494.152	17.936.291	17.759.643	17.724.184	
Cooperativa Odontológica	3.042.324	3.080.646	3.069.183	3.115.036	3.216.244	3.300.780	
Filantropia	1.268.819	1.208.617	1.152.200	1.068.827	1.059.555	1.006.618	
Medicina de Grupo	21.071.999	21.112.820	22.094.093	23.293.660	24.263.011	25.115.625	
Odontologia de Grupo	11.775.568	12.153.325	11.496.222	11.550.220	12.159.760	12.569.513	
Seguradora Especializada em Saúde	7.924.272	7.769.800	7.376.394	7.115.832	7.309.616	7.651.038	
Total	69.916.142	70.360.614	68.868.792	69.097.507	70.585.842	71.965.387	

Fonte: TabNet

Contudo, as operadoras odontológicas representam uma parcela bastante pequena das reclamações registradas na ANS, conforme observa-se na Tabela 5 abaixo:

Tabela 5 – Reclamações por Modalidade, de 2014 a 2019

Modalidade	Quant.	Percentual (%)
Seguradora	55	0,0%
Cooperativa odontológica	887	0,1%
Filantropia	4.554	0,8%
Odontologia de Grupo	7.853	1,3%
Administradora de Benefícios	33.066	5,6%
Autogestão	42.562	7,2%
Seguradora Especializada em Saúde	99.992	16,8%
Cooperativa Médica	158.720	26,7%
Medicina de Grupo	245.778	41,4%
Total	593.467	100,0%

Fonte: SIF – Consulta. Data de extração: 22 jun. 2020

As demandas assistenciais sempre foram as mais reclamadas na ANS, o que possivelmente pode ser explicado pelo imediatismo que tais situações reúnem: fala-se de algo que precisa ser resolvido para que o acesso à assistência seja garantido, ao passo que as demandas não assistenciais lidam com o que pode ser chamado de a parte “burocrática” de ter um plano de saúde, questões que muitas vezes são discutidas previamente com as operadoras diretamente.

Tabela 6 - Reclamações por Natureza, de 2014 a 2019

Natureza	Quant.	Percentual (%)
Assistencial	414.618	69,9%
Não Assistencial	178.849	30,1%
Total	593.467	100,0%

Fonte: SIF – Consulta. Data de extração: 22 jun. 2020

É possível observar, porém, uma forte tendência de alta das reclamações não assistenciais, que praticamente dobraram a quantidade geral no período analisado, o que passou de 21.546 em 2014 para 40.119 em 2019.

Tabela 7 – Reclamações por Natureza e Ano, de 2014 a 2019

ANO	Assistencial	Não Assistencial	Percentual Assistencial (%)
2014	62.077	21.546	74,2%
2015	71.427	30.474	70,1%
2016	61.267	28.316	68,4%
2017	61.026	28.394	68,2%
2018	67.392	30.000	69,2%
2019	91.429	40.119	69,5%
Total	414.618	178.849	69,9%

Fonte: SIF – Consulta. Data de extração: 22 jun. 2020

As operadoras que concentram os maiores números totais de reclamações são as da modalidade medicina de grupo, seguidas pelas cooperativas e seguradoras de saúde, o que espelha a quantidade de beneficiários que cada grupo tem.

Tabela 8 – Reclamações por modalidade, de 2014 a 2019

Modalidade	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variação Anual
Administradora de Benefícios	4.932	6.931	6.992	5.474	4.591	4.146	
Autogestão	4.353	5.531	7.173	8.338	8.242	8.925	
Cooperativa Médica	23.478	36.483	23.988	21.100	22.778	30.893	
Cooperativa odontológica	83	98	115	159	184	248	
Filantropia	743	756	756	674	731	894	
Medicina de Grupo	34.533	36.683	35.215	36.654	40.070	62.623	
Odontologia de Grupo	841	1.101	1.204	1.332	1.540	1.835	
Seguradora Especializada em Saúde	14.660	14.318	14.140	15.689	19.256	21.984	
Total	83.623	101.901	89.583	89.420	97.392	131.548	

Fonte: SIF – Consulta

Quando se aplica o cálculo para formação de uma taxa de reclamação, observa-se que são as seguradoras especializadas em saúde as empresas que possuem os beneficiários mais insatisfeitos, numa curva ascendente praticamente constante no período analisado.

Tabela 9 – Taxa (Reclamações/Beneficiários), por modalidade, de 2014 a 2019

Modalidade	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variação Anual
Administradora de Benefícios							
Autogestão	8,0	10,1	13,8	16,6	17,1	19,4	
Cooperativa Médica	12,1	18,6	13,0	11,8	12,8	17,4	
Cooperativa odontológica	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,8	
Filantropia	5,9	6,3	6,6	6,3	6,9	8,9	
Medicina de Grupo	16,4	17,4	15,9	15,7	16,5	24,9	
Odontologia de Grupo	0,7	0,9	1,0	1,2	1,3	1,5	
Seguradora Especializada em Saúde	18,5	18,4	19,2	22,0	26,3	28,7	
Total	62	72	70	74	82	102	

Fonte: SIF – Consulta

Nota: Fórmula da taxa (Reclamações/Beneficiários) x 10.000

As medicinas de grupo ocupam o segundo lugar, mas seu desenvolvimento aponta períodos de melhoria, com subida no último ano do estudo, o que ocorreu com o mercado inteiro. O mesmo poder ser apontado sobre as cooperativas, com o adendo de que, nesse caso, é possível observar o impacto da saída do mercado da Unimed Paulistana, explicado anteriormente, no ano de 2015. Enquanto as demais modalidades apresentam leve elevação (ou até mesmo queda, como no caso das seguradoras), as cooperativas registraram 6,5 pontos a mais em sua taxa de reclamação naquele ano, o que reforça o impacto da quebra da operadora nos números.

5.3.4 Por região

Regionalmente, as reclamações se concentram nos dois estados com maior número de beneficiários, que respondem por 55,6% do total de queixas registradas na ANS e contam

com 34.660.216 pessoas com planos de saúde – 48,1% do mercado, São Paulo e Rio de Janeiro.

Nas tabelas seguintes, constam as evoluções da quantidade de beneficiários de planos de saúde por estado e a quantidade de reclamações registradas na ANS por cada um deles, também a partir da unidade da Federação declarada como residência.

Tabela 10 – Beneficiários por estado, de 2014 a 2019

Unidade Federativa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variação Anual
Acre	56.765	58.561	55.878	56.012	56.718	56.894	
Alagoas	684.306	694.824	661.703	647.466	645.208	639.977	
Amapá	107.676	109.618	111.182	113.761	115.409	111.589	
Amazonas	941.983	917.368	854.845	888.239	907.919	942.138	
Bahia	2.884.608	2.871.183	2.833.777	2.882.245	3.041.029	3.095.299	
Ceará	1.867.445	1.902.754	1.936.378	2.043.356	2.169.132	2.225.128	
Distrito Federal	1.600.134	1.501.375	1.399.716	1.339.429	1.398.462	1.463.105	
Espírito Santo	1.515.591	1.526.272	1.503.732	1.494.768	1.553.968	1.609.686	
Goiás	1.555.588	1.647.798	1.652.521	1.682.816	1.729.686	1.785.996	
Maranhão	651.556	656.787	623.626	631.722	653.326	664.829	
Mato Grosso	645.211	688.192	709.201	731.836	770.948	790.956	
Mato Grosso do Sul	674.849	735.370	759.911	764.645	738.317	741.430	
Minas Gerais	7.103.713	7.075.945	6.885.305	6.910.756	7.018.592	7.139.733	
Pará	1.235.008	1.277.364	1.226.738	1.189.116	1.176.390	1.197.597	
Paraíba	606.127	646.631	669.883	693.649	738.032	779.963	
Paraná	3.925.225	3.979.825	3.919.118	3.948.670	4.046.093	4.127.063	
Pernambuco	2.194.970	2.159.385	2.153.452	2.195.424	2.230.320	2.290.363	
Piauí	336.042	352.700	361.724	375.328	402.164	407.350	
Rio de Janeiro	8.933.180	8.989.648	8.469.176	8.292.894	8.503.926	8.695.820	
Rio Grande do Norte	801.049	803.234	783.847	793.607	828.291	837.914	
Rio Grande do Sul	3.368.083	3.367.959	3.353.050	3.334.768	3.345.253	3.321.447	
Rondônia	248.420	261.840	265.836	264.186	269.741	255.980	
Roraima	39.760	40.272	37.829	38.401	38.077	39.361	
Santa Catarina	1.873.975	1.944.861	1.915.429	1.954.057	1.982.924	1.996.514	
São Paulo	25.394.531	25.442.130	24.845.931	25.057.663	25.454.766	25.964.396	
Sergipe	498.460	510.393	483.192	489.010	512.368	513.734	
Tocantins	132.252	136.535	140.249	146.154	154.828	213.135	
Total	69.876.502	70.298.823	68.613.222	68.959.972	70.481.882	71.907.393	

Fonte: TabNet

Nota: Foram desconsiderados beneficiários sem informação de moradia (UF)

Tabela 11 – Reclamações por UF, de 2014 a 2019

UF	Quant.	Percentual (%)
SP	217.977	36,7%
RJ	112.355	18,9%
PE	42.222	7,1%
MG	40.739	6,9%
BA	34.092	5,7%
DF	27.425	4,6%
PR	18.378	3,1%
CE	14.606	2,5%
SC	13.124	2,2%
RS	10.401	1,8%
ES	9.918	1,7%
GO	8.986	1,5%
RN	5.329	0,9%
PA	5.186	0,9%
MA	5.028	0,8%
AL	5.008	0,8%
SE	4.630	0,8%
MT	4.059	0,7%
PB	3.662	0,6%
AM	3.046	0,5%
MS	2.437	0,4%
RO	1.441	0,2%
PI	1.023	0,2%
TO	993	0,2%
AP	652	0,1%
AC	411	0,1%
RR	339	0,1%
Total	593.467	100,0%

Fonte: SIF – Consulta. Data de extração: 22 jun. 2020

No total de reclamações por estado, destaca-se o número de queixas registradas pelos consumidores de Pernambuco que, embora seja o sétimo colocado no total de beneficiários, concentra 7,1% das reclamações, sendo o terceiro mais demandante. Os três estados que registram menos queixas são os que possuem menos beneficiários no sistema de saúde suplementar.

5.3.5 Por período do ano

Considerando os meses individualmente, percebe-se que, entre os meses de julho e de novembro, há aumento no registro das demandas, as quais apresentam números menores em meses de festas e férias:

Tabela 12 – Reclamações por mês, de 2014 a 2019

Mês	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Varição Mensal
Jan	5.436	7.541	6.730	7.097	7.890	9.580	
Fev	4.961	6.177	7.559	5.764	6.829	9.181	
Mar	6.064	7.936	8.212	7.801	8.873	8.802	
Abr	6.881	6.435	6.381	6.254	8.637	10.258	
Mai	6.464	6.315	6.403	7.882	8.168	10.070	
Jun	5.528	7.269	7.194	7.654	7.722	9.565	
Jul	7.942	9.012	7.463	7.933	8.460	11.811	
Ago	7.435	8.933	8.227	8.717	9.305	11.801	
Set	8.479	12.256	8.575	7.809	8.291	12.157	
Out	9.881	11.391	8.089	8.376	8.643	14.693	
Nov	8.154	11.195	8.097	7.545	7.569	12.638	
Dez	6.398	7.441	6.653	6.588	7.005	10.992	
Total	83.623	101.901	89.583	89.420	97.392	131.548	

Fonte: SIF – Consulta. Data de extração: 22 jun. 2020

Explicações possíveis para a sazonalidade de queixas dos usuários de planos de saúde é o inverno, que é mais rigoroso no País exatamente nas regiões que concentram mais beneficiários e leva a maiores buscas por atendimentos de doenças do trato respiratório; a aplicação dos reajustes nos contratos, que ocorre em momento próximo aos de alta; e a queda da procura por procedimentos eletivos em meses em que ocorrem férias escolares e festividades, como Natal, Ano-Novo e Carnaval.

5.3.6 Por tipo de queixa

Ao realizar uma análise estratificada das queixas dos consumidores de planos de saúde, considerando os temas e subtemas narrados, observa-se a prevalência de problemas no subtema gerenciamento de ações de saúde, que responde por 28,7% do total de demandas registradas em todo o período de 2014 a 2019, conforme pode ser observado na Tabela 13 abaixo.

Tabela 13 - Reclamações por Tema e Subtema, de 2014 a 2019

Tema	Subtema	Quant.	Percentual (%)
Cobertura	Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, co-participação e outros)	170.443	28,7%
	Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)	61.477	10,4%
	Prazos Máximos para Atendimento	60.735	10,2%
	Rede de Atendimento (rede conveniada)	55.301	9,3%
	Reembolso	51.581	8,7%
	Carência	9.761	1,6%
	Doença ou Lesão Preexistente, Cobertura Parcial Temporária e Agravado	5.320	0,9%
Contratos e Regulamentos	Suspensão e Rescisão Contratuais	58.489	9,9%
	Contratação/Adesão, Vigência, Manutenção e Renovação	17.099	2,9%
	Itens Obrigatórios e Cláusulas Contratuais	14.737	2,5%
	Documentos de Entrega Obrigatória ao Consumidor	12.458	2,1%
	Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, co-participação e outros)	9.953	1,7%
	Portabilidade de Carências	7.926	1,3%
	Inclusão de Dependentes do Consumidor	5.169	0,9%
	Demitidos, Exonerados e Aposentados	4.660	0,8%
	Migração, Adaptação e Sucessão Contratuais	3.282	0,6%
	Mensalidade ou Contraprestação Pecuniária	25.905	4,4%
Mensalidades e Reajustes	Reajuste por Variação de Custos	10.661	1,8%
	Reajuste por Mudança de Faixa Etária	7.776	1,3%
	Reajuste por Sinistralidade	734	0,1%
Total		593.467	100,0%

Fonte: SIF – Consulta. Data de extração: 22 jun. 2020

No cômputo geral do período analisado, as reclamações mais registradas por beneficiários de planos de saúde contra suas operadoras, no órgão regulador, são: 1) gerenciamento de ações de saúde; 2) rol de procedimentos e coberturas; 3) prazos máximos de atendimento; 4) suspensão e rescisão contratuais; e 5) rede de atendimento. A cada 5 queixas

registradas, 4 se referem à prestação da assistência à saúde e relatam a imposição de alguma dificuldade para a utilização do plano; os três primeiros subtemas concentram praticamente a metade de todas as reclamações recebidas pela ANS – 49,3% – e são todos assistenciais.

Há variações quando se observa a evolução das reclamações por subtema ano a ano, conforme a Tabela 14 a seguir:

Tabela 14 – Reclamações por temas e subtemas, de 2014 a 2019

Tema	Subtema	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Cobertura	Gerenciamento das Ações de Saúde	21.460	32.370	27.640	26.249	25.431	37.293	170.443
	Rol de Procedimentos e Coberturas (7.632	7.141	7.349	9.709	11.590	18.056	61.477
	Prazos Máximos para Atendimento	17.078	10.771	7.690	7.729	8.379	9.088	60.735
	Rede de Atendimento (rede conveniã	6.887	11.500	9.365	7.941	8.952	10.656	55.301
	Reembolso	6.876	7.660	7.173	6.989	10.261	12.622	51.581
	Carência	1.163	1.253	1.260	1.536	1.871	2.678	9.761
	Doença ou Lesão Preexistente, Cobe	981	732	790	873	908	1.036	5.320
Contratos e Regulamentos	Suspensão e Rescisão Contratuais	6.135	9.214	7.969	9.500	9.678	15.993	58.489
	Contratação/Adesão, Vigência, Manu	1.930	3.375	3.248	2.876	2.929	2.741	17.099
	Itens Obrigatórios e Cláusulas Contra	1.252	1.478	1.566	2.154	3.487	4.800	14.737
	Documentos de Entrega Obrigatória	1.896	2.935	2.646	1.982	1.804	1.195	12.458
	Gerenciamento das Ações de Saúde	1.984	2.056	1.778	1.136	1.374	1.625	9.953
	Portabilidade de Carências	1.239	1.774	1.059	894	844	2.116	7.926
	Inclusão de Dependentes do Consum	676	800	872	1.026	1.051	744	5.169
	Demitidos, Exonerados e Aposentad	604	923	883	779	757	714	4.660
	Migração, Adaptação e Sucessão Cor	500	516	545	400	446	875	3.282
Mensalidades e Reajustes	Mensalidade ou Contraprestação Pe	2.883	4.523	4.779	4.331	4.201	5.188	25.905
	Reajuste por Variação de Custos	1.134	1.474	1.670	2.029	1.977	2.377	10.661
	Reajuste por Mudança de Faixa Etári	1.194	1.273	1.163	1.126	1.335	1.685	7.776
	Reajuste por Sinistralidade	119	133	138	161	117	66	734
Total		83.623	101.901	89.583	89.420	97.392	131.548	593.467

Fonte: SIF – Consulta. Data de extração: 22 jun. 2020

Por ano analisado, o *ranking* das três principais reclamações registradas na ANS tem pouca alteração, mas apresenta dados relevantes sobre o crescimento de outras queixas. Como exemplo, as demandas sobre reembolso saíram de 6.876 em 2014 para 12.622 em 2019, um salto de 83,5%. Já as NIPs sobre suspensão e rescisão contratuais tiveram um aumento de 160% no período analisado.

Observa-se uma alternância no segundo subtema mais demandado: enquanto em 2014 eram as queixas sobre prazos máximos de atendimento e tem o rol de procedimentos e coberturas em segundo lugar, ao final de 2019, eram essas as questões mais demandadas com aquelas na terceira posição. De fato, há uma diminuição constante no número de reclamações sobre prazos enquanto se elevam as relativas à cobertura propriamente dita, à exceção dos dois últimos anos analisados, que mostram elevação nos números gerais computados.

Também se destacam os números relativos aos reajustes dos planos de saúde, que não alcançam, em nenhum dos anos estudados, o *ranking* dos cinco temas mais reclamados, mantendo a sétima posição dos assuntos que provocam maior insatisfação dos usuários. Mesmo quando se agrupam as demandas, para enquadrá-las em subtemas mais genéricos, com menor estratificação do relato apresentado pelos beneficiários (nesse caso, todas as variações foram agrupadas; como exemplo, são consideradas as queixas relativas a todos os

tipos de reajuste e não mais separadamente em faixa etária, variação de custos, etc., como nas tabelas anteriores), a matéria reajuste representa 7,6% do total reclamado na ANS de 2014 a 2019, conforme a Tabela 15 abaixo:

Tabela 15 – Reclamações por tema, de 2014 a 2019

Tema	Quant.	Percentual (%)
Cobertura	414.618	69,9%
Contratos e Regulamentos	133.773	22,5%
Mensalidades e Reajustes	45.076	7,6%
Total	593.467	100,0%

Fonte: SIF – Consulta. Data de extração: 22 jun. 2020

Pode-se afirmar que a ANS possui o maior canal administrativo para registro de reclamações de usuários da saúde privada. Quando comparados os dados da Agência com os registrados no Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor (Sindec), tem-se que esse computou, no ano de 2018, 28.022 queixas classificadas como “plano de saúde (médico/odontológico)”; em 2019, esse número foi 33.427, conforme informações extraídas do site do Sindec. Assim, considerando-se o papel protagonista da NIP da ANS, os números dessa pesquisa permitem alguns apontamentos sobre os temas mais reclamados, que podem ser relevantes tanto para o aprimoramento regulatório quanto para a gestão das operadoras reguladas, no que se refere aos assuntos que originam as demandas.

Primeiramente, há que se considerar o total de reclamações apresentadas sobre o tema gerenciamento de ações de saúde, que, em seis anos, reuniu 170.443 NIPs e foi o mais demandado em todos os anos da pesquisa. É certo que essa classificação abrange ações diversas que podem ser tomadas pelas operadoras de planos de saúde, o que forma um mix complexo e amplo de possíveis causas de insatisfação. Em outras palavras, não se está tratando de um tema específico ou de uma norma que pode estar sendo reiteradamente desrespeitada, mas sim de um conjunto delas, o que pode justificar a concentração de reclamações.

Incluem-se, no subtema gerenciamento de ações de saúde, por exemplo, todas as questões derivadas das juntas médicas e, ainda, as resultantes da aplicação de mecanismos de regulação assistencial. As juntas médicas possuem um normativo relativamente novo (RN nº 424, de 26 de junho de 2017), que impõe uma série de obrigações para os setores regulados;

ainda, todos os procedimentos para realização e conclusão de juntas médicas ou odontológicas devem ser concluídos dentro dos prazos máximos de atendimento, impostos pela RN nº 259 de 2011, tornando o processo ainda mais dinâmico e deixando as operadoras potencialmente mais expostas à possíveis queixas de seus usuários, em razão da dependência de terceiros que existe nesse fluxo. Já os mecanismos de regulação assistencial possuem normatização antiga e devassada e possibilita interpretações subjetivas a cada caso analisado.

Assim, embora o subtema seja o campeão de reclamações, há muitas variáveis na interpretação desses dados, que impossibilitam afirmar que o mercado regulado falha num ponto específico. De fato, seria um aprimoramento da ferramenta NIP uma separação na classificação dessas demandas, o que viabilizaria a melhor utilização dessas informações tanto em âmbito regulatório, por exemplo, para uma moderna normatização dos mecanismos assistenciais que geram mais queixas, quanto para o próprio mercado, na correção de falhas reiteradas.

Verifica-se uma alternância na segunda posição dos subtemas mais registrados na ANS, entre demandas de prazos de atendimento e as de cobertura propriamente ditas, embora o resultado total das duas reclamações sejam muito próximo, é possível uma melhor visualização quando se destacam os dados sobre esses subtemas.

Quadro 1 – Subtemas por ano

Subtema	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)	7.632	7.141	7.349	9.709	11.590	18.056	61.477
Prazos Máximos para Atendimento	17.078	10.771	7.690	7.729	8.379	9.088	60.735

Fonte: elaborado pelo autor (2021)

Nesse caso, é possível apontar uma tendência de mudança de comportamento do setor de saúde privada, que, provavelmente, aderiu mais fortemente aos mandamentos regulatórios relativos aos prazos de atendimento, o que se reflete na diminuição dos números de queixas relativas a essa questão. Por outro lado, as matérias referentes à cobertura (e aqui se repete estão os relatos de procedimentos negados por não estarem no rol, negativas baseadas no não atendimento de diretrizes de utilização, atendimentos fora de área de cobertura etc.) tiveram subidas expressivas e constantes, sem que houvesse mudança normativa pontual na matéria à

exceção das atualizações do rol de procedimentos de cobertura obrigatória, que ocorrem a cada dois anos.

Não é possível afirmar que houve um deslocamento das queixas, que elas simplesmente mudaram de lugar, embora essa seja uma das possibilidades: as ações das operadoras passaram a ser mais centradas no procedimento pretendido, já que a norma dos prazos, como dito, relaciona-se com a capacidade da rede de prestadores. Também é possível considerar que as revisões do rol impactam nesse subtema, uma vez que ampliam as coberturas e, conseqüentemente, o número de usuários demandantes/reclamantes.

Por fim, os números podem demonstrar que as operadoras estão aplicando critérios mais rígidos para liberação dos procedimentos – principalmente se considerar o total de demandas sobre a imposição de juntas médicas. De toda forma, há uma tendência de alta estabelecida nas reclamações desse subtema, o que já poderia ser alvo de ações por parte do órgão regulador, seja em promover estudos detalhados para melhor compreender o cenário, seja para tomada de decisões que visem evitar a repetição desse tipo de reclamação, salvaguardando os beneficiários de planos de saúde.

Cabe uma última consideração, sobre as demandas de reajustes. Se a ANS é a maior recebedora administrativa de reclamações de beneficiários de planos de saúde, os números coletados demonstram que as variações de contraprestações pecuniárias não são o maior problema relatado pelos consumidores, ao contrário do que pode ser interpretado a partir das notícias publicadas sobre o tema.

Carvalho, Porto e Ramalho (2018) compararam os canais de atendimento NIP e consumidor.gov e apontaram substancial diferença tanto nas matérias tratadas quanto no total de queixas recebidas. De acordo com os autores, o consumidor.gov recebeu, no ano de 2017, por exemplo, 2.596 demandas sobre planos de saúde, enquanto a Agência Reguladora registrou 89.420 no mesmo período. No geral, os autores registraram que, no canal do Ministério da Justiça, os relatos se concentram exatamente no tema “cobrança/contestação”, que somou 41,81% dos casos, enquanto a ANS reúne maioria assistencial.

Ainda que se pudesse afirmar a existência de uma divisão de canais – o que não é possível diante dos dados que demonstram a quantidade de demandas de cada um deles e as especificidades dos canais – em que os beneficiários optariam por um canal de reclamação em detrimento do outro para tratar do assunto reajuste. Os números totais reunidos demonstram que os principais problemas enfrentados pelos consumidores de planos de saúde no Brasil são de ordem assistencial, relacionados de alguma forma à aplicação dos normativos reguladores

(imposição de juntas, prazo de atendimento, procedimento estar ou não previsto no rol), registrados como reclamação na ANS e tratados via NIP.

5.4 RESULTADOS ALCANÇADOS PELA NIP NA REGULAÇÃO DO SETOR

Como monitora sistematicamente o funcionamento do mercado, sob o ponto de vista do usuário, a NIP se tornou um instrumento regulatório que fundamenta outros programas da de suma importância para a regulação exercida ANS, além das ações de fiscalização. Mesmo nas atribuições fiscalizatórias da Agência, a NIP produz efeitos diversos da instauração do processo sancionador, sendo base de indicador para um programa de fiscalização proativa, chamado Intervenção Fiscalizatória.

No acompanhamento assistencial, a NIP é a base para a ação do órgão regulador que proíbe as operadoras de comercializarem determinados produtos, em certo período, em razão de uma provável incapacidade de atendimento. É exclusivamente em função dos relatos dos beneficiários que essa decisão é tomada. Funcionando como uma ferramenta comparativa de operadoras, o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), que atribui uma nota anual para as empresas, também utiliza os dados agregados na NIP na formulação de um de seus indicadores.

Por fim, a NIP é a base do Índice Geral de Reclamações (IGR), divulgado mensalmente pela ANS, para orientar os consumidores sobre o comportamento das operadoras em relação às reclamações recebidas. Para além de todas essas utilizações, que são normatizadas pela Agência, os números da NIP também são rotineiramente utilizados na formulação de políticas regulatórias, tanto no momento de elaboração e votação de novos normativos como no processo de tomada de decisão sobre intervenções, como direção fiscal, ou para decretação e/ou expansão de períodos de portabilidade especial, por exemplo. Trata-se de um valioso conjunto de dados, que consegue refletir com relativa rapidez o comportamento do mercado regulado a partir da narrativa de seus usuários.

5.4.1 Insumo fiscalizatório e resolutividade da NIP

Como ferramenta de fiscalização, o primeiro efeito de uma NIP não resolvida e encaminhada para um fiscal é de que ela vira subsídio para a lavratura de um auto de infração contra a operadora de plano de saúde e inaugura o processo administrativo sancionador da

ANS, que pode aplicar penalidades, como advertência, multa pecuniária e suspensão do cargo de administrador.

Observa-se que existem requisitos para que a NIP possa ser utilizada como insumo para a lavratura de um auto de infração. Em primeiro lugar, ela precisa ter sido classificada como não resolvida na primeira fase da ferramenta; em sequência, as informações reunidas são analisadas por um servidor da Diretoria de Fiscalização da ANS. Isso porque, embora o consumidor possa ter informado a não solução do problema, por exemplo, isso não significa que há uma infração administrativa a ser penalizada – a operadora pode ter atuado no caso de acordo com as regras reguladoras e não haver infração. Superada essa etapa, se são identificados indícios de infração, a demanda é encaminhada para um fiscal, que ainda pode fazer nova classificação. Apenas superadas todas essas etapas é que a NIP se torna um insumo para a abertura do processo administrativo sancionador, quando passam a incidir todas as normas processuais aplicáveis.

Ainda no âmbito da fiscalização, as NIPs são consideradas para o cálculo do Índice de Fiscalização um indicador que é calculado a cada seis meses para identificar condutas reiteradas por parte das operadoras e que pode as colocar no programa de Intervenção Fiscalizatória, uma ação proativa da ANS, que manda fiscais *in loco* para identificar e eventualmente punir falhas na operação das empresas que estejam gerando número excessivo de reclamações na autarquia. O programa de intervenção possui regras próprias, dispostas em IN, embora esteja referenciado tanto na RN nº 388, de 2015, quanto na RN nº 444, de 2019, nas quais são estabelecidas normas gerais e limitadoras.

De acordo com a IN nº 13, de 28 de julho de 2016 (alterada pela IN nº 14/2016 e pela IN nº 16/2019), a intervenção fiscalizatória é um

[...] conjunto de ações planejadas, sistematizadas e dotado de critérios de seleção objetivos, executadas conforme o previsto no plano semestral pelos agentes especialmente designados para a realização das operações fiscalizatórias, a fim de identificar e solucionar condutas infrativa potencial e/ou efetivamente praticadas. (art. 10).

Assim, é um programa de fiscalização proativa, que busca, por meio de ações periódicas e sistematizadas, e de um escopo limitado e pré-definido, a identificação e correção das causas de eventuais falhas nos processos de trabalho das operadoras, que geram reiteradas reclamações na ANS.

Durante o período de um semestre, as operadoras são avaliadas e acompanhadas por meio do Indicador de Fiscalização, que é calculado duas vezes: ao final do primeiro trimestre,

com o objetivo de indicar para a empresa como está seu desempenho; e ao final do semestre, para aplicação dos critérios de seleção para o programa. O indicador está detalhado no anexo da Instrução Normativa, mas sua composição é toda baseada nas NIPs, sendo atribuídos valores distintos para as não resolvidas, as arquivadas por RVE e, ainda, para as inativas. As operadoras são classificadas em faixas de desempenho e apenas são selecionadas as de grande e médio porte, que apresentem um quantitativo mínimo de demandas de reclamações. Essa limitação, de acordo com o descritivo do indicador, pretende que as ações do programa de intervenção atinjam um número maior de beneficiários. Também limita a seleção de operadoras a quantidade de recursos humanos disponíveis naquele semestre.

Na intervenção, são identificadas operadoras que receberam um número elevado de reclamações; caso sejam selecionadas para o programa, uma nota dos técnicos da ANS irá delimitar quais tipos de reclamações ocorreram em maior quantidade naquele período e é sobre essas questões que se baseará o trabalho. O objetivo é a correção de eventuais falhas operacionais nas empresas, que estejam refletindo na insatisfação dos usuários. Como exemplo, um número elevado de NIPs sobre gerenciamento de ações de saúde pode significar uma falha da operadora na composição e conclusão de juntas médicas, ou a incidência indevida de mecanismos de regulação. A atuação da fiscalização, nesses casos, será identificar a causa dessas falhas e incentivar a reanálise dos processos de trabalho, com a identificação, escolha e implementação das medidas de correção por parte das empresas.

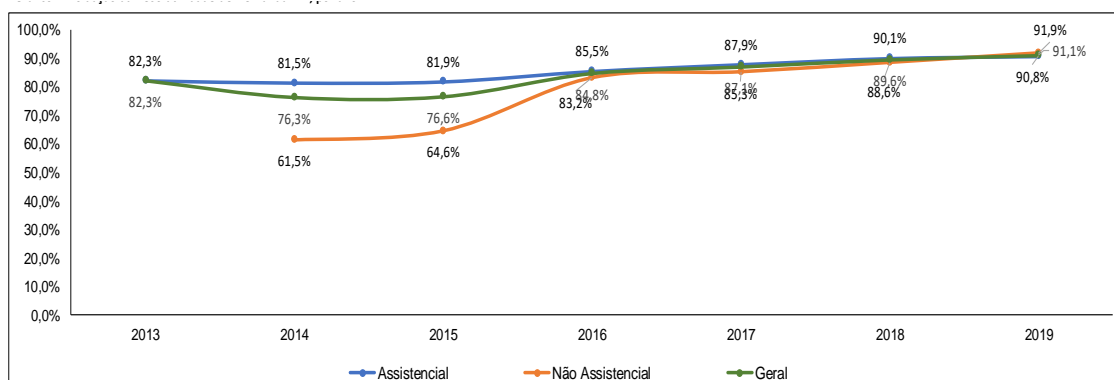
O não cumprimento das correções sujeita as operadoras à aplicação de penalidades que podem ser a multa pecuniária, o afastamento da possibilidade de utilização do instituto da reparação voluntária e eficaz – RVE, o afastamento da possibilidade de pagamento das multas pecuniárias com os descontos previstos na RN nº 388 de 2015 e a suspensão do administrador.

Um dos elementos constantes do contrato de gestão da ANS e parte do planejamento estratégico 2021/2024 da Agência, o índice de resolutividade da NIP é medido e divulgado com regularidade, tendo como objetivo principal medir a adesão do mercado à ferramenta.

A fórmula utilizada ainda não foi atualizada para as nomenclaturas trazidas pela Resolução Normativa nº 444 de 2019. Contudo, não há prejuízo para o cálculo, tendo em vista que as mudanças apenas atingiram o nome dado para cada finalização. A resolutividade das demandas é medida considerando as NIPs não procedentes, inativas e finalizadas por reparação voluntária e eficaz e tem como denominador todas essas mesmas demandas, acrescidas das não resolvidas e enviadas para lavratura de auto de infração.

É possível observar forte adesão do mercado regulado à ferramenta a partir da evolução do índice de resolutividade:

Gráfico 2 – Evolução da resolutividade de demanda NIP, por ano



Fonte: SIF – Consulta

A média geral de resolutividade passa a subir a partir de 2016, mesmo ano em que entrou em vigor a RN nº 388/2015, o que eleva a NIP à condição de insumo para a lavratura do auto de infração e início do processo administrativo sancionador. Também há expressiva mudança em relação às NIPs não assistenciais, que até essa resolução não eram analisadas previamente (se não fossem resolvidas, já viravam processo).

Guerra e Salinas (2020) contestam os números de resolutividade apresentados pela ANS. Para os autores, a fórmula do indicador utilizada pela agência distorce os resultados, por considerar as demandas em que não houve manifestação favorável expressa do beneficiário como resolvidas e afirma existir falta de precisão, o que enfraquece a NIP como mecanismo de resolução de conflitos.

Internamente, a ANS realiza auditorias nas demandas inativas e busca analisar aquelas que não foram respondidas pelos usuários. As médias alcançadas nessas checagens são de 70%, ou seja, das reclamações que foram inativadas porque o consumidor não deu retorno para a Agência, 30% não teriam sido resolvidas sob o ponto de vista do demandante. Esse resultado não permite afirmar prejuízo para o índice ou para a ferramenta, já que essas respostas demonstram uma insatisfação que pode ocorrer mesmo nas demandas respondidas, analisadas e arquivadas por não existirem indícios de infração, o que reforça o caráter intermediador da NIP.

5.4.2 A NIP como base do programa de monitoramento da garantia de atendimento

Em 2011, a ANS definiu, via RN nº 259, prazos máximos para que as operadoras prestassem a assistência demandada por seus clientes. Assim, por exemplo, foi estabelecido o prazo de 3 dias úteis para serviços de análises clínicas em regime ambulatorial e de 21 dias úteis para cirurgias eletivas. A pretensão regulatória expressa por essa norma era a de aferir a capacidade de rede das operadoras de planos de saúde, isto é, se as empresas contavam com profissionais e estabelecimentos prestadores de serviços de saúde em número suficiente para atender a todos os seus beneficiários, medindo isso por meio da realização dos atendimentos em prazos pré-determinados.

Como consequência do descumprimento dessas regras, as operadoras estão sujeitas à suspensão de comercialização de parte ou de todos os seus produtos e a decretação do regime especial de direção técnica, e pode, nesse caso, ser determinado o afastamento dos dirigentes da empresa (art. 12-A, RN nº 239/2011). As medidas, que podem ser cumuladas ou não, são consideradas cautelares, já que o objetivo é proteger os consumidores, que estariam em uma operadora com baixa capacidade de atendimento, e os prováveis novos clientes, que entrariam em um plano nessa situação.

Para acompanhar o cumprimento das normas atinentes aos prazos, foi criado o Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, que utiliza como base as reclamações registradas na ANS. Disciplinado primeiramente pela IN nº 38 de 2012, e, atualmente, regido pela IN nº 48. O programa utiliza as NIPs e o Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) como fontes de dados, que são aplicados num indicador e classifica as operadoras em quatro faixas. São utilizadas as demandas NIPs já processadas e devidamente classificadas em Reparação Voluntária e Eficaz (RVE) e encaminhadas para lavratura de auto de infração, tendo como denominador o número médio de beneficiários informados da operadora.

A RVE é um instrumento que implica na adoção, por parte das operadoras de planos de saúde, das medidas necessárias para a solução da demanda, o que resulta na reparação dos prejuízos ou danos eventualmente causados e no cumprimento útil da obrigação, conforme redação do art. 20 da RN nº 388 de 2015. A RVE é reconhecida quando, dentro dos prazos da NIP, a operadora que, eventualmente tenha cometido descumprimento das regras regulatórias, adequa sua conduta e atende ao usuário. Na fiscalização, a aplicação do RVE encerra a NIP, uma vez que o conflito foi solucionado no prazo estipulado, mas os dados dessas demandas são extraídos para o programa, juntamente com os casos classificados como não resolvidos.

Conforme apontam Freire e Tostes (2021), a escolha por demandas que concluíram o ciclo completo da NIP, isto é, que foram devidamente classificadas pela equipe de fiscalização, valida a suspensão de comercialização de produtos:

Isso porque, em fase de intermediação, a operadora pode e deve apresentar toda sua argumentação sobre o ocorrido, o que é devidamente considerado em sua classificação. Dessa forma, se a reclamação ultrapassa essa etapa mantendo a chancela de não resolvida, há indícios suficientes para a abertura de processo sancionador. O mesmo pode ser aplicado às reclamações que são classificadas como RVE, já que estas, embora não sigam para eventual aplicação de sanção, são assim consideradas porque houve falha, mas ela foi corrigida dentro de um prazo estipulado normativamente. Em ambos os casos, portanto, é demonstrado o desequilíbrio no atendimento aos usuários. (FREIRE; TOSTES, p. 54, 2021).

Trimestralmente, os dados são extraídos, é aplicada a fórmula do indicador (anexo da IN nº 48/2015), e as operadoras classificadas na faixa 3 podem ter decretada a suspensão de comercialização de produtos. Essa restrição esclarece-se não se aplica necessariamente a todos os produtos da operadora em questão, mas sim àqueles que concentraram as reclamações, de forma que uma mesma operadora pode ter um, alguns ou todos os seus planos suspensos. O objetivo é não permitir o ingresso de novos consumidores em produtos que já demonstraram a incapacidade de atendimento no período avaliado, ao mesmo tempo em que resguarda aqueles que lá já estão. O prazo da medida, também de três meses, deve ser usado pela operadora para adequar a rede de prestadores, de maneira que possa voltar a comercializar os produtos suspensos.

De acordo com os dados disponibilizados pelo *site* da ANS, entre os anos de 2016 e 2020, considerando-se o total de cada divulgação de resultados, o programa de monitoramento atingiu 190 operadoras, suspendendo a comercialização de 1.095 produtos. Contudo, esse cálculo não exclui repetição de operadoras nem de produtos, o que pode ocorrer de acordo com as próprias regras do programa (uma operadora e seus produtos podem se repetir nos ciclos de divulgação, por não terem apresentado melhora em seu indicador).

Quadro 2 – Ciclos de divulgação de 2016 a 2020

Ciclo	Período	Operadoras com planos suspensos no período	Planos suspensos TOTAL
1º 2016 TRI	01/01/2016 a 31/03/2016	9	98
2º 2016 TRI	01/04/2016 a 30/06/2016	10	24
3º TRI	01/07/2016 a 30/09/2016	12	124

2016					
4º 2016	TRI	01/10/2016	a 31/10/2016	8	72
1º 2017	TRI	01/01/2017	a 31/03/2017	16	64
2º 2017	TRI	01/04/2017	a 30/06/2017	10	76
3º 2017	TRI	01/07/2017	a 30/09/2017	11	43
4º 2017	TRI	01/10/2017	a 31/10/2017	19	61
1º 2018	TRI	01/01/2018	a 31/03/2018	14	51
2º 2018	TRI	01/04/2018	a 30/06/2018	11	34
3º 2018	TRI	01/07/2018	a 30/09/2018	3	31
4º 2018	TRI	01/10/2018	a 31/10/2018	13	70
1º 2019	TRI	01/01/2019	a 31/03/2019	12	63
2º 2019	TRI	01/04/2019	a 30/06/2019	12	64
3º 2019	TRI	01/07/2019	a 30/09/2019	13	119
4º 2019	TRI	01/10/2019	a 31/10/2019	5	19
1º 2020	TRI	01/01/2020	a 31/03/2020	2	13
2º 2020	TRI	01/04/2020	a 30/06/2020	2	21
3º 2020	TRI	01/07/2020	a 30/09/2020	3	28
4º 2020	TRI	01/10/2020	a 31/10/2020	5	20
Total				190	1095

Fonte: *site* da ANS

Utilizando os dados da NIP, como insumo regulatório em um de seus principais programas, a Agência reafirma o valor dessa ferramenta, numa ação que transcende o indivíduo que apresentou sua queixa e atingiu o total da população inserida no produto acautelado, bem como os possíveis novos usuários desse plano.

5.4.3 O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar

O IDSS é um indicador, calculado a partir de indicadores de quatro dimensões, que atribui uma nota individual para cada operadora de plano de saúde. Utilizando análise retrospectiva, o IDSS é a tradução dos resultados do Programa de Qualificação das Operadoras (PQO), que tem como objetivo avaliar e estimular a qualidade do mercado regulado. No entendimento da ANS, essa avaliação é relevante por permitir a análise do desempenho das operadoras com base em dados concretos, e, ainda, por permitir ao consumidor acompanhar a avaliação de sua operadora. Trata-se de relevante ferramenta, que fomenta a concorrência no setor, justamente pela possibilidade de comparação das operadoras, feita em bases iguais: são avaliadas pelos mesmos critérios, e esses são públicos e transparentes.

As dimensões atualmente utilizadas no cálculo do IDSS são IDQS (Dimensão Qualidade em Atenção à Saúde), IDGA (Dimensão Garantia de Acesso), IDSM (Dimensão Sustentabilidade de Mercado) e IDGR (Dimensão Gestão de Processos e Regulação). Cada uma delas representa 25% da nota final.

No IDSM, que recebe o nome fantasia de Satisfação do Cliente e Solidez do Plano de Saúde, a NIP é utilizada de duas maneiras: sua taxa de resolutividade é componente do indicador, chamado de Resolução de Queixas dos Clientes, com peso 2; e é base do Índice Geral de Reclamações (IGR), outro indicador, com peso 1. Essa dimensão inclui, ainda, a solidez do plano de saúde, o preço do plano de saúde, a satisfação do cliente/paciente, a gestão financeira ativa e a moderação de reajustes.

Trata-se de um programa bem recebido pelo mercado, o mais antigo de avaliação da saúde suplementar, cuja utilização da NIP se dá, aqui, pela capacidade do setor responder ao seu usuário, já que é utilizada a taxa de resolutividade de cada operadora de plano de saúde. Uma vez mais, o insumo fornecido pela NIP tem a potencialidade de atingir todos os beneficiários, que passam a se guiar a partir das notas recebidas pelas operadoras e serve como orientador para toda a sociedade sobre o comportamento do mercado.

5.4.4 O Índice Geral de Reclamações

O Índice Geral de Reclamações (IGR) é uma ferramenta disponibilizada no *site* da ANS, que permite a comparação, pelo público em geral, do comportamento das operadoras de planos de saúde, em relação às queixas apresentadas por seus usuários. O IGR tem como finalidade principal, de acordo com o *site* da ANS, apresentar um termômetro do comportamento das operadoras no atendimento aos problemas apontados por seus

beneficiários e contempla o número médio de queixas recebidas nos três meses anteriores, que tenham sido classificadas até a data da extração do dado.

Desde 2015, três indicadores são utilizados no índice de reclamação, todos eles utilizam exclusivamente os dados fornecidos pela NIP, e calculados tendo como referência cada 10.000 (dez mil) beneficiários: o IGR, o Percentual de Finalização Assistencial (PFA) e o Índice de Abertura de Processo Administrativo (IAP).

O IGR considera, para seu cálculo, as NIPs inativas, as finalizadas por reparação voluntária e eficaz, as não procedentes e as enviadas para núcleo, tendo como denominador o número médio de beneficiários da operadora nos últimos três meses, o que permite a comparação do volume de reclamações de cada operadora no período. O indicador é atualizado mensalmente, sempre tem como base os três meses que antecedem a extração dos dados.

Com a finalidade de mensurar a capacidade do mercado de resolver as demandas apresentadas pelos consumidores, é calculado o Percentual de Finalização Assistencial e possui como elementos as NIPs assistenciais inativas, arquivadas por RVE e não procedentes, e como denominador todas essas demandas, mais as encaminhadas para núcleo. Esse indicador nada mais é do que o cálculo da resolutividade das demandas.

Por fim, o número médio de NIPs, encaminhadas para abertura de processo administrativo sancionador, é demonstrado por meio do Índice de Abertura de Processos (IAP), que é calculado da seguinte maneira: demandas NIP encaminhadas ao núcleo sob a média de beneficiários X 10.000.

Esses indicadores apresentam termos defasados, já que foram atualizados em 2015 e, portanto, não contemplam as alterações promovidas posteriormente na NIP, o que pode comprometer os resultados que apresentam. Contudo, o IGR é a única ação da ANS que publica um *ranking* direto para conhecimento da sociedade sobre quais as operadoras são mais reclamadas mensalmente, o que pode servir como um elemento balizador da escolha dos consumidores, ser uma medida indireta de indução da qualidade no setor e estimular o mercado regulado a aprimorar seu relacionamento com os clientes, utilizando os dados coletados pela NIP para isso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil possui um sistema peculiar de saúde. A coexistência de dois subsistemas, um público e um privado, apresenta desafios e oportunidades para o País. Apesar de haver pouca integração, o que resulta em políticas públicas distintas e com pouca convergência, a regulação do setor de saúde suplementar avançou de maneira substantiva. A Lei nº 9.656 de 1998 impôs ao setor uma pesada regulação, monitorada e regularizada pela ANS. Como órgão de Estado, a Agência tem a missão de manter o equilíbrio das relações no mercado e usa, para isso, instrumentos de regulação. A edição de atos normativos cria obrigações, impõe restrições e/ou fomenta práticas consideradas desejáveis. As ferramentas regulatórias, por sua vez, não devem ser restritas à construção de regras. Nesse sentido, a ANS se vale de programas de monitoramento do mercado, visto que alguns deles usam as informações prestadas diretamente pelos beneficiários de planos de saúde para construção de indicadores diversos.

O principal insumo desses indicadores de monitoramento do mercado é captado pela NIP. Essa ferramenta de fiscalização conecta beneficiários e operadoras, sem atuação direta da ANS num primeiro momento, para a solução de um conflito. Ao receber uma reclamação de um consumidor, a Agência a disponibiliza em seu *site*, para que a operadora responsável faça a captação e o tratamento, com isso oferece resposta ao demandante em cinco dias úteis para questões assistenciais, e dez dias úteis para todos os demais casos. Embora tenha sido construída como uma ferramenta de mediação, e a ANS permaneça utilizando essa nomenclatura para sua apresentação, a NIP se mostra mais adequadamente explicada como um mecanismo eletrônico de intermediação de conflitos, com reflexos distintos para o regulado.

Observou-se que, além de servir para questões individuais, em que apenas o demandante e o demandado atuam, a NIP serve como insumo regulatório ao atingir parcelas maiores de beneficiários e a sociedade em geral. Como parte da atividade fiscalizatória da ANS, a NIP funciona como base para a abertura de processos sancionadores contra as operadoras reguladas, caso sejam identificados indícios de infração, e pune condutas em desacordo com a legislação. Além disso, pode servir como indicador para deflagração de uma ação fiscalizatória mais ampla, chamada de intervenção. Nesse caso, a operação visa identificar as causas de um número elevado de reclamações e a correção da conduta. Os elementos coletados de cada indivíduo formam uma base de dados que move a ação

regulatória de fiscalização para resolver possíveis falhas operacionais das empresas do setor, geradoras de insatisfação, o que resulta em benefícios para todo o grupo de usuários delas.

Essa base de informações também é usada em ações que visam estimular a concorrência e permite a comparabilidade das operadoras de planos de saúde. Assim, os dados da NIP são insumos para o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), um programa de medição de qualidade, e para o Índice Geral de Reclamações (IGR), um *ranking* publicado mensalmente pela Agência Reguladora, e dá transparência aos números de reclamações registrados.

Quando as reclamações são separadas em assistenciais, aquelas que dizem respeito ao acesso aos serviços de saúde, elas são o fundamento para o Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, uma ação regulatória que, além de acompanhar a capacidade de atendimento das operadoras nos prazos estipulados, também age cautelarmente e impede que planos sobrecarregados em suas redes recebam novos consumidores, que seriam potencialmente prejudicados. Nesses casos, as informações trazidas individualmente pelos consumidores de planos de saúde via NIP são agrupadas e tratadas e servem como referencial não apenas para o universo de beneficiários, mas para toda a sociedade que passa a ter conhecimento do comportamento de determinada empresa ou de todas elas por meio de ações reguladoras de amplo alcance.

Por essas razões, recomenda-se que a NIP não deve ser classificada apenas como um método de resolução de conflitos extrajudicial, embora seja essa sua primeira função, mas também como insumo regulatório e como uma ferramenta de captação de informações fundamentais para decisões de políticas para o setor. Não obstante como demonstrado que vários programas já utilizam informações da NIP, a ferramenta, que embora mereça aperfeiçoamentos, tem a oferecer informações que poderiam ser utilizadas pela ANS e pelo próprio o mercado sobre os problemas relativos à saúde suplementar no Brasil.

Dentre os aprimoramentos, recomenda-se que, do ponto de vista regulatório, os dados da NIP possam servir para decisões mais ágeis da ANS. É possível aferir com rapidez a ocorrência de reclamações reiteradas por operadora, por localidade e até mesmo por procedimento, o que pode demonstrar desequilíbrio assistencial e/ou falhas operacionais importantes, que precisam ser acompanhadas e regularizadas pela Agência. Essas mesmas informações, especialmente quando detalham negativas de atendimentos por prestadores de serviços de saúde específicos, por exemplo, podem ser utilizadas também para o monitoramento econômico-financeiro das empresas, já que podem indicar incapacidade de

pagamento de operadora, quando ele começa a ocorrer, permitindo a intervenção da Agência Reguladora antes do agravamento da situação.

Uma reformulação do índice de reclamações ou sua substituição por novo, envolvendo dados mais detalhados colhidos pela NIP, também trariam ganho para a sociedade em geral. Além de permitir comparar empresas, dar transparência às informações trazidas pelos usuários de maneira pormenorizada e englobar as reações das operadoras a elas, torna público o comportamento do mercado de saúde privada em uma de suas relações mais importantes, que é a com o consumidor final, o que tem capacidade de influenciar novos usuários e, potencialmente, até mesmo investidores, e, ainda, contribui para diminuir a assimetria de informações.

Para isso, recomenda-se que todo o ciclo de uma queixa deve ser público, desde o relato inicial até a solução encontrada, passando, necessária e principalmente, pela análise de haver infração ou não, com indicadores específicos para cada situação. O mero registro de uma reclamação não é sinônimo de irregularidade administrativa. Como exemplo, muitas queixas podem se relacionar a procedimentos que de fato não são cobertos pelas operadoras, por exclusão da lei ou por não estarem no rol; ou por desagrado num índice de reajuste que foi autorizado; ou, ainda, pelo desejo de escolher um profissional, quando o contrato firmado não permite. Esses tipos de reclamações decorrem, principalmente, da falta de informação que permanece no setor de saúde privada, sendo relevante entre o usuário e a operadora. Embora os consumidores recebam materiais explicativos do produto que estão contratando, esses ainda são repletos de termos técnicos que apenas são comuns aos que atuam na área, já que não se espera uma compreensão coletiva imediata da imposição de mecanismos de regulação assistenciais, por exemplo. Dessa maneira, a transparência das etapas da NIP e seus conteúdos poderiam servir, também, como uma ação regulatória educativa.

É fato, também, que muitos relatos de usuários trazem infrações administrativas, que resultam na imposição de penalidades pela ANS. Assim, a NIP agrega dados que podem e devem ser utilizados pelas operadoras de planos de saúde, na reformulação de rotinas e processos de trabalho internos, que estejam gerando essas reclamações. Se é possível ao órgão regulador esmiuçar as informações de todo o mercado, às operadoras esse processo deve ser rotineiro. Quando se depara com um número elevado de queixas sobre a solicitação de um procedimento ou material específicos, não previstos no rol, a operadora pode adotar uma ação educativa com seus clientes, explicando antecipadamente a razão da não cobertura de forma pública, didática e ostensiva; quando observa queixas reiteradas sobre autorizações de procedimentos ou formação de juntas médicas, a operadora pode rever seu fluxo de trabalho e

identificar eventuais falhas que estão gerando insatisfação, como exemplo de ações corretivas que podem ser tomadas pelo mercado. Atuar em conformidade com as normas regulatórias não é uma faculdade para o setor de saúde privada, por isso a necessidade de que as empresas utilizem os dados da NIP para corrigir condutas, e não apenas se preparem para responder as demandas no prazo.

Considerando-se os dados de resolatividade da NIP demonstrados, é possível afirmar que o mercado adotou a ferramenta em sua rotina operacional. Na verdade, as empresas montaram grandes estruturas administrativas, com setores especializados para a resposta e o atendimento de NIPs, o que demonstra disposição em atuar para resolver as demandas dos beneficiários.

Nesse sentido, também a NIP carece de melhorias. O setor de saúde aponta falhas no procedimento e, com maior insistência, pleiteia a obrigatoriedade do protocolo prévio junto à operadora e a impossibilidade de que terceiros possam registrar reclamações sem demonstrar vínculo com o usuário. De fato, é possível que o beneficiário utilize a NIP sem mesmo ter falado com a operadora, e, com maior probabilidade, que pessoas não pertencentes à relação empresa/cliente façam uso do canal como forma de pressionar as operadoras por um reembolso ou pela liberação de materiais, por exemplo. A última alteração normativa promovida pela ANS já encaminhou melhorias para as duas situações, mas há espaço para mais medidas que protejam a própria NIP, dada a relevância dessa ferramenta. Ainda, os dados coletados pela NIP carecem de maior detalhamento quando publicados, como demonstrado com o tema gerenciamento de ações de saúde, que reúne situações distintas sob a mesma classificação e dificulta a maior compreensão sobre as reclamações.

De forma geral, a NIP, da ANS, demonstrou ser uma solução eficiente no âmbito fiscalizatório, trouxe resposta mais célere aos beneficiários de planos e oportunizou às operadoras a resolução de um conflito antes de instaurado um processo sancionador. Como base regulatória, os dados reunidos demonstraram que a NIP é um insumo regulatório utilizado para proteção da sociedade, à medida que fundamenta ações cautelares da Agência Reguladora e divulga o comportamento do setor de saúde privada em sua relação com os consumidores, o que permite comparações e reduz, ainda que timidamente, a assimetria de informações.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Dados Gerais:** operadoras com beneficiários (Brasil – 2010-2021). 2021. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 20 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Saúde suplementar fecha 2019 com 47 milhões de beneficiários de planos de saúde.** 2020. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5348-saude-suplementar-fecha-2019-com-47-milhoes-de-beneficiarios-de-planos-de-saude>. Acesso em: 20 jan. 2021.

AZEVEDO, P. F. de *et al.* **A cadeia de saúde suplementar no Brasil:** avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. São Paulo: INSPER, 2016. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/insper3.compressed.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BAHIA, L. **A regulamentação dos planos e seguros de saúde:** avanços e lacunas na legislação. Rio de Janeiro, UFRJ, 2003.

BINENBOJM, G *et al.* **Direito da regulação econômica:** teoria e prática. Belo Horizonte: Fórum, 2020.

BRASIL. **Lei 9.656 de 03 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656compilado.htm. Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. **Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. **Lei 13.140 de 26 de junho de 2015.** Dispõe sobre a mediação entre particulares como meio de solução de controvérsias e sobre a autocomposição de conflitos no âmbito da administração pública; altera a Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997, e o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972; e revoga o § 2º do art. 6º da Lei nº 9.469, de 10 de julho de 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113140.htm. Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 259 de 17 de junho de 2011.** Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN n. 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc1OA==>. Acesso em: 5 mai. 2021.

BRASIL. **Resolução Normativa n. 388, de 25 de novembro de 2015.** Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEzNg==>. Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL. **Resolução Normativa n. 444, de 01 de abril de 2019.** Altera a Resolução Normativa – RN nº 388, de 25 de novembro de 2015, que dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias; e altera a Resolução Normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzcwMA==> Acesso em: 2 jan. 2021.

BRASIL. **Consulta Pública 32.** Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultas-publicas/consultas-publicas-encerradas/consulta-publica-32>. Acesso em: 26 jun. 2021.

BRASIL. **Saúde Suplementar.** Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_12.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.

CARLINI, A. **Judicialização da Saúde Pública e Privada.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

CARVALHO, R.M N; PORTO, A. J.M; RAMALHO, B.A. Papel institucional dos canais de reclamação para a resolução extrajudicial de conflitos sobre planos de saúde: uma análise comparada. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília v. 8, n. 3, 2018 p.369-393. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/5674#:~:text=Lit%C3%ADgios%20sobre%20planos%20de%20sa%C3%BAde,chamada%20%E2%80%9Cjudicializa%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%E2%80%9D>. Acesso em: 20 jan 2020.

COSTA, N. R *et al.* C. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor de saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n.2, p.193-228, Mar/Abr. 2001. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6376>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FERREIRA, A.S. Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? **Análise Social**, v. 39, n. 171, 2004, p. 313-337. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218705541T1vTG4xh0Gk67XU7.pdf>. Acesso em: 20 Jan 2020.

FREIRE, S.S; TOSTES, E.C.M. A NIP da ANS e a eficiência administrativa na resolução de litígios da saúde suplementar. **REI - Revista Estudos Institucionais**, S.l.], v. 7, n. 1, p. 54-72, abr. 2021. Disponível em: <https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/604>. Acesso em: 25 mai. 2021.

GONÇALVES, P.C. **Reflexões sobre o Estado Regulador e o Estado Contratante.** Coimbra: Coimbra Editores, 2013.

GUERRA, S; SALINAS, N.S.C. Resolução eletrônica de conflitos em agências reguladoras. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 16 n. 1, jan-abr. 2020. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/81689>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MASSUDA, A; ANDRADE, MV; ATUN, R; CASTRO, M. In: **International Health Care System Profiles: Brazil** [Internet]. 2020 Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil>. Acesso em: 20 out. 2020.

MIRALDO, C. **A utilização de sistema de informação para gestão das demandas dos beneficiários de operadoras de saúde suplementar, como estratégia frente à regulação do setor e a notificação de intermediação preliminar (NIP)**. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde) Universidade Nove de Julho. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/1549/2/Claudio%20Miraldo.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SANTOS FP, MALTA DC, MERHY EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2008 Oct;13(5):1463-75.

SANTOS, I.S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, p. 2743-2752, 2011.

SILVA, A.F da. **Mediação de conflitos entre consumidores e plano de saúde através das NIPs: estudo de caso em uma cooperativa médica**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Cooperativas) Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2019,

SILVA, J. L T da. **Planos de Saúde Limites ao poder de regular**. São Paulo: Quartier Latin 2017.

VECINA NETO, G; MALIK, A.M. **Gestão em Saúde**. 2.ed Rio de Janeiro. Guanabara: Koogan, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Expenditure Database**. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database>. Acesso em: 20 jan. 2021.