



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO**

DANIELE CAROLINA MENEZES DE ARAÚJO SOUSA

**SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS: UM ESTUDO DE CASO NUMA
OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE**

**FORTALEZA
2012**

DANIELE CAROLINA MENEZES DE ARAÚJO SOUSA

**SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS: UM ESTUDO DE CASO NUMA
OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Administração do Departamento de Administração da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Administração.

Orientador: Prof. Ms. Laudemiro Rabelo de Souza e Moraes.

FORTALEZA

2012

DANIELE CAROLINA MENEZES DE ARAÚJO SOUSA

**SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS: UM ESTUDO DE CASO NUMA
OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Administração do Departamento de Administração da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Administração.

Aprovada em ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Laudemiro Rabelo de Souza e Moraes.(Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Ms. Carlos Manta Pinto de Araújo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Ms. Andrea Moura da Costa Sousa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ao meu querido esposo Diego e amigos.

RESUMO

Este trabalho apresenta a importância de um sistema de apoio à decisão para uma operadora de saúde suplementar, com foco na área de contas médicas, tendo em vista que a referida área necessita de um volume significativo de informações para subsidiar o processo decisório. Para a fundamentação teórica foi realizada uma extensa pesquisa bibliográfica sobre os sistemas de informação como estratégia empresarial, conceituando e apresentando sistema; dados, informação e conhecimento; estratégia empresarial; tecnologia da informação; e sistemas de apoio à decisão. Apresenta-se ainda, ao longo do trabalho, os modelos de sistemas de informação utilizados em empresas do ramo de saúde suplementar, com breve histórico do setor no Brasil, o perfil do setor e os sistemas de informação utilizados em empresas do ramo. No estudo de caso realizado observou-se grande dependência, da área de contas médicas, do sistema de informação para o cumprimento dos prazos e regras de pagamento, face ao grande volume de guias processadas. O sistema utilizado na Operadora de Saúde, objeto deste estudo, subsidia o processo decisório em todos os níveis da área de contas médicas e apresenta as informações de forma lógica e objetiva. A referida área responde pelo maior desembolso da organização. À luz da análise dos resultados, ficou evidenciado que o sistema dispõe de informações relevantes que influenciam significativamente no controle dos custos da operadora e no pagamento dos credenciados.

Palavras-chave: Sistema de Apoio à Decisão. Operadora de Saúde Suplementar. Área de Contas Médicas. ANS.

ABSTRACT

This paper presents the importance of a decision support system for a health insurance company, with a focus in the medical bills area, in order that this area needs a significant amount of information to support decision making. For the theoretical foundation an extensive literature research was done on information systems and business strategy, conceptualizing and presenting system, data, information and knowledge, business strategy, information technology and decision support systems. It appears also, throughout the paper, models of information systems used in companies in the health insurance business, with a brief history of the industry in Brazil, the profile of the sector and the information systems used in companies in the industry. In the case was observed a great dependence of the area of medical bills in the information systems to meet the deadlines and rules for payment, given the huge volume of processed tabs. The system used in the health insurance company, the object of this study, subsidizes the decision making process at all levels in the area of medical bills and presents the information in a logical and objective way. That area accounts for the highest disbursement of the organization. Through the analysis of the results, it was evident that the system provides relevant information that significantly influence the control of the operations costs and payment of accredited.

Keywords: Decision Support System. Health care provider. Medical Bill Area. NSA.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Componentes do sistema.....	12
Figura 2 - A informação como matéria-prima para a formulação da estratégia.....	23
Quadro 1 - Características dos períodos principais de evolução da saúde suplementar.....	29
Quadro 2 - Serviços do Benner Saúde por área de negócio.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Operadoras em atividade por porte, segundo modalidade.....	36
Tabela 2 - Quantidade de beneficiários de assistência médica por modalidade.....	36
Tabela 3 - Taxas de crescimento do nº de beneficiários.....	37
Tabela 4 - Número de beneficiários de assistência médica por UF.....	38
Tabela 5 - Demonstração do Fluxo de Caixa da Operadora de Saúde.....	56

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	9
2.	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIA EMPRESARIAL.	11
2.1.	Sistema.....	11
2.2.	Dados, informação e conhecimento.....	12
2.3.	Estratégia empresarial e tecnologia da informação.....	13
2.3.1.	Conceitos e evolução de estratégia.....	14
2.4.	Sistemas de Informação Gerencial.....	16
2.4.1.	Conceito e evolução.....	17
2.4.2.	Sistemas de apoio à decisão.....	20
3.	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E A INTELIGÊNCIA EMPRESARIAL.....	23
4.	MODELOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO UTILIZADOS EM EMPRESAS DO RAMO DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	27
4.1.	Histórico do setor de saúde suplementar no Brasil.....	27
4.2.	Perfil do setor de saúde suplementar no Brasil.....	30
4.2.1.	A intervenção da ANS.....	39
4.3.	Sistemas de informação utilizados em empresas do ramo de saúde suplementar.....	41
4.3.1.	Principais modelos de sistemas de informação.....	42
5.	ESTUDO DE CASO.....	47
5.1.	Metodologia.....	47
5.2.	Perfil da empresa.....	49
5.2.1.	Área de Contas Médicas.....	50
5.2.2.	Sistema Benner Saúde na Operadora de Saúde.....	52
5.3.	Apresentação e análise dos resultados.....	54
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
	REFERÊNCIAS.....	60
	APÊNDICES.....	63
	ANEXOS.....	66

1. INTRODUÇÃO

A informação é um diferencial competitivo no atual contexto, e o modo como é utilizada pode significar efetividade ou fracasso empresarial. Com o avanço da globalização e à agilidade nas comunicações, as organizações cada vez mais buscam por estratégias ligadas à administração baseada em informações precisas, rápidas e atuais. Porém, apenas coletar e disseminar informações na organização não é suficiente para maximizar o potencial organizacional e gerar vantagem competitiva. É necessária também uma ferramenta tecnológica para armazenar e gerenciar as informações.

Nesse ínterim, os Sistemas de Informação Gerencial são uma ferramenta essencial para as organizações se manterem competitivas no mercado, com decisões assertivas, e informações disponíveis para todos os níveis da organização.

A partir dos anos 40 e 50 começaram a surgir no Brasil empresas de assistência à saúde suplementar, e, após a constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito do cidadão, o que levou ao Estado, incapaz de suprir esse direito para todos, a incentivar as organizações a oferecerem um plano de assistência privada para seus funcionários em troca de benefícios fiscais.

Em 1998 foi formulada a Lei nº 9.656 que regulamentou o setor de planos de saúde, e em 2000 a Lei nº 9.961 criou a Agência Nacional de Saúde (ANS), constando no anexo A, que é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Após a regulamentação do setor e a criação da ANS, as operadoras de saúde passaram a apresentar periodicamente à referida agência informações sobre seus beneficiários, produtos e rede credenciada, além de buscar maior rigor no pagamento das contas médicas, tendo em vista o aumento da cobertura dos atendimentos proporcionados aos beneficiários pelas regulamentações da ANS.

Diante deste cenário, foram criados sistemas de apoio à decisão para suprir as operadoras das informações necessárias e possibilitar maior controle dos cadastros de beneficiários e prestadores de serviços, além de procedimentos médicos e regras de negócio.

O presente trabalho propõe-se a destacar a importância de um sistema de apoio à decisão para uma operadora de saúde suplementar gerir com qualidade e racionalidade o seu processo decisório, com foco na área de contas médicas.

A presente pesquisa tem como objetivos específicos: demonstrar que a área de contas médicas possui o maior percentual de desembolso da organização; que o sistema de apoio à decisão influencia diretamente no custeio da operadora, pois pode controlar e reduzir

o mesmo por meio de regras de negócio, controle de acordos com prestadores de serviços e cumprimento de contratos de beneficiários; e é necessário para possibilitar o cumprimento das exigências da agência reguladora do mercado.

A presente monografia está estruturada em cinco capítulos subsequentes a este primeiro capítulo introdutório. O segundo, o terceiro e o quarto capítulo apresentam a fundamentação teórica em que a pesquisa se baseou, e estão estruturados da seguinte forma: o segundo capítulo discorre sobre os sistemas de informação como estratégia empresarial, conceituando e apresentando os seguintes subtópicos: sistema; dados, informação e conhecimento; estratégia empresarial; tecnologia da informação; sistemas de informação gerencial e sistemas de apoio à decisão.

O terceiro capítulo dedica-se apenas a tecnologia da informação e a estratégia empresarial. Já o quarto capítulo, apresenta os modelos de sistemas de informação utilizados em empresas do ramo de saúde suplementar, dividido nos seguintes subtópicos: histórico do setor de saúde suplementar no Brasil; perfil do setor e sistemas de informação utilizados em empresas do ramo de saúde suplementar.

No quinto capítulo apresenta-se o estudo de caso realizado na área de contas médicas de uma operadora de saúde suplementar que utiliza o sistema Benner Saúde. O referido capítulo está estruturado da seguinte forma: metodologia; perfil da empresa; área de Contas Médicas; sistema Benner Saúde na Operadora e análise dos questionários.

No sexto e último capítulo, são apresentadas as considerações finais da presente pesquisa. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas para embasar a composição do presente texto.

2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIA EMPRESARIAL

As organizações estão inseridas num contexto em que a informação é um diferencial competitivo, e o modo como é utilizada pode significar efetividade ou fracasso empresarial. Devido ao avanço da globalização e à agilidade nas comunicações, a busca por estratégias ligadas à administração baseada em informações precisas, rápidas e atuais é crescente. Diante do exposto, serão apresentados a seguir, os conceitos de sistema, dados, informação, conhecimento, sistemas de informação gerencial e estratégia empresarial. Além disso, será discutida a importância dos sistemas de informação como estratégia empresarial.

2.1. Sistema

Oliveira (2008, p. 7) define sistema como “[...] um conjunto de partes interagentes e interdependentes que, conjuntamente, formam um todo unitário com determinado objetivo e efetuam determinada função.”.

Batista (2004 *apud* BAZZOTTI e GARCIA, 2006, p. 4) conceitua sistema como a “[...] disposição das partes de um todo que, de maneira coordenada, formam a estrutura organizada, com a finalidade de executar uma ou mais atividades ou, ainda, um conjunto de eventos que se repetem ciclicamente na realização de tarefas predefinidas.”.

Portanto, pode-se aceitar que sistema, de uma forma genérica, representa um conjunto de partes interdependentes com um objetivo comum.

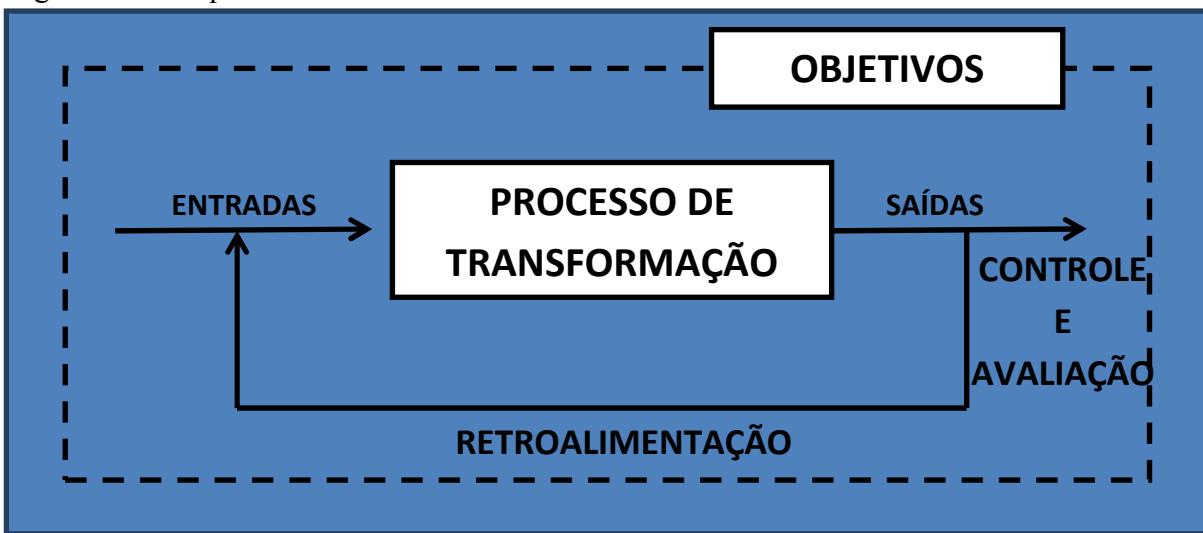
De acordo com Oliveira (2008), os sistemas apresentam os seguintes componentes:

- a) Objetivos – finalidade do sistema;
- b) Entradas – força que fornece ao sistema o material, a energia e a informação para a operação ou o processo pré-estabelecido em sintonia com os objetivos;
- c) Processo de transformação – forma de interação dos componentes do sistema para produzir as saídas desejadas;
- d) Saídas – representam os resultados do processo de transformação, devendo ser coerentes com os objetivos do sistema;

- e) Controles e avaliações – visam identificar se as saídas estão coerentes com os objetivos, baseando-se numa medida pré-estabelecida denominada padrão;
- f) Retroalimentação – é a reintrodução de uma saída sob a forma de informação.

Esses componentes podem ser visualizados na figura 1.

Figura 1 – Componentes do sistema.



Fonte: Oliveira (2008, p. 8)

2.2. Dados, informação e conhecimento.

Para Oliveira (2008), o que diferencia os dados de informação é o conhecimento que ela propicia. Tendo em vista que os dados são elementos identificados em sua forma bruta e por si só não conduzem à compreensão de um fato ou uma situação, ao passo que a informação é o dado trabalhado, sintetizado e analisado, que permite ao executivo tomar decisões.

“O propósito básico da informação é o de habilitar a empresa a alcançar seus objetivos pelo uso eficiente dos recursos disponíveis, nos quais se inserem pessoas, materiais, equipamentos, tecnologia, dinheiro, além da própria informação.” (OLIVEIRA, 2008, p. 22).

Cruz (2008, p. 55) conceitua informação como “[...] o resultado do tratamento dos dados existentes acerca de alguém ou de alguma coisa. A informação aumenta a consistência e o conteúdo cognoscível dos dados.”.

De acordo com Porter (1980 *apud* SAPIRO 1993, p. 108) “[...] a informação é a matéria-prima básica na idealização de modelos competitivos, que são à base da formulação estratégica competitiva.”.

“Da mesma forma que a informação é produzida a partir de dados dotados de relevância e propósito, o *conhecimento* também tem como origem a informação, quando a ela são agregados outros elementos.” (BEAL, 2007, p. 12).

Laudon e Laudon (1999 *apud* BAZZOTTI e GARCIA, 2006, p. 4) afirmam que o “conhecimento é o conjunto de ferramentas conceituais e categorias usadas pelos seres humanos para criar, colecionar, armazenar e compartilhar a informação.”.

Mediante as definições apresentadas, nota-se que para a informação ser uma vantagem competitiva organizacional é necessário que os dados sejam coletados e organizados de forma correta, além de acessíveis.

“Uma estratégia bem sucedida deve incorporar três componentes: um enfoque empreendedor na coleta de dados, a utilização de escopo econômico durante a análise e a adoção da filosofia mercadológica aos resultados.”. (GILAD, 1989 *apud* SAPIRO, 1993, p. 108-109).

Para Attanásio (1988 *apud* SAPIRO, 1993) antes de se estabelecer um sistema de informação deve-se definir que informação é necessária para a tomada de decisão.

A produção inteligente de dados e informações deve começar com a identificação do usuário e de suas necessidades. Grandes organizações estão gastando muito dinheiro na obtenção de informações, porém, muitas estão investindo em bancos de dados não apropriados ou carregados com informações não relevantes. (SAPIRO, 1993).

Diante do exposto, nota-se que apenas coletar e disseminar informações na organização não é suficiente para maximizar o potencial organizacional e gerar vantagem competitiva. É necessária também uma ferramenta tecnológica para armazenar e gerenciar as informações, além de encontrar executivos que realmente as utilize, e que estas tenham credibilidade e relevância para os usuários.

2.3. Estratégia empresarial e tecnologia da informação

A palavra estratégia foi usada inicialmente no âmbito militar, entendida como grande tática centrada na força, segundo Bethlem (1991 *apud* BEUREN, 2009, p. 41).

Ainda segundo Beuren (2009, p. 41), “a partir do século XX, a estratégia passou a significar a seleção de meios e objetivos, privilegiando fatores psicológicos em detrimento da força.”.

2.3.1. Conceitos e evolução de estratégia

“Estratégia é um conjunto de regras de tomada de decisão para orientação do comportamento de uma organização.” (ANSOFF, 1993, p. 70).

Beal (2007, p. 69) define estratégia como “o conjunto de decisões tomadas para a definição dos objetivos globais associados a um período de tempo e a identificação dos meios mais adequados para a organização superar os desafios e alcançar os objetivos.”.

Para Mintzberg (2003 *apud* BEAL, 2007, p. 70) “[...] a formulação da estratégia envolve a interpretação do ambiente e o desenvolvimento de padrões consistentes em uma série de decisões organizacionais (estratégias) para lidar com essa estratégia principal.”.

Beuren (2009, p. 41) ressalta ainda que,

Da década de 1960 em diante, emergiram várias definições de estratégia. Todavia, caracterizada como a composição de planos e metas com a finalidade de atingir o objetivo da organização, configurou-se como um indicador dos negócios da empresa e dos meios para reagir frente às mudanças ambientais, auferindo, então, sentido organizacional.

Portanto, pode-se aceitar que a estratégia consiste num conjunto de planos e metas pré-estabelecidos e inter-relacionados que visam a um objetivo comum. Além disso, tem-se na estratégia a força motivadora da competitividade e da diferenciação organizacional.

Laudon e Laudon (2004, p. 4) afirma que,

Quatro grandes mudanças de âmbito mundial estão alterando o ambiente empresarial. A primeira delas é a emergência e o fortalecimento da economia global. A segunda é a transformação de economias e sociedades industriais em economias de serviços, baseadas no conhecimento e na informação. A terceira é a transformação do empreendimento empresarial. A quarta é a emergência da empresa digital.

As mudanças mencionadas pelo autor representam novos desafios para as organizações e sua administração. Além disso, há uma crescente interdependência entre estratégia empresarial, regras e processos de um lado e os programas, equipamentos, bancos de dados e telecomunicações do outro, de acordo com Laudon e Laudon (2004).

De acordo com McGee e Prusak (1994), no processo de definição de uma estratégia existem os seguintes elementos, cada um deles focalizando um aspecto vital diferente:

Posicionamento e Escopo – referem-se à definição de produtos e serviços que possam se diferenciar no mercado, tanto através de características exclusivas como através de economias de escala e de escopo;

Estrutura/administração (Governância) – forma pela qual as organizações são estruturadas e controladas para assegurar a execução da estratégia;

Competências organizacionais – representam o conhecimento e as habilidades das organizações como um elemento essencial para a definição da estratégia.

McGee e Prusak (1994, p. 57) afirmam ainda que “[...] a competência específica orienta a definição da estratégia quanto aos pontos fortes que uma empresa deve possuir de forma a conseguir atender às opções de posicionamento/escopo consideradas.”.

Beuren (2009, p. 45) salienta que “com frequência, a estratégia identifica a posição da empresa no ambiente competitivo e a forma como ela poderá continuar se mantendo ou, até mesmo, melhorar sua posição em relação a seus concorrentes.”.

Para Ansoff (1993) uma estratégia possui várias características peculiares:

- ✓ O processo de formulação de estratégias estipula as direções gerais nas quais a posição da empresa crescerá e se desenvolverá;
- ✓ A estratégia torna-se desnecessária sempre que a dinâmica histórica de uma organização a leve aonde quer ir;
- ✓ A formulação de estratégias deve basear-se em informações muito agregadas, incompletas e incertas a respeito das classes de alternativas;
- ✓ O uso bem-sucedido da estratégia exige feedback estratégico;
- ✓ Os objetivos representam os fins que a empresa está tentando alcançar, enquanto a estratégia representa os meios para se atingir esses fins;
- ✓ Os elementos da estratégia num nível gerencial mais alto transformam-se em objetivos num nível inferior.

Diante do exposto, os gestores necessitam cada vez mais de informações para identificar as ameaças e oportunidades, visando a uma resposta eficaz e competitiva da organização. Nesse ínterim, a informação é um recurso essencial na definição da estratégia e o

conjunto de informações necessárias à elaboração da estratégia é cada vez mais complexo, requerendo o gerenciamento sistêmico e dinâmico da mesma. (BEUREN, 2009).

Gilad (1989 *apud* SAPIRO 1993, p. 111) apresenta cinco pontos que justificam a organização ter um sistema inteligência competitiva: identificação de novas oportunidades de negócio; ideais compartilhados; crescente habilidade para antecipação de surpresas; aumento das habilidades gerenciais e integração de vários pontos de vista.

Os três elementos para o processo de definição de uma estratégia, destacados por McGee e Prusak, são corroborados por Beuren (2009, p.52) na seguinte afirmação: “existem três elementos que consubstanciam o processo de elaboração de uma estratégia em um ambiente competitivo: posicionamento/escopo, competências organizacionais e estrutura/gestão.”.

Portanto, ao definir a estratégia de uma organização deve ser considerada a posição que a organização ocupa e que deseja ocupar no futuro, a estrutura da mesma e a desejável para a posição escolhida e as competências existentes e a desenvolver. Dessa forma, pode-se entender que os três elementos não são independentes, ao contrário, necessitam estar em plena harmonia para que a estratégia empresarial seja definida com efetividade e competitividade e a organização atinja seus objetivos.

[...] Pensar, planejar e formalizar objetivos e ações para lidar com as mudanças futuras, estabelecendo de modo claro uma direção a ser seguida, em lugar de simplesmente responder as pressões ambientais decisão a decisão, aumenta as probabilidades de sucesso de qualquer organização. (BEAL, 2007, p. 72).

Porter (1979) apresenta quatro forças competitivas que devem moldar a estratégia empresarial: os clientes, fornecedores, novos entrantes e produtos substitutos. Quanto mais fracas forem estas forças, coletivamente, maior a oportunidade para um desempenho superior.

Segundo Quinn (1980 *apud* MINTZBERG et al, 2006, p. 29),

Uma estratégia bem formulada ajuda a organizar e alocar os recursos de uma organização em uma postura única e viável, baseada em suas competências e deficiências internas relativas, mudanças antecipadas no ambiente e movimentos contingentes por parte dos oponentes inteligentes.

2.4. Sistemas de Informação Gerencial

As organizações estão inseridas num contexto em que o volume de informações é crescente, o mercado cada vez mais competitivo e os avanços tecnológicos cada vez mais

rápidos. Além disso, a maioria das organizações atua em grandes mercados. Portanto, faz-se necessário um recurso tecnológico para organizar e gerenciar todas as informações da empresa e do mercado, visando à sobrevivência e competitividade organizacional.

“O estudo dos sistemas de informações gerenciais (SIG) surgiu na década de 70 e focava os sistemas de informação computadorizados destinados a administradores.” (DAVIS e OLSON, 1982 *apud* LAUDON e LAUDON, 2004, p. 15).

Um sistema de informação pode ser definido como um conjunto de componentes inter-relacionados que coleta (ou recupera), processa, armazena e distribui informações destinadas a apoiar a tomada de decisões, a coordenação e o controle de uma organização. Além de dar suporte à tomada de decisões, à coordenação e ao controle, esses sistemas também auxiliam os gerentes e trabalhadores a analisar problemas, visualizar assuntos complexos e criar novos produtos. (LAUDON e LAUDON, 2004, P.7).

2.4.1. Conceito e evolução

Para Oliveira (2008, p. 26) “Sistemas de Informações Gerenciais – SIG – é o processo de transformação de dados em informações que são utilizadas na estrutura decisória da empresa, proporcionando, ainda, a sustentação administrativa para otimizar os resultados esperados.”.

Cruz (2008, p.56) define Sistemas de Informações Gerenciais da seguinte forma: “são o conjunto de tecnologias que disponibiliza os meios necessários à operação do processo decisório em qualquer organização por meio do tratamento dos dados disponíveis.”.

Conforme Moresi (2000 *apud* BEAL, 2007, p. 18) “os sistemas de informação têm sido desenvolvidos para otimizar o fluxo de informação relevante dentro das organizações, desencadeando um processo de conhecimento, tomada de decisão e intervenção na realidade.”.

Diante do exposto, podemos concluir que os Sistemas de Informação Gerencial são uma ferramenta essencial para as organizações que desejam manter-se competitivas no mercado, visto que viabilizam decisões assertivas, fornecem informações para todos os níveis da organização e possibilitam a criação de novos produtos, além da coordenação e controle dos existentes.

Laudon e Laudon (2004) classificam os Sistemas de Informação da seguinte forma:

- ✓ Sistemas do nível operacional – respondem a perguntas de rotina e acompanham o fluxo de transações pela organização;
- ✓ Sistemas do nível de conhecimento – auxiliam a empresa comercial a integrar novas tecnologias ao negócio e ajudam a organização a controlar o fluxo de documentos;
- ✓ Sistemas do nível gerencial – produzem relatórios periódicos sobre as operações, em vez de informações instantâneas;
- ✓ Sistemas do nível estratégico – visam compatibilizar as mudanças no ambiente externo com a capacidade da organização.

A seguir, Laudon e Laudon (2004) apresentam os seis tipos mais importantes de sistemas de informação, conforme listados abaixo:

- ✓ Sistemas de apoio executivo (SAEs) – atendem ao nível estratégico da organização, abordando decisões não rotineiras em que não existe um procedimento previamente estabelecido para se chegar a uma solução;
- ✓ Sistemas de informações gerenciais (SIGs) – atendem ao nível gerencial da organização, disponibilizando relatórios, registros do desempenho corrente e histórico da organização;
- ✓ Sistemas de apoio à decisão (SADs) – auxiliam os gerentes a tomar decisões não usuais, que se alteram com rapidez e não são facilmente especificadas com antecedência;
- ✓ Sistemas de trabalhadores do conhecimento (STCs) – promovem a criação de novos conhecimentos e asseguram que estes, bem como capacidades técnicas sejam adequadamente integrados a empresa;
- ✓ Sistemas de automação de escritório – visam aumentar a produtividade de trabalhadores de escritório, dando suporte às atividades de coordenação e comunicação;
- ✓ Sistemas de processamento de transações (SPTs) – realiza e registra as transações rotineiras e necessárias ao funcionamento da empresa.

Laudon e Laudon (2004) mencionam ainda os sistemas integrados, que coletam dados dos principais processos de negócios da organização e os armazena em um único arquivo, que pode ser usado por outros setores da empresa. Desse modo, as informações, que

antes eram distribuídas em diversos sistemas, podem fluir sem descontinuidade através da organização.

Os sistemas integrados, conforme salientado por Laudon e Laudon (2004, p.62), “prometem promover grandes alterações em quatro dimensões da empresa: estrutura, processo de gerenciamento, plataforma de tecnologia e capacidade.”.

Para Carmo e Pontes (1999) os sistemas de informação gerencial devem fornecer subsídios para três funções básicas na organização: resolução de problemas, produção do conhecimento e tomada de consciência.

Oliveira (2008) afirma que os SIGs proporcionam, dentre outros, os seguintes benefícios para as organizações:

- a) Melhoria no acesso às informações:** proporcionando relatórios mais precisos e rápidos, com menor esforço;
- b) Melhoria na tomada de decisões:** através do fornecimento de informações mais rápidas e precisas;
- c) Estímulo de maior interação entre os tomadores de decisão:** por disponibilizar as mesmas informações para os tomadores de decisão;
- d) Fornecimento de melhores projeções e simulações dos efeitos das decisões:** por armazenar informações históricas e ser capaz de fazer projeções do futuro e simular novas situações;
- e) Redução do grau de centralização das decisões:** por facilitar, respaldar e possibilitar a tomada de decisão em qualquer nível hierárquico.

Na visão de Laudon e Laudon (2004) os SIGs apresentam os seguintes benefícios: processam cálculos ou papéis muito mais rápido do que as pessoas, podem ajudar as empresas a aprender mais sobre os modelos de compra e as preferências de seus clientes, proporcionam novas eficiências e possibilitam novos avanços.

Os impactos proporcionados pela implantação de um sistema de informações gerencial podem ser traduzidos da seguinte forma: melhoria e redução de pessoas no processo de tomada de decisões, melhoria da comunicação interna e externa, otimização do acesso às informações, propiciando assim a melhoria na produtividade de reuniões, compactação das informações e implementação de uma posição competitiva. (HUGH e KELLY, 1992 *apud* CARMO e PONTES, 1999, p. 50).

Concordo com o autor, os SIGs trazem inúmeros benefícios para as organizações, entre eles a otimização no processo decisório, possibilitando decisões assertivas e

contextualizadas, a desburocratização na obtenção de informações, redução no quadro funcional, aumento da competitividade, possibilidade de efetividade organizacional.

Ao longo dos anos, a necessidade de um SIG nas empresas tem sido crescente, tendo em vista o aumento acelerado no volume de informações que as empresas possuem e necessitam, além das incertezas do mercado e do aumento da globalização.

“[...] os sistemas de informação dão condições para que as empresas reajam às mutações do mercado e se sintam alicerçadas por um processo decisório forte o suficiente para garantir a resolução dos problemas.” (BAZZOTTI e GARCIA, 2006, p. 6).

Bazzotti e Garcia (2006, p. 4) salientam ainda que,

O ambiente empresarial está mudando continuamente, tornando-se mais complexo e menos previsível, e cada vez mais depende de informações e de toda a infraestrutura tecnológica que permite o gerenciamento de enormes quantidades de dados.

Para que a organização possa usufruir as vantagens básicas de um SIG, conforme salientado por Rezende e Abreu (2000 *apud* BAZZOTTI e GARCIA, 2006, p. 10), devem ser observados os seguintes aspectos:

- a) Envolvimento da alta e média gestão;
- b) Competência por parte das pessoas envolvidas;
- c) Uso de um plano mestre ou planejamento global;
- d) Atenção específica ao fator humano da empresa;
- e) Habilidade dos executivos para tomar decisões com base em informações;
- f) Apoio global dos vários planejamentos da empresa;
- g) Apoio organizacional de adequada estrutura organizacional e das normas e procedimentos inerentes ao sistema;
- h) Conhecimento e confiança no SIG;
- i) Existência de informações relevantes e atualizadas;
- j) Adequação custo-benefício.

Identificamos assim, uma estreita relação entre o SIG e a estratégia organizacional.

2.4.2. Sistemas de apoio à decisão

“O sistema de informação nos dias atuais se tornou um elemento indispensável para dar suporte e apoio às operações e principalmente às tomadas de decisões nas organizações da era globalizada.”. (CARTERI e RODRIGUES, 2011, p.5).

De acordo com Almeida (1998) a atividade gerencial é dinâmica e evolui ao longo do tempo. As necessidades de informação também se transformam no tempo, na medida em que aumenta a complexidade dos ambientes interno e externo. Portanto é necessário que o sistema de informações seja flexível, permitindo a manipulação dos dados conforme as necessidades do gerente. O sistema precisa estar em constante evolução e transformação, assim como as atividades exercidas pelo gerente.

Dessa forma podemos dizer que sistema de informação é um tipo especializado de sistema, que pode ser definido como um conjugado de itens inter-relacionados, trabalhando unidos para arrecadar, readquirir, processar, registrar e difundir as informações com a intenção de facilitar o planejamento, controle, coordenação, análise e o mais importante o processo decisório nas empresas, entidades e organizações. Pois o mesmo dispõe de informações sobre lugares e coisas de interesse, no espaço, ao redor e dentro da própria organização. (CARTERI e RODRIGUES, 2011, p. 5).

Diante do exposto, observamos que os sistemas de informação disponibilizam as informações necessárias para subsidiar o processo decisório, e a qualidade dessas informações influencia diretamente no desempenho organizacional.

“A construção de um sistema de informação gerencial estratégico aplicado à gestão apoiará e facilitará a tomada de decisão numa organização, levando ao sucesso nos negócios e consequentemente a realização dos objetivos empresariais [...].” (LOMBA e SILVA, 2010, p. 79).

Conforme salientado por Pereira e Fonseca (1997 *apud* LOMBA e SILVA 2010, p. 80),

Os sistemas de informação (management information systems) são mecanismos de apoio à gestão, desenvolvidos com base na tecnologia de informação e com suporte da informática para atuar como condutores das informações que visam facilitar, agilizar e otimizar o processo decisório nas organizações.

“A percepção da necessidade informativa dos gestores na definição da estratégia, bem como saber informar os resultados de ações relevantes, é condição vital num cenário onde a empresa busca uma vantagem competitiva.”. (BEUREN, 2009, p. 65).

O desempenho das organizações tem sido afetado pelo uso da tecnologia de informação, as organizações atuais dependem dessas ferramentas para garantir o seu sucesso

no atual mercado competitivo, que vem em consequência do uso dos sistemas de informação alinhado ao planejamento estratégico. (LOMBA e SILVA, 2010).

Conforme salientado por Lomba e Silva (2010, p. 81) “[...] a gestão atual baseada na informação alicerçados nos sistemas de informação para garantir a segurança, e sua inserção na estratégia da organização são primordiais para a criação de valor e de vantagens competitivas [...].”.

Portanto, podemos concluir que os sistemas de informação possuem uma relevância significativa para o processo decisório, tendo em vista as constantes mudanças no mercado e nas próprias organizações, novas leis que alteram a estrutura organizacional ou de produção, além de inúmeros fatores que podem requerer dos gestores decisões rápidas, eficientes, efetivas e eficazes. Desse modo, a tecnologia da informação possibilita a agregação, a organização e a disposição das informações de modo que o gestor sinta-se seguro na tomada de decisão e a organização, como um todo sistêmico, beneficie-se alcançando seus objetivos e ganhando efetividade e competitividade.

Lomba e Silva (2010, p. 82) salientam ainda que,

Os sistemas de informação gerenciais fortalecem o plano de atuação da organização. O recebimento e a geração de informações corretas, rápidas e precisas e principalmente úteis para o processo da tomada de decisão garantem uma melhor estruturação de gestão diferenciada, resultando em vantagem competitiva sobre as demais empresas.

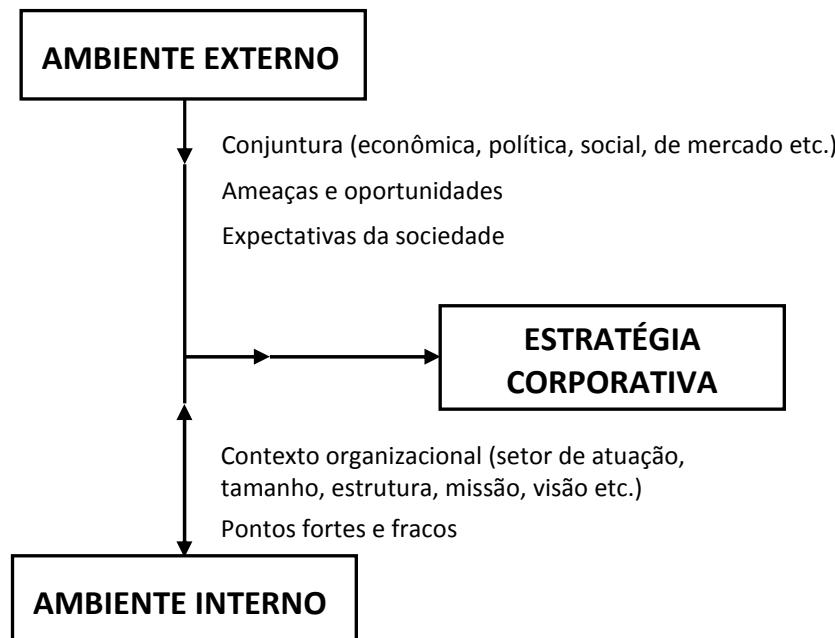
3. TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E A INTELIGÊNCIA EMPRESARIAL

Numa sociedade que cada dia mais privilegia a informação, a necessidade de existir numa organização uma infraestrutura voltada à tecnologia de informação e sistemas garante a recolha, o armazenamento e o processamento das informações imprescindíveis para o curso do processo. (LOMBA e SILVA, 2010, p. 76).

No contexto em que as organizações estão atuando, com a crescente redução de custos de computadores e redes de comunicação, além do aumento na facilidade de uso destes equipamentos, faz-se necessária uma infraestrutura cada vez mais completa e complexa, para coletar, armazenar, processar e acessar dados e informações, controlar equipamentos e processos de trabalho e conectar pessoas, funções, escritórios e organizações. A informação é um elemento indispensável para a formulação da estratégia empresarial, tendo em vista que por meio dela é que se pode identificar os pontos fortes e fracos, as ameaças e as oportunidades, os valores corporativos e toda a variedade de fatores que devem ser considerados na tomada de decisão. (BEAL, 2007).

A informação será utilizada como matéria-prima para a formulação da estratégia, conforme ilustrado na figura 2.

Figura 2 – A informação como matéria-prima para a formulação da estratégia.



Fonte: Beal (2007, p. 76).

O ambiente externo é composto por toda a conjuntura econômica, política, social e mercadológica que podem representar oportunidades e ameaças para a organização, ao passo que o ambiente interno é composto por todo o contexto organizacional, o setor de atuação, o tamanho, a estrutura, a missão, a visão, entre outros. Ou seja, todas as características da organização que representam pontos fortes ou fracos em relação aos concorrentes. Já a estratégia corporativa representa o conjunto de metas e objetivos que a organização estabelece para aproveitar as oportunidades e sobreviver às ameaças do ambiente externo, além de desenvolver seus pontos fracos e fortalecer ainda mais os pontos fortes.

De acordo com Lomba e Silva (2010, p. 77) “o termo tecnologia da informação serve para designar o conjunto de recursos tecnológicos e computacionais para a geração e uso da informação.”.

Para Pereira e Fonseca (1997 *apud* BAZZOTTI e GARCIA, 2006, p. 2-3), “a tecnologia da informação surgiu da necessidade de se estabelecer estratégias e instrumentos de captação, organização, interpretação e uso das informações.”.

Segundo Rezende e Abreu (2000 *apud* BAZZOTTI e GARCIA, 2006, p. 3), a tecnologia da informação possui os seguintes componentes:

- a) Hardware e seus dispositivos periféricos;
- b) Software e seus recursos;
- c) Sistemas de telecomunicações;
- d) Gestão de dados e informações.

“A união e interação desses componentes eleva a potencialidade da organização agregando valor de mercado e capacitando os gestores a gerir as informações de modo mais eficiente.”. (LOMBA e SILVA, 2010, p. 78).

Pode-se afirmar como razoável que as organizações, visando à solução de problemas e a busca da efetividade e da competitividade, buscam a formulação de um sistema de informações que viabilize a administração/gerenciamento do todo organizacional.

Beal (2007) divide a gestão estratégica da informação nas seguintes etapas:

Planejamento: a organização planeja objetivos e metas informacionais para determinado período e os meios para alcançá-los;

Execução: as estratégias de informação e de TI são a principal referência para todo o processo de administração da informação;

Avaliação e ação corretiva: a organização usa um sistema de avaliação para verificar o desempenho das estratégias de informação e de TI. Os problemas levantados são analisados e as soluções, identificadas e implementadas.

Algumas organizações alcançam importantes vantagens competitivas com a aplicação da tecnologia da informação em seus processos. Porém, o potencial estratégico da tecnologia da informação desempenha um papel secundário se comparado com a informação na elaboração de estratégias competitivas. (BEUREN, 2009).

Beuren (2009) elenca as seguintes etapas do gerenciamento da informação: identificação de necessidades e requisitos de informação, coleta/entrada de informação, classificação e armazenamento da informação, tratamento e apresentação da informação, desenvolvimento de produtos e serviços de informação, distribuição e disseminação de informação, análise e uso da informação.

A essência da estratégia está em definir e implantar uma arquitetura da informação que permita acessar e analisar um volume de informações potencialmente úteis para explorar as oportunidades existentes no mercado e as capacidades organizacionais. Apesar da tecnologia da informação ter facilitado as tarefas de coleta, classificação e armazenamento de dados, é preciso cuidar para não sobrecarregar os gestores com a proliferação de fontes e volumes de informações, sob pena de extrapolar os limites de uso destas pelos usuários. (BEUREN, 2009, p. 75).

A tecnologia da informação tanto pode ser direcionada a partir da estratégia de negócios da organização, como pode ser o ponto de partida para a formulação de uma estratégia corporativa, quando a percepção de uso estratégico da TI para alcançar objetivos, permite que a organização desenvolva uma estratégia baseada na tecnologia. (BEAL, 2007).

McGee e Prusak (1994) afirmam que podem ser identificadas três estratégias genéricas de informação:

- ✓ Informação como vantagem competitiva – a tecnologia da informação permite inovação significativa dos processos de negócios, com o uso de reengenharia de processos. Em todos os segmentos de negócios uma organização poderá chegar à liderança através do uso da informação com o uma arma competitiva;
- ✓ Produtos/serviços de informação – tem como ponto de partida a capacidade exclusiva que uma empresa obtém pelo uso estratégico da informação. A informação é explicitamente reconhecida como uma parte vital do “pacote” vendido aos clientes;

- ✓ Comercialização de informação – quando a empresa reconhece o valor da informação por si própria e desenvolve um empreendimento comercial completo em torno da capacidade de informação da empresa.

A primeira é a razão fundamental para o uso estratégico da informação, podendo ser alcançada em vários níveis, do nível individual ao nível interorganizacional.

Portanto, a definição da estratégia organizacional deve focalizar o desenvolvimento de uma combinação harmoniosa entre as competências específicas da organização e o ambiente onde esta atua. (MCGEE e PRUSAK, 1994).

4. MODELOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO UTILIZADOS EM EMPRESAS DO RAMO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Como já mencionado no primeiro capítulo, o presente trabalho acadêmico propõe-se analisar os sistemas de apoio à decisão utilizados em organizações de saúde suplementar, com foco em um estudo de caso realizado em uma empresa do ramo. A seguir, será apresentado um breve histórico e o perfil do setor de saúde suplementar no Brasil.

4.1. Histórico do setor de saúde suplementar no Brasil

Há muito tempo a sociedade desenvolveu um mecanismo de diluição das perdas financeiras de eventos que impactam o patrimônio. Embora as consequências financeiras sobre os afetados possam ser desastrosas, para uma coletividade elas podem representar uma pequena parcela do patrimônio total. Assim, é possível formar uma sociedade de crédito mútuo que recolha modestas contribuições de todos os participantes para constituir um fundo com a finalidade de repor, ainda que parcialmente, o patrimônio daqueles indivíduos afetados pela ocorrência de um evento adverso. Dessa maneira, formaram-se sociedades seguradoras para coletar os prêmios (que são o pagamento de contraprestações pecuniárias para ter cobertura de ventos futuros e incertos) e indenizar aqueles que tiveram seu patrimônio reduzido em razão da ocorrência do evento segurado. (CECHIN, 2008, p. 23-24).

Conforme salientado por Cechin (2008), o conceito de seguro baseia-se na existência de eventos futuros e incertos, e o caráter aleatório domina também sobre questões relacionadas à saúde dos indivíduos, pois, mais do que a idade, o sexo e as variáveis socioeconômicas, todos os indivíduos estão sujeitos a ter problemas de saúde e a recorrer a serviços médicos, e nem todos têm condições financeiras para arcar com os tratamentos, o que facilita o surgimento dos seguros saúde, visando arrecadar fundos para atender as necessidades de tratamentos médicos de seus beneficiários.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002, p. 10), “alguns dos atuais esquemas de assistência privada à saúde, baseados na captação de recursos de empresas empregadoras e de seus empregados, foram criados nos anos 40 e 50.”. O referido ministério cita como exemplo, no setor público, a implantação da Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e a assistência patronal dos servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (atual GEAP) e, a inclusão da assistência médica-hospitalar entre os benefícios oferecidos aos empregados das recém-criadas empresas estatais. Já no setor privado os sistemas assistenciais acompanharam a instalação da indústria automobilística.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretaria e Saúde (CONASS) (2011, p. 13), “no caso brasileiro, desde a estruturação da saúde previdenciária, prevalecia o modelo do seguro social organizado em torno dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).”.

O referido conselho menciona ainda que na década de 1950, surgem os sistemas assistenciais próprios, que prestam assistência médica de forma direta aos seus funcionários. Como exemplo, tem-se o Grupo Executivo de Assistência Patronal (GEAP), que foi estruturado pelos funcionários do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários.

A partir da década de 1960, trabalhadores de estatais, bancários, algumas instituições do Governo Federal, entre outros, já possuíam planos de saúde. Esse período foi um marco na história da saúde suplementar no Brasil. (CONASS, 2011).

O Ministério da Saúde (2002, p. 12) ressalta que,

No final da década de 80, revelou-se a existência de vultoso mercado de planos de saúde. Ao mesmo tempo, houve a intensificação da comercialização de planos individuais, a entrada decisiva de grandes seguradoras no ramo da saúde, a adesão de novos grupos de trabalhadores a assistência médica supletiva – em particular, os funcionários públicos da administração direta, das autarquias e das fundações – e a vinculação inequívoca da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar.

De acordo com Almeida (1998 *apud* CECHIN, 2008, p. 80),

Dante da dificuldade de expandir o sistema público de saúde em ritmo condizente com o crescimento da economia, o governo estimulou as grandes empresas privadas a assumir a responsabilidade pela saúde de seus trabalhadores, criando o chamado convênio-empresa. A instituição do convênio-empresa pode ser considerada o marco para a expansão do setor de saúde suplementar no Brasil.

Durante a década de 1990, o setor de saúde suplementar teve um crescimento desordenado e desregulado, levando à aprovação da lei n. 9.656/98 e, posteriormente, da lei n. 9.961/2000, que criou a Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Nesse período houve uma onda conservadora de reformas, em vários países, nos planos econômico, social e político, com reflexos no Brasil, ocasionando uma redução do papel do Estado nas políticas sociais e a deterioração dos serviços públicos de saúde (CONASS, 2011).

Cechin (2008) divide a evolução da saúde suplementar em quatro períodos conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Características dos períodos principais de evolução da saúde suplementar.

PERÍODO	AMBIENTE MACROECONÔMICO	AMBIENTE REGULATÓRIO	EVOLUÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR
até 1965	Crescimento com aumento do trabalho formal	IAPS e Lei Orgânica da Previdência Social	Limitada a grandes empresas e instituições públicas (Autogestão)
1966 – 1980	Crescimento com aumento do trabalho formal	Incentivos/subsídios ao crescimento do setor privado	Forte crescimento (principalmente Medicina de Grupo)
1981 – 1993	Crises e planos anti-inflacionários	Reforma sanitária, Constituição, SUS (universalização excludente)	Forte crescimento (mercado formal)
1994 – 2007	Estabilização, baixo crescimento, retração do trabalho formal	Privatizações, abertura da economia, regulação (Lei 9.656, ANS)	Estagnação, foco nos individuais (1994 - 1999), nos coletivos (2000 - 2007)

Fonte: Cechin (2008, p. 79).

Segundo Bahia (2003 *apud* CONASS, 2011), dois fatores conjugados desencadearam o processo de regulamentação, o aumento da concorrência, com entrada no mercado de duas grandes seguradoras, o que exigia regras de competição mais claras, e a convergência de demandas dos consumidores, para a garantia de superação de restrições assistenciais existentes em contratos. Como exemplo, temos a negativa de atendimento a pacientes portadores de HIV.

O conjunto normativo composto pela Lei n. 9.656/98, pela série de medidas provisórias posteriores e pela Lei n. 9.961/2000, conforme Noronha, Lima e Machado (2004 *apud* CONASS, 2011, p.19):

- ✓ Estabelece normas para a constituição de operadoras de planos e seguros de saúde;
- ✓ Obriga o registro de produtos, isto é, as características dos planos comercializados;
- ✓ Estabelece planos de referência hospitalar, ambulatorial e odontológica, com garantias de cobertura a todas as doenças e problemas de saúde incluídos na Classificação Internacional de Doenças (CID);
- ✓ Determina regras para períodos de carência de coberturas, doenças preexistentes, limitação de tempos de internação, aumento de preços, entre outros aspectos;

- ✓ Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, para supervisionar e expedir normas complementares para a regulação do setor;
- ✓ Cria o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), constituído pelo Ministério da Saúde, Justiça e Fazenda e autoridades da Fazenda e da Saúde.

Conforme a ANS (2009), a referida regulação dos planos de saúde por parte da mesma, iniciada em 2000, originou importantes transformações no setor de saúde suplementar. A primeira fase desta foi marcada pela regulamentação econômico-financeira do setor, a partir do estabelecimento de regras mais claras para a entrada e saída de operadoras e a exigência de garantias financeiras das mesmas.

A segunda fase, que teve início em 2004, possui foco na regulação tecnο-assistencial, definindo regras assistenciais que diminuem a assimetria de informações no setor, destacando-se a implantação do Sistema de Informações de Produtos, o estímulo ao desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, o incentivo ao parto normal, a definição do Rol de Procedimentos de cobertura obrigatória e o Projeto de Diretrizes Clínicas.

Portanto, a ANS possui um importante papel, “no sentido de aumentar e aprimorar as informações divulgadas às operadoras de planos de saúde, aos prestadores de serviços, ao governo e à sociedade, por meio da formulação de diretrizes norteadas pela concepção de que a saúde é um bem de relevância pública.” (ANS, 2009, p. 11).

4.2. Perfil do setor de saúde suplementar no Brasil

De acordo com o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (SILVA E MARTINS) (2010, p. 14),

A Constituição definiu que a Saúde é Direito da Pessoa e Dever do Estado. Nos sistemas em que o Estado é o responsável pela Saúde, normalmente é o próprio estado que disponibiliza os serviços de saúde, com pouca ou nenhuma interferência do mercado – podendo haver contrato de prestação de serviços públicos por empresas privadas. No Brasil, o SUS é o instrumento de universalização do atendimento. No entanto, devido à falta de recursos e à consequente baixa qualidade dos serviços públicos o setor privado tornou-se responsável pela maior parte da assistência. Atualmente 42 milhões de brasileiros possuem planos de saúde e os gastos privados somam 58% do total de despesas em saúde.

Cechin (2008, p. 99) afirma que o setor de saúde suplementar “se caracterizava pelo amadorismo gerencial, pela ausência de informação e pela despreocupação com as questões de eficiência e custos.”.

Antes do processo regulatório prevalecia a liberdade de entrada, de saída, de desenho e da oferta de produtos diferenciados, fazendo com que muitas empresas de pequeno porte pudessem entrar no mercado e que as operadoras em geral oferecessem produtos diferenciados, com maior ou menor cobertura, de acordo com a clientela alvo que desejava atrair.

A saúde suplementar no Brasil constitui um setor de atividade econômica composto por um expressivo número de empresas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Essas operadoras apresentam grande diversidade de formatos jurídicos-institucionais e estão inseridas em um mercado submetido à regulação pública desde o fim da década de 1990, quando a Lei nº 9.656 foi aprovada no Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República. Cerca de um ano e meio após o início do processo de regulação do setor, a Lei nº 9.961 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades relativas à assistência suplementar à saúde. (CECHIN, 2008, p. 101).

De acordo com a Medida Provisória 1.908-18 Operadora de Plano de Assistência à Saúde é a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que opere plano privado de assistência à saúde.

O IEPP (2012, s/n) afirma que,

O contrato de seguro ou plano de saúde existe para indenizar ou garantir tratamento àqueles poucos que tiverem o infortúnio de ficarem doentes. O seguro ou plano não evita que o indivíduo fique doente, mas garante o tratamento ou a reparação dos danos financeiros deles decorrentes.

Ainda segundo o IEPP (2012), a operadora atua como gestora do mutualismo, pois o preço pago por cada segurado, na forma de mensalidade, equivale ao custo do risco, que é a despesa esperada com diagnósticos e tratamentos das pessoas que utilizaram tais serviços, acrescidos ainda dos custos administrativos e da margem de lucro.

Atualmente o mercado de saúde suplementar convive com dois tipos de planos (IEPP, 2012):

Planos antigos: contratados antes da Lei nº 9.656/98 e não adaptados, ou seja, antes de 02 de janeiro de 1999.

Planos novos: comercializados a partir de 02 de janeiro de 1999 e que estão de acordo com as regras da Lei nº 9.656/98.

Os agentes do mercado de planos de saúde são os consumidores (beneficiários), os prestadores de serviço (hospitais, médicos, clínicas e laboratórios), as operadoras de planos e seguros de saúde, o órgão regulador e a indústria de equipamentos, materiais e fármacos, que fornece os insumos ao mercado.

Os beneficiários celebram um contrato com a operadora que define a mensalidade, os serviços médicos cobertos e a rede de atendimento, além de uma série de detalhes sobre coparticipação, franquia, período de carência, regras de reajuste de preço, revisão por faixa etária.

Os prestadores são entidades e profissionais que prestam os serviços de assistência à saúde. Atualmente, a maioria dos prestadores é remunerada por quantidade de serviços prestados e por um valor pré-estabelecido em contrato. (IESS, 2012)

As operadoras credenciam rede de atendimento, ou seja, coordenam redes terceirizadas de prestação de serviços, mediante o pagamento direto ao prestador, ou oferecem esses serviços por meio de uma rede própria, quando a operadora é proprietária das unidades de prestação de serviços e empregadora dos recursos humanos.

“[...] A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é uma autarquia em regime especial vinculada ao Ministério da Saúde [...]. A Agência tem competência para regulamentar as atividades das operadoras [...].” (IESS, 2012)

De acordo com o IESS (2012, s/n), “quando a pessoa escolhe fazer parte de um plano de saúde, este deve obrigatoriamente constar em contrato. É no contrato que estão discriminadas as garantias de assistência à saúde, os direitos e deveres do beneficiário e as regras de reajustes anual e por faixa etária.”. Ainda segundo o IESS, os seguintes requisitos são indispensáveis ao contrato:

- ✓ Área geográfica de abrangência;
- ✓ Coberturas adicionais, se houver;
- ✓ Coberturas e procedimentos garantidos;
- ✓ Condição de vínculo do beneficiário em planos coletivos;
- ✓ Condições da perda da qualidade de beneficiário;
- ✓ Condições de admissão;
- ✓ Critérios de reajuste e revisão da mensalidade;
- ✓ Eleição de foro;
- ✓ Faixas etárias e percentuais de aumento por mudança de faixa;

- ✓ Os mecanismos de regulação em especial, franquia ou percentual de coparticipação do consumidor nas despesas assistenciais;
- ✓ Os mecanismos de “porta de entrada”, direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso;
- ✓ Indicação de serviços assistenciais, credenciados, indicação de livre escolha quando houver (para os seguros é obrigatória);
- ✓ Início da vigência;
- ✓ Condições de rescisão/suspensão, indicando de que forma ocorrerá;
- ✓ Nome da Operadora e número de registro na ANS;
- ✓ Objeto e natureza do contrato;
- ✓ Padrão de acomodação em internação;
- ✓ Segmentação (Referência, ambulatorial, hospitalar, etc.).
- ✓ Períodos de carência (período ininterrupto, contado a partir da data de vigência do contrato durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas não tem acesso a determinadas coberturas);
- ✓ Procedimentos sujeitos à Cobertura Parcial Temporária ou à DLP;
- ✓ Qualificação da Operadora e do contratante;
- ✓ Regras de urgência e emergência;
- ✓ Tipo de contratação do plano de saúde (individual, familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão).

Atualmente existem duas modalidades de contratação de planos de saúde:

Contrato individual ou familiar – que oferece cobertura para a livre adesão do beneficiário, pessoas naturais com ou sem grupo familiar;

Contrato coletivo – que é firmado por pessoas jurídicas, para indivíduos com vínculo empregatício, societário, estatutário, classista ou sindical. Essa modalidade pode prever ou não a inclusão de dependentes e pode ser subdividida em: empresarial, para indivíduos com vínculo empregatício ou estatutário com a contratante do plano, e por adesão, para indivíduos com vínculo classista ou sindical com a contratante, e a adesão é voluntária. (IESS, 2012).

Carneiro (2012, p.1) afirma que,

No que tange ao desempenho do mercado de planos de saúde, as variáveis econômicas de emprego e renda são determinantes. A maior parte dos beneficiários se concentra em contratos do tipo coletivo empresarial (62%), os demais estão em contratos individuais ou coletivos por adesão.

Conforme salientado por Paim *et al.* (2011), o sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público-privada financiada sobre tudo por recursos privados, com três subsetores:

- ✓ Público – os serviços são financiados e providos pelo estado;
- ✓ Privado – os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados;
- ✓ Saúde Suplementar – com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais.

O CONASS (2011) classifica as operadoras de planos e seguros de saúde, que compõem o setor de saúde suplementar, em quatro modalidades principais: Medicina de Grupo, Seguro de Saúde, Cooperativa de Trabalho Médico e Auto Gestão, de acordo com características relacionadas à sua forma de organização.

A modalidade de Medicina de Grupo tem como clientes indivíduos e empresas para as quais comercializam planos de saúde, e os serviços podem ser prestados por unidades próprias, em que os profissionais são empregados da mesma, ou através de unidades credenciadas por esta. A principal organização que representa esta modalidade é a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

Já na modalidade Seguro de Saúde, os clientes também são indivíduos e empresas, porém a seguradora não pode fazer prestação direta de serviços. Segundo informações das próprias seguradoras, mais de 90% das despesas médico-hospitalares são pagas diretamente à rede, existindo centrais de atendimento e autorização para os consumidores. A principal instituição representativa dos seguros saúde é a Federação Nacional de Saúde Suplementar, criada em 2007.

Nas Cooperativas de Trabalho Médico, a gestão do plano é feita de forma semelhante às de medicina de grupo. A diferença encontra-se no fato de que estas organizações são formadas por profissionais médicos vinculados as cooperativas, denominados cooperados. O que diferencia as cooperativas das demais empresas são as seguintes características: sociedade de pessoas e não de capital; número ilimitado de sócios; não produz lucros; não sujeita a falência; e adesão voluntária. A principal organização representativa das cooperativas de trabalho médico é a Unimed do Brasil.

Por fim, tem-se a modalidade de Autogestão em que os serviços são voltados para os empregados de empresas e muitas vezes os seus familiares, podendo ser organizados diretamente pela empresa ou outra organização que institui e administra, por meio de caixas de assistência, associações, sindicatos, fundações, sem finalidade lucrativa. As operadoras de Autogestão podem ser de dois tipos: patrocinada, em que a empresa empregadora assume a responsabilidade do pagamento de parte da contraprestação pecuniária, e não patrocinada, em que os sócios organizam uma entidade sem fins econômicos, que arca com todas as despesas da assistência à saúde desse grupo. Vale ressaltar que as organizações desta modalidade não comercializam planos para empresas, nem vendem planos individuais ou familiares. Os prestadores de serviço são médicos, hospitais, e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, geralmente credenciados. Todo o segmento é representado pela União Nacional de Autogestão em Saúde (UNIDAS).

Diante do exposto, observa-se que apesar do setor de saúde suplementar ter sido estruturado a partir dos quatro segmentos supracitados, cada um com suas características e formas de organização, além de órgãos de representação social diferentes, a natureza das atividades desenvolvidas é basicamente a mesma. Todas as organizações do subsetor administraram “pecúlios”, formados pelas contribuições diretas dos indivíduos, dos seus empregadores, ou de ambos, com o objetivo de garantir à assistência a saúde. (CONASS, 2011).

A diferença entre os produtos oferecidos pelas operadoras situa-se no âmbito da segmentação (ambulatorial, hospitalar, com ou sem obstetrícia, com ou sem odontologia ou exclusivamente odontológicos), no conforto da internação hospitalar (enfermaria ou apartamento), na rede de médicos e hospitais próprios, contratados ou conveniados e em outros fatores assessórios e no valor das mensalidades cobradas. (CECHIN, 2008).

De acordo com o IESS (2012) o número total de operadoras médico-hospitalares cresceu no 3º trimestre após 34 novos registros e 30 cancelamentos de operadoras no período. Segundo a medida de concentração “C4”, que considera um mercado competitivo quando as quatro maiores empresas possuem menos de 70% do mercado, o setor de saúde suplementar continua competitivo, pois 70% dos beneficiários estão distribuídos em 107 operadoras.

Nota-se ainda que as cooperativas médicas também detêm uma parcela significativa do mercado, uma vez que proporcionam maior liberdade aos profissionais cooperados.

Na tabela 1 observa-se o número de operadoras de saúde registradas na ANS até setembro de 2011 por porte e segundo a modalidade.

Tabela 1 – Operadoras em atividade por porte, segundo modalidade (Brasil - setembro/2011).

Modalidade da operadora	Total	Sem beneficiários	Pequeno porte (Até 20.000)	Médio porte (20.000 a 100.000)	Grande porte (Acima de 100.000)
Total	1.618	222	988	307	101
Administradora de benefícios	74	74	-	-	-
Autogestão	235	28	166	31	10
Cooperativa médica	332	7	169	119	37
Cooperativa odontológica	127	9	92	22	4
Filantropia	94	4	67	21	2
Medicina de grupo	439	50	273	89	27
Odontologia de grupo	304	50	219	22	13
Seguradora especializada em saúde	13	-	2	3	8

Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2011.

Em análise da tabela 1, observa-se que a modalidade com maior número de operadoras é a Medicina de Grupo que atuam no mercado com a comercialização de planos individuais e empresariais. Essa modalidade tem crescido significativamente nos últimos anos devido a várias organizações privadas estarem ofertando o plano de saúde como um benefício e um diferencial para os seus funcionários no mercado.

Quando se analisa o número de beneficiários por modalidade de operadora de saúde, as cooperativas médicas e as operadoras de medicina de grupo também concentram um maior número de beneficiários. Conforme se pode observar na tabela 2.

Tabela 2 – Quantidade de beneficiários de assistência médica por modalidade.

Modalidade	Beneficiários de Assistência Médica
TOTAL	47.611.636
Autogestão	5.329.172
Cooperativa Médica	17.102.411
Filantropia	1.512.713
Medicina de Grupo	17.835.317
Seguradora Especializada em Saúde	5.832.023

Fonte: http://www.ans.gov.br/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_CC.DEF.

Segundo o IESS (2012, p.2),

O número de beneficiários em planos coletivos continua crescendo a taxas acima da média de mercado, porém com diminuição do ritmo. O número de beneficiários de planos coletivos por adesão continuam em queda desde a entrada em vigor da RN 195 (agosto/09) e da IN 22 (novembro/09), que dificultou a entrada de beneficiários não ligados a associações e entidades de classe.

A evolução positiva no mercado de planos coletivos empresariais pode ser justificada pela taxa de desemprego nas regiões metropolitanas estar no seu mais baixo nível.

Na tabela 3 pode-se observar a evolução dos planos coletivos por adesão e dos planos coletivos empresariais.

Tabela 3 – Taxas de crescimento do nº de beneficiários.

	PERÍODO	Nº DE BENEFICIÁRIOS	Δ% 12 MESES	Δ% 3 MESES
TOTAL	set/10	44.552.376		
	jun/11	46.928.969	5,5	0,2
	set/11	47.008.888		
INDIVIDUAL	set/10	9.406.235		
	jun/11	9.682.585	2,7	-0,3
	set/11	9.656.863		
COLETIVO	set/10	33.670.140		
	jun/11	35.989.873	7,4	0,5
	set/11	36.152.682		
EMPRESARIAL	set/10	26.519.407		
	jun/11	28.936.007	10	0,8
	set/11	29.163.296		
ADESÃO	set/10	7.112.455		
	jun/11	7.015.502	-2,3	-0,9
	set/11	6.951.510		
NÃO IDENTIFICADO	set/10	38.278		
	jun/11	38.364	-1,1	-1,3
	set/11	37.876		

Fonte: IESS (2012, p.2).

Outra análise que se pode fazer do setor de saúde suplementar é do número de beneficiários por unidade federativa. Na tabela 4 observa-se que as unidades federativas com maior número de beneficiários são: São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Destes, São Paulo possui a quantidade mais significativa, 18.465.183 beneficiários, provavelmente devido à concentração de polos industriais.

“O mercado de planos de saúde se concentra nas regiões de maior atividade econômica, como capitais, regiões metropolitanas e polos industriais: 71,5% dos beneficiários estão nessas regiões.” (IESS, 2012, p. 3).

Tabela 4 – Número de beneficiários de assistência médica por UF.

UF	Quantidade de Beneficiário de Assistência Médica
TOTAL	47.611.636
Acre	43.227
Alagoas	378.541
Amapá	70.544
Amazonas	543.926
Bahia	1.472.069
Ceará	1.046.406
Distrito Federal	683.950
Espírito Santo	1.130.359
Goiás	922.952
Maranhão	403.769
Mato Grosso	407.240
Mato Grosso do Sul	428.419
Minas Gerais	5.126.012
Pará	756.855
Paraíba	368.225
Paraná	2.485.583
Pernambuco	1.420.122
Piauí	226.738
Rio de Janeiro	6.032.586
Rio Grande do Norte	522.725
Rio Grande do Sul	2.554.100
Rondônia	188.735
Roraima	27.330
Santa Catarina	1.515.542
São Paulo	18.465.183
Sergipe	278.919
Tocantins	86.184
Exterior	26
Não Identificado	25.369

Fonte: http://www.ans.gov.br/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_BR.DEF.

De acordo com Cechin (2008, p. 34), “é inerente ao mercado de planos e seguros de saúde, como a tantos outros, o problema de assimetria de informação, que viola uma das condições necessárias para que o mercado funcione com total eficiência [...].”.

Nesse mercado, os consumidores têm mais informações sobre o seu estado de saúde do que as operadoras, e usam a seguinte regra para decidir se adquirem ou não o

seguro: eles o fazem somente se o custo for inferior ao que eles esperam gastar com saúde. Ou seja, quanto mais “saudável” for o indivíduo, menos disposto a gastar com o seguro saúde ele estará. Por outro lado, as operadoras buscam vender o seguro a um preço superior ao gasto esperado pelo indivíduo. No entanto, a operadora não analisa plenamente o estado de saúde do consumidor, examina apenas algumas características observáveis, como: sexo, histórico de saúde, exames, etc.

Vale ressaltar que o mercado de planos de saúde ainda apresenta oportunidade de crescimento, visto que, conforme Carneiro (2012, p. 1),

[...] ainda existe um grande número de trabalhadores no setor formal sem plano de saúde, o que amplia a oportunidade de crescimento dos planos coletivos. São 45 milhões de pessoas no mercado de trabalho formal e 29,2 milhões de beneficiários de planos coletivos empresariais, dentre os quais encontram-se titulares e dependentes.

4.2.1. A intervenção da ANS

Conforme salientado pela CONASS (2011, p.83), “a ANS vem desenvolvendo e aprimorando inúmeros mecanismos voltados para a geração e a difusão de informações relativas ao setor de saúde suplementar, com a finalidade de estabelecer canais de comunicação com os atores do mercado.”.

A ANS utiliza inúmeras estratégias para desenvolver a fiscalização econômico-financeira e médico-assistencial das operadoras, apoiar os beneficiários de planos de saúde e desenvolver parcerias com órgãos de defesa do consumidor.

Os projetos “Cidadania Ativa” e “Olho Vivo” foram desenvolvidos pela ANS para a fiscalização das operadoras de planos de saúde. Esses programas não se restringem apenas à fiscalização de caráter punitivo, na medida em que atuam também como instrumento de transformação de comportamento de mercado, estabelecendo novos padrões de conduta para as operadoras, tanto no que diz respeito ao cumprimento de normas de regulação do setor como ao desenvolvimento de ações que priorizem e respeitem os beneficiários/consumidores. (CONASS, 2007).

Outra medida voltada para o monitoramento das operadoras é o índice médio de reclamações do setor de saúde suplementar, que é calculado a partir da relação entre o total de reclamações com indício de irregularidade registrada no Disque ANS para uma operadora e o total de beneficiários da mesma.

Para avaliar o desempenho das operadoras a ANS utiliza quatro dimensões, por meio de indicadores ponderados, a qualidade da atenção à saúde (0,50%), qualidade econômico-financeira (0,30%), qualidade de estrutura e operação (0,10%) e satisfação dos beneficiários (0,10%). Esses índices compõem o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar, que varia de zero a um.

Outra atribuição da ANS é a publicação do Rol de Procedimentos, que lista quais procedimentos assistenciais devem obrigatoriamente ser cobertos de acordo com o tipo de segmentação contratual, em complemento à determinação da Lei 9.656 que exige a cobertura de todas as doenças da Classificação Internacional de Doenças, da versão 10 (CID – 10).

A ANS também utiliza dois sistemas nacionais de informação em saúde para alimentar as práticas de saúde, fornecer subsídios para avaliar o impacto das ações e para manter a vigilância atualizada com os avanços do conhecimento científico e tecnológico. São eles:

- ✓ SIP – Sistema de Informação de Produtos, que tem por finalidade acompanhar a assistência de serviços prestada aos beneficiários de planos de saúde;
- ✓ SIB – Sistema de Informação de Beneficiários, que tem por finalidade acompanhar as informações cadastrais dos beneficiários nas bases de dados das operadoras na Agencia Nacional de Saúde Suplementar.

De acordo com Silva e Leite (2010, p.10), faz parte do escopo da ANS regular a parte assistencial de produtos e procedimentos disponibilizados e ofertados. Para tanto, a mesma tem trabalhado no desenvolvimento de sistemas padronizados de informação para todo o setor, objetivando também as informações serem fidedignas.

Em 2003, a ANS iniciou a elaboração da Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde. Durante esse processo, observou-se a necessidade de se adotar uma terminologia clínica comum a todos os atores do mercado (hospitais, médicos, laboratórios, etc.), pois isso facilitaria o preenchimento eletrônico da TISS. Foi assim que surgiu a TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar), desenvolvida com o objetivo de ser uma nomenclatura comum, que auxilie a troca de informações e pagamentos de serviços na saúde suplementar. (SILVA e LEITE, 2010, p.10).

Para alimentar os referidos sistemas de informação, as operadoras de saúde precisam enviar regularmente seus dados. Visando facilitar a coleta e o envio desses dados a ANS criou um padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) para o registro

e o intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.

A implantação deste padrão trouxe uma série de mudanças, dificuldades e adaptações para as operadoras de saúde e os prestadores de serviço. As mudanças foram desde os formulários utilizados para a cobrança e pagamento dos serviços prestados à forma em que os dados são cadastrados nos sistemas de apoio a decisão das operadoras e prestadores.

Diante do exposto, observa-se que as operadoras de saúde necessitam de um sistema de apoio à decisão que lhes possibilite acompanhar o desempenho da organização, os cadastros de beneficiários e prestadores de serviços, além de atender às exigências da ANS e fornecer as informações solicitadas pela mesma.

4.3. Sistemas de informação utilizados em empresas do ramo de saúde suplementar

As empresas de saúde transformaram-se em organizações cada vez mais complexas, hierarquizadas, especializadas e que demandavam supervisão e gerência. Por conseguinte a preocupação passou a ser com a autoridade, responsabilidade, planejamento, controle, coordenação e relações no trabalho. (MOTTA, 1986 *apud* GUIMARÃES E ÉVORA, 2004).

O Ministério da Saúde (2008, p.21) afirma ainda que “dada à complexidade das organizações de saúde, seus gestores precisam de informações válidas, confiáveis e atualizadas para decidir de forma consciente.”.

A gerência praticada nas organizações, em geral, tem se voltado para a valorização da descentralização administrativa, da comunicação informal, da flexibilidade nos processos de produção, assim como para o estímulo à pro-atividade e à criatividade dos indivíduos e grupos. (GUIMARÃES E ÉVORA, 2004).

Guimarães e Évora (2004, p.72) salientam ainda que “a maneira como a informação é obtida, organizada, gravada, recuperada e posteriormente utilizada permite ao gerente atuar com mais segurança, aumentando a possibilidade de acerto na tomada de decisão.”.

Tendo em vista que a decisão nem sempre é resultado de um processo sequencial, estruturado e dirigido para uma única solução, a informação torna-se um recurso primordial para a tomada de decisão, e quanto mais estruturado for o processo, mais indicado se faz o uso

de sistemas de informação que possam responder as demandas e necessidades informacionais do decisor.

De acordo com Guimarães e Évora (2004, p. 75),

Um sistema de informação que sirva ao processo de trabalho deve responder as demandas e necessidades dos diversos serviços e unidades da instituição, resguardadas suas características e especificidades, podendo ser únicos para a organização ou específicos para cada serviço.

Os sistemas de apoio à decisão nas organizações de saúde suplementar obtêm dados do ambiente interno e externo a organização e processam estes dados transformando-os em informações. Esses sistemas operam por meio de *softwares* que organizam e disponibilizam essas informações na forma de relatórios, modelos matemáticos expressos em gráficos e tabelas. Além disso, Richieri (2001 *apud* GUIMARÃES E ÉVORA, 2004, p. 75) menciona ainda que “os *softwares* mais modernos permitem também a integração dos dados com resultados que refletem em maior rapidez na análise dos dados, transformando-os em informações essenciais para a tomada de decisão.”.

4.3.1. Principais modelos de sistemas de informação

O mercado de saúde suplementar está se tornando cada vez mais complexo devido o aumento do número de beneficiários, operadoras, médicos, hospitais e clínicas (prestadores de serviços), o avanço da tecnologia e as regulamentações da ANS, que cada vez mais busca a proteção e o favorecimento dos beneficiários, além da padronização do setor.

Várias empresas de *software* veem na saúde suplementar uma oportunidade de expandir sua carteira de clientes, oferecendo *softwares* específicos para gerenciar organizações do setor de saúde suplementar, cabendo destacar os três *softwares* amplamente utilizados por empresas do setor:

✓ TOTVS Saúde

O TOTVS Saúde é um sistema de gestão que visa atender às necessidades do segmento de saúde proporcionando que a gestão da operadora seja uma vantagem competitiva, desde a admissão de pacientes até a alta médica.

As soluções oferecidas pelo referido sistema englobam toda a cadeia de valor do segmento e integram o ciclo de administração da vida, desde a prestação de serviços de

atendimento clínico até a relação financeira entre prestadores, atendendo tanto a hospitais, médicos, laboratórios e centros diagnósticos, quanto ao sistema pagador, como operadoras de saúde e governo; sempre cumprindo as exigências dos órgãos reguladores. (<http://www.milleniumtecnologia.com.br/solucoes/>, disponível em 12/05/12).

Os benefícios da operadora adquirir essa ferramenta de gestão são os seguintes:

- ✓ Personalização de planos e processos de autorizações 100% automatizados;
- ✓ Redução de sinistralidade e das fraudes com identificação por biometria;
- ✓ Auditorias médicas automatizadas;
- ✓ Estruturação de planos garantindo melhor custo-benefício;
- ✓ Potencialização do faturamento dos planos;
- ✓ Dimensionamento da rede credenciada às necessidades reais;
- ✓ Conhecimento de indicadores de suficiência da rede credenciada

A proposta de valor do TOTVS Saúde é elevar o controle dos custos de saúde para a Operadora, com informações e indicadores ágeis e íntegros, que facilitem a tomada de decisões. O sistema supracitado permite a gestão maximizada do desempenho da operadora por possuir funcionalidades de gerenciamento de clientes e prestadores, auditoria de contas médicas, administração de contratos, estrutura de produtos entre outras.

Os seguintes processos podem ser gerenciados pela citada ferramenta:

- ✓ Gerenciamento de serviços;
- ✓ Venda de planos;
- ✓ Manutenção de contratos;
- ✓ Atendimento aos beneficiários;
- ✓ Revisão de contas médicas;
- ✓ Faturamento de planos;
- ✓ Pagamentos dos Prestadores e Cooperados.

✓ DexTotal

O DexTotal é um sistema completo para a gestão estratégica de uma operadora de saúde, trabalhando em um ambiente 100% *WEB* (em nuvem), o aplicativo automatiza todo o operacional da empresa e facilita a utilização dos serviços pelas partes envolvidas no processo. A conectividade do sistema permite acesso total através da Internet até mesmo por intermédio de celulares e palmtops, possibilitando a operadora escolher o *hardware* que for mais conveniente.

A ferramenta é dividida em módulos, permitindo que a aplicação possa ser distribuída em mais de um servidor utilizando um único banco de dados para a integração das informações.

O grande diferencial é a arquitetura do sistema que permite uma gama de recursos com conectividade total. As duplicações de atividades são evitadas, pois a ferramenta permite a operação de forma remota por intermédio de todos os envolvidos no processo (operadora, prestadores de serviços, médicos, corretores de seguros e segurados) via extranet e internet, evitando que uma atividade já realizada, por exemplo, por um prestador, seja refeita pela operadora. (<http://www.dexbrasil.com.br/dexsystems/index.php?option=comcontent&task=view&id=33&Itemid=53>, disponível em 12/05/12).

O sistema DexTotal está preparado para facilitar a transição e a evolução de processos, pois sua portabilidade permite que o cliente interaja com outros sistemas para trazer informações de outras bases, cruzar dados e apresentar as informações necessárias para apoiar as decisões. Além disso, usa critérios especiais na auditoria de contas médicas automatizando todos os processos da operadora, ou seja, toda a capacidade e inteligência da administração são configuradas dentro do aplicativo, que rigorosamente decide e atua segundo o que foi determinado realizando com precisão uma auditoria on-line. Neste caso o analista irá atuar apenas quando a situação estiver completamente fora dos parâmetros, e sua decisão deve estar dentro do que a sua alçada lhe permite, ficando registrada a sua ação no sistema para futuras verificações. Essa ferramenta comporta um número ilimitado de tabelas e procedimentos e permite a integração com outros aplicativos, agilizando a operação e eliminando a possibilidade de erros.

✓ Benner Saúde

O Benner Saúde é um sistema de gestão que auxilia operadoras de saúde suplementar no gerenciamento da rede credenciada, na criação de novos contratos e produtos, na atualização das novas regras exigidas pelos órgãos de regulação do setor, no controle dos beneficiários, nas propostas comerciais, nos procedimentos financeiros, no processamento das contas, entre outras atividades. Oferece, também, um portal de serviços web, para relacionamento com os prestadores, beneficiários, clientes e usuários, além de um autorizador web, em que é possível permitir ou não um atendimento antes da sua realização, cabendo destacar os seguintes benefícios estratégicos:

- ✓ Maior eficiência dos processos e eliminação de retrabalho com sistema integrado;
- ✓ Apoio no desenho dos principais processos da operadora;
- ✓ Redução no tempo de processamento de contas médicas;
- ✓ Disponibilização para os executivos de informações estratégicas confiáveis e integradas para tomada decisão;
- ✓ Portal Web como forma de relacionamento com seus beneficiários e prestadores;
- ✓ Redução da sinistralidade pela aplicação rigorosa de regras na Tabela Geral de Eventos (TGE);
- ✓ Estratificação e monitoramento dos beneficiários em programas de prevenção;
- ✓ Fornecimento de cenários / visões pré-elaborados com indicadores de mercado, focados em resultados, controle e integração.

O Benner Saúde possui ainda os seguintes serviços para possibilitar a gestão de planos de saúde:

Previnne: moderna estrutura tecnológica para estratificação, montagem e monitoramento dos programas de saúde;

My Vitali: plataforma de Home Telemedicina com captura de dados de equipamentos de monitoramento, exames e informações em tempo real;

Portal de Relacionamento: mais de 32 serviços para estreitar o relacionamento da Operadora com seus clientes e parceiros;

Indicadores: indicadores gerenciais e operacionais para o completo controle do desempenho de todos os processos da operadora.

No quadro 2 são apresentados os principais serviços do Benner Saúde por área de negócios da operadora.

Quadro 2 – Serviços do Benner Saúde por área de negócio.

GESTÃO DE PRODUTOS	COMERCIAL	GESTÃO DE CONTRATOS	GESTÃO DA REDE CREDENCIADA	CLÍNICAS	CONTAS MÉDICAS	ANS
Cadastro Inicial Flexibilidade de Configurações Personalização Modelos de Regras: carências, limites, co-participação, preços, entre outros.	Gerenciamento Cadastro de Corretores Gestão das Malhas Hierarquia de Vendas	Rotina de Importação de Beneficiários Matrícula Unificada Declaração de Saúde Gestão do Plano, Contrato, Família, Lotação e Beneficiário	Preços Especialidades Médicas Reajustes e Simuladores Redes Restritas Proponentes	Agenda Gestão de Corpo Clínico Faturamento Prontuário Eletrônico	Captura de Contas Médicas Digitação e Análise de Guias Regras (Glosas) Recurso de Glosas Indicadores	SIB DMED DIOPS SIP Registros Auxiliares

Fonte: <http://www.benner.com.br/>

Aborda-se no capítulo a seguir, um estudo de caso em uma operadora de saúde que atua em todo o Nordeste e em alguns estados das regiões Sudeste e Sul e que utiliza o sistema Benner Saúde, com foco na área de contas médicas.

5. ESTUDO DE CASO

O estudo de caso foi realizado na área de Contas Médicas de uma operadora de saúde suplementar, visando analisar o sistema de apoio à decisão utilizado pela mesma, suas particularidades, disponibilidade de informações importantes para a área em análise, e principalmente, sua automação, dado o volume de guias de atendimentos médicos processadas mensalmente com uma equipe de 145 colaboradores.

5.1. Metodologia

A presente pesquisa é de abordagem qualitativa e caracteriza-se por ser aplicada. Possui cunho descritivo-exploratório, que se utiliza do método estudo de caso para analisar a realidade presente em uma organização específica a fim de descrevê-la e indicar quais as possíveis intervenções a serem feitas buscando a solução de problemas, o aprimoramento dos processos decisórios e a melhoria dos serviços informacionais.

De acordo com Marconi e Lakatos (1999, p.22), a pesquisa aplicada “caracteriza-se por seu interesse prático, isto é, que os resultados sejam aplicados ou utilizados, imediatamente, na solução de problemas que ocorrem na realidade”. Diante do exposto, esse tipo de pesquisa visa não apenas à observação dos problemas presentes no objeto de estudo, como também à indicação de possíveis soluções, ou ainda, possíveis caminhos para se chegar a uma solução plausível.

[...] Pesquisa científica é, antes de tudo, procedimento racional que utiliza métodos científicos, ou seja: pesquisa científica é o conjunto de procedimentos sistemáticos, baseados no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para os problemas propostos, mediante o emprego de métodos científicos. (ANDRADE, 2004, p. 16).

A escolha do cunho descritivo para a metodologia do presente trabalho baseia-se na definição apresentada por Best (1972, apud MARCONI e LAKATOS, 1999) de que a pesquisa descritiva delineia o que é o objeto de estudo, abordando quatro aspectos importantes a serem observados para um melhor entendimento: a descrição, o registro, a análise e a interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente. Desta forma, o foco é a atualidade do assunto e dos elementos analisados, objetivando uma contribuição científica mais relevante, ao visitar um aspecto inovador do tema.

Vale ressaltar que na perspectiva de Hymann (1967 apud MARCONI e LAKATOS, 1999, p.22) a pesquisa puramente descritiva é uma “simples descrição de um fenômeno.”. Portanto, não atenderia no todo às expectativas aqui expostas. Desse modo, faz-se necessário que ela também se caracterize por ser descritivo-exploratória, pois conforme Marconi e Lakatos (1999, p. 87), esse tipo de pesquisa ou estudo “tem por objetivo descrever completamente determinado fenômeno, como por exemplo, o estudo de um caso para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas [...]”, auxiliando assim o alcance dos objetivos propostos na presente pesquisa.

No que se refere ao método estudo de caso, utilizou-se a conceituação de Barbosa (2001, p. 155) de que “esse método é caracterizado por ser um estudo intensivo. É levada em consideração, principalmente, a compreensão, como um todo, do assunto investigado.”.

Yin (1990 *apud* BARBOSA, 2001, p. 155),

Define o estudo de caso como uma forma de se fazer pesquisa social empírica ao investigar-se um fenômeno atual dentro de seu contexto de vida real, onde as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e na situação em que múltiplas fontes de evidência são usadas.

Diante do exposto observa-se que o estudo de caso possibilita ao futuro graduado uma maior aproximação do conhecimento teórico adquirido ao longo de sua vivência acadêmica com a realidade existente fora da instituição de ensino, ampliando sua perspectiva sobre o assunto estudado. Esse tipo de estudo permite ao pesquisador a imersão no contexto em que está inserido o objeto de estudo, podendo avaliar melhor o grau de influência das variáveis ambientais e analisar as situações reais envolvidas.

Conforme mencionado nos objetivos, o estudo de caso foi realizado na área de Contas Médicas de uma Operadora de Saúde Suplementar. A escolha deve-se ao fato de esta área da organização apresentar o maior desembolso financeiro subsidiado pelas informações disponibilizadas pelo sistema Benner Saúde, além da complexidade em que o sistema atua para o cumprimento de acordos e contratos com beneficiários e prestadores de serviço.

Assim, como instrumentos de coleta de dados, foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos: observação direta; observação indireta; questionário; relato verbal direto e indireto (oral ou escrito), e análise documental.

O universo de pesquisa foi a sede da Operadora de Saúde que está situada na cidade de Fortaleza, e a amostra selecionada, por conveniência e acessibilidade, foi de 20 colaboradores dos segmentos de conferência e revisão de glosas, dez de cada segmento, da área de Contas Médicas, além de duas supervisoras, a analista da área, um monitor e um

assistente administrativo, totalizando 25 questionários aplicados. A coleta dos dados ocorreu de janeiro a junho do ano corrente.

5.2. Perfil da empresa

A empresa objeto desta pesquisa trata-se de uma caixa de assistência que iniciou suas atividades em 1979, como autogestão sem fins lucrativos. A razão social da empresa em análise não será revelada, a mesma será chamada de Operadora de Saúde.

A identidade corporativa da referida organização é composta pelo negócio estratégico: cuidar da saúde das pessoas; a visão de futuro: ser reconhecida como a empresa que melhor cuida da saúde das pessoas; a missão: cuidar da saúde das pessoas por meio de ações preventivas e assistenciais, primando pela ética, excelência nos serviços e sustentabilidade empresarial; e os valores: ética, acolhimento e cuidado com o cliente, qualidade e excelência, confiabilidade, inovação e responsabilidade social.

Em 2011 a Operadora de Saúde fechou o exercício com um quadro funcional de 547 colaboradores, distribuídos entre funcionários, terceirizados, jovens aprendizes e estagiários.

A Operadora de Saúde possui 38.411 beneficiários e uma rede credenciada de médicos, odontólogos, hospitais, clínicas, etc. de mais de 6 mil prestadores de serviço, distribuídos em sua área de abrangência (toda a região Nordeste, no norte dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo e nas cidades do Belo Horizonte, Brasília, Rio de Janeiro e São Paulo). Atualmente a empresa conta com três Lojas de Relacionamentos, e dezesseis Representações (unidades menores para o recebimento de guias e o atendimento a prestadores e beneficiários). Devido ao número de vidas/beneficiários a empresa é considerada como operadora de médio porte.

A empresa em análise mantém em seu portfólio de produtos os planos: Natural e Família.

Plano Natural: contempla vários serviços, entre eles: assistência médica ambulatorial e hospitalar, com assistência odontológica, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.

Plano Família: contempla assistência médica ambulatorial e hospitalar, com serviços de fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição. Destinado aos familiares de beneficiários do plano natural, que não atendem a condições específicas para os dependentes.

O sistema de apoio à decisão utilizado pela Operadora de Saúde é o Benner Saúde. Na seção 5.2.2 será abordado como o referido sistema subsidia as decisões da área de contas médicas, possibilitando o cumprimento de contratos, com prestadores de serviços e beneficiários, e as normativas da ANS.

5.2.1. Área de Contas Médicas

A área de contas médicas é responsável pelo recebimento, processamento e pagamento, via sistema, das guias de atendimentos dos beneficiários da Operadora de Saúde em toda a sua área de abrangência. Contando atualmente com 145 colaboradores distribuídos nos seguintes segmentos/grupos de trabalho: suporte manual, suporte eletrônico, técnicos, mat/med, digitação, conferência, arquivo e revisão de glosas.

Suporte manual

Recebe as guias de atendimento capeadas pelo Protocolo de Entrega de Guias (PEG) ou pela Guia de Remessa de Documento (GRD), no caso das guias enviadas também eletronicamente; separa as guias capeadas pelo PEG por data de pagamento, de acordo com o calendário de pagamento pré-estabelecido para aquele prestador de serviço; aloca as guias no escaninho destinado as guias com envio apenas manual/físico; verifica se as guias capeadas pelo PEG estão devidamente preenchidas e aptas para pagamento; organiza a documentação anexa às guias; gera um protocolo no sistema Benner Saúde conhecido como capa de PEG, este protocolo é que identificará aquele montante de documentos para todos os outros segmentos da área; devolve as guias irregulares para os prestadores de serviço corrigir a cobrança e reapresentar as guias; separa as guias capeadas pela GRD por data de pagamento e aloca estes documentos no escaninho destinado as guias que possuem também o envio eletrônico.

Suporte eletrônico

Identifica a que protocolo a GRD corresponde no sistema; checa as guias físicas recebidas com as guias enviadas eletronicamente; preenche na GRD as informações de número de pagamento, data de pagamento, situação das guias (digitação, conferência, pronto

ou faturado); número do protocolo gerado no sistema Benner Saúde e direciona o material, já preparado, para o próximo segmento.

Técnicos

Equipe composta de médicos e enfermeiros responsáveis pela análise das guias em que há a cobrança de materiais, medicamentos, taxas hospitalares, hemoderivados (cobrança de exames e compostos destinados à transfusão de sangue). Os técnicos analisam se a quantidade e o item cobrado estão de acordo com a prescrição anexa à guia e o quadro clínico do beneficiário informado. Nos casos em que eles discordam da cobrança realizada pelo prestador de serviço, eles fazem reduções nos itens por meio de “glosas”, que são códigos específicos para registrar o motivo da redução ou do não pagamento total de determinado item.

Mat/Med

É responsável pela análise dos valores cobrados pelos prestadores de serviço para os materiais e medicamentos. A equipe verifica item a item se o valor do mesmo está de acordo com o valor da tabela negociada com o prestador, calculando margens e descontos, quando necessário. Nos casos em que forem identificadas divergências entre os valores cobrados e os negociados, são registradas glosas.

Digitação

Digita todos os dados de todas as guias com recebimento apenas manual, de acordo com o número de protocolo identificado no PEG; efetua devoluções via sistema das guias com inconsistências ou ausência de informações; corrige alguns dados das guias com envio eletrônico, nos casos em que há divergência entre a informação apresentada na guia física e na eletrônica;

Conferência

Efetua a conferência das guias que ficaram pendentes no sistema por alguma glosa, alerta (mensagem gerada pelo sistema visando ao cumprimento de algum acordo ou

excepcionalidade), ou negativa; questiona a outras áreas da empresa divergências nas autorizações, acordos etc; efetiva o pagamento, via sistema, das guias.

Arquivo

Arquiva todas as guias que já foram conferidas ou que não ficaram com nenhuma pendência após a digitação e a mudança de fase via sistema; resgata guias quando necessário;

Revisão de Glosas

Cadastra e analisa recursos de glosas dos prestadores de serviço que não concordaram com alguma glosa realizada pela Operadora de Saúde. Podendo efetuar o acerto ou pagamento do item glosado, ou manter a glosa justificando o motivo no retorno que é emitido para o prestador.

Os pagamentos realizados pela área de contas médicas representam os maiores desembolsos da Operadora de Saúde, e no ano de 2011 totalizaram R\$ 135.686.496,44.

5.2.2. Sistema Benner Saúde na Operadora de Saúde

O sistema Benner Saúde subsidia o processo decisório em todos os níveis hierárquicos da Operadora de Saúde, especialmente na área de contas médicas, visto que o referido sistema dispõe de todos os dados contratuais de prestadores de serviço e beneficiários, além de regras de pagamento delimitadas pela ANS e pelas tabelas acordadas com os prestadores de serviço.

Por ser dividida em módulos (beneficiários, prestadores, autorizações, processamento de contas, financeiro etc.), a referida ferramenta é de fácil manuseio e objetiva, disponibilizando para cada área da empresa as informações e os relatórios necessários.

O módulo mais utilizado pela área de contas médicas é o “processamento de contas” e está estruturado da seguinte forma: na Tabela Geral de Eventos (TGE), constante no sistema, são cadastrados todos os códigos correspondentes a procedimentos médicos e hospitalares, incluindo taxas, materiais e medicamentos especiais. Para cada código são cadastradas as regras de pagamento, tais como: o sexo do beneficiário que prevê a realização deste procedimento, podendo ser os dois; a idade mínima e máxima; a quantidade máxima em

determinado período, conhecida como prazo intervalar; os tipos de especialidades que os prestadores de serviço devem ter para realizar o código ou evento; o nível de autorização do evento, que determina se é necessária a autorização prévia pela Operadora de Saúde; entre outros.

Neste módulo é realizada também a digitação das guias enviadas apenas fisicamente e a importação das guias enviadas eletronicamente. Existem quatro situações para o PEG/lote de guias:

Digitação: nesta fase o sistema apenas recebe as informações digitadas, criticando o preenchimento dos campos obrigatórios das guias, se os códigos cobrados pelos prestadores são da tabela acordada, e se as demais informações como: beneficiário, médico solicitante e executor, recebedor/prestador de serviço possuem cadastro no sistema. A equipe de digitação, ao ser sinalizada pelo sistema providencia a correção ou a devolução da guia.

Conferência: na mudança para esta fase o sistema critica todas as informações das guias digitadas, de acordo com as regras estabelecidas na TGE; no cadastro do prestador de serviço, incluindo valores dos códigos cobrados; no cadastro dos beneficiários, incluindo boletos em aberto, prazos de carências, matrículas canceladas, procedimentos realizados em quantidades superiores ao prazo intervalar, procedimentos realizados em duplicidade, mesmo que a cobrança ocorra em guias diferentes. Todas as críticas do sistema são sinalizadas a equipe de conferência por meio de “glosas” que podem ser confirmadas, efetivando o não pagamento total ou parcial de determinado código, ou reconsideradas efetivando o pagamento do código total ou parcial. Além das críticas, o sistema dispõe de um mecanismo de alerta, por meio de mensagens disparadas para visualização do usuário, que podem estar vinculadas a um código, um prestador de serviço ou um beneficiário. Estas mensagens são utilizadas para sinalizar regras e exceções de pagamentos específicas.

Pronto: quando as guias e pgs/lotes de guias são alterados para esta fase significa que os mesmos estão prontos para faturamento e posterior pagamento aos prestadores de serviço.

Faturado: nesta fase as guias já estão contabilizadas e o sistema já gerou a fatura para pagamento nos módulos “prestador” e “financeiro”, a partir daqui a área financeira da empresa irá efetuar o pagamento e contabilizar os impostos.

Diante do exposto, observa-se que o Sistema Benner Saúde automatiza inúmeras atividades, cuja realização manual seria inviável, tendo em vista o volume médio mensal de 200.000 guias e a equipe de aproximadamente 145 colaboradores da área de contas médicas.

O sistema Benner Saúde disponibiliza 107 relatórios no módulo “processamento de contas” que visam ao acompanhamento do volume de guias por situação e por data de pagamento, além de relatórios de acompanhamento do cumprimento de regras e contratos (relatórios de controle gerencial).

5.3. Apresentação e análise dos resultados

O questionário utilizado para esta pesquisa é composto de 16 perguntas, 15 objetivas e 1 subjetiva, visando sugestões de melhoria do sistema. Estando dividido em 5 seções:

Caracterização do sistema – objetiva identificar se todos os respondentes utilizam o sistema diariamente para desempenhar suas atividades; a percepção dos mesmos quanto à interface, ou seja, se é de fácil manuseio; e se as informações disponibilizadas atendem as necessidades dos usuários;

Área de maior custo - possui uma questão objetiva sobre que área da Operadora de Saúde representa o maior desembolso financeiro, na opinião do respondente;

Sistema x custos da operadora – visa confirmar se o sistema realmente interfere nos custos da operadora com o pagamento dos prestadores de serviço; possibilita maior controle no cumprimento do contrato dos beneficiários; se as informações armazenadas e disponibilizadas embasam a tomada de decisão dos pesquisados sobre os pagamentos dos eventos; se o sistema segue as legislações vigentes; e, a visão, dos respondentes, do sistema em relação a outros do mesmo segmento;

Relatórios disponibilizados pelo sistema – busca identificar que tipos de relatórios são mais utilizados; se os mesmos atendem as necessidades da área; se os usuários podem solicitar novos relatórios ou melhorias nos existentes;

Sugestões – trata-se de uma única questão subjetiva em que os respondentes são convidados a sugerir melhorias para o sistema.

Na primeira seção do questionário obtiveram-se os seguintes resultados:

- ✓ Todos os respondentes utilizam o sistema diariamente para exercer suas funções na empresa;
- ✓ Apenas 12% dos pesquisados acreditam ser possível desempenhar suas atividades sem o uso do sistema. Porém, destes, apenas 3% confirmam que

sem o uso do sistema, a equipe à qual pertencem conseguiria manter sua produtividade e cumprir com os prazos estabelecidos pela empresa;

- ✓ 84% dos colaboradores que participaram da pesquisa consideram o sistema de fácil manuseio e as informações organizadas de forma lógica e objetiva;
- ✓ 60% dos respondentes acreditam que o sistema disponibiliza apenas parcialmente todas as informações necessárias sobre os contratos de beneficiários e prestadores de serviço, 32% acreditam que o sistema disponibiliza sim as referidas informações, ao passo que 8% acreditam que o sistema não disponibiliza;
- ✓ 72% dos pesquisados afirmaram que as informações disponibilizadas são exatas e confiáveis na maioria das vezes, e 28% afirmaram que sim, ou seja, as informações sempre são exatas e confiáveis. Vale destacar que nenhum dos pesquisados afirmou que as informações não são exatas e confiáveis;

Diante dos resultados supracitados observa-se que o sistema é de fácil manuseio para os usuários e apresenta as informações de forma lógica e objetiva. Porém, deixa a desejar em um quesito essencial que é dispor de algumas informações, sobre contratos de prestadores de serviço e beneficiários, necessárias à tomada de decisão.

Na segunda seção, sobre que área da Operadora de Saúde representa o maior desembolso financeiro, na opinião do respondente, obtiveram-se os seguintes resultados:

- ✓ 68% dos respondentes afirma que as Contas Médicas é a área que representa o maior desembolso para a Operadora de Saúde; 24% afirma que é a área Financeira e 8% que é a área de Logística.

Em análise do Fluxo de Caixa da Operadora de Saúde pode-se observar que a área de contas médicas realmente representa o maior desembolso, pois no ano de 2011 os pagamentos a fornecedores/prestadores de serviços de saúde totalizaram R\$ 135.686.496,44. Superior a todos os outros pagamentos.

Tabela 5 – Demonstração do Fluxo de Caixa da Operadora de Saúde.

ATIVIDADES OPERACIONAIS	ANO 2011
(+) Recebimentos de Planos de Saúde	127.543.164,78
(+) Outros Recebimentos Operacionais	50.592.556,92
(-) Pagamentos a Fornecedores/Prestadores de Serviços de Saúde	(135.686.496,44)
(-) Pagamentos de Comissões	-
(-) Pagamentos de Pessoal	(21.420.125,43)
(-) Pagamentos de Serviços de Terceiros	(8.951.498,38)
(-) Pagamentos de Tributos	(75.851,65)
(-) Pagamentos de Contingências (Cíveis/Trabalhistas/Tributárias)	(2.298.628,31)
(-) Pagamentos de Aluguel	(1.106.509,81)
(-) Pagamentos de Promoção/Publicidade	(11.135,93)
(-) Outros Pagamentos Operacionais	(12.665.914,03)
Caixa Líquido das Atividades Operacionais	(4.080.438,28)

Fonte: Relatório Anual 2011.

Os seguintes resultados foram obtidos na terceira seção do questionário:

- ✓ 88% dos colaboradores que responderam aos questionários acreditam que a utilização do sistema proporciona redução do custo com o pagamento aos prestadores de serviço;
- ✓ 100% dos respondentes afirmam que o sistema possibilita maior controle no cumprimento do contrato dos beneficiários, no que diz respeito a coberturas; carências; prazos intervalares; etc.
- ✓ Apenas 12% dos pesquisados não concordam que as informações armazenadas e disponibilizadas pelo sistema, possibilitem-lhe tomar decisões respaldadas sobre o pagamento, ou o não pagamento, de um determinado evento, ao passo que 88% concordam;
- ✓ 52% dos colaboradores que participaram da pesquisa afirmam que o sistema não foi adaptado rapidamente nos casos de mudanças na legislação, que interferiram nas regras de pagamento das operadoras de saúde, por outro lado 44% afirmam que o sistema foi adaptado rapidamente; Vale ressaltar que um dos pesquisados não respondeu a essa questão;

- ✓ 84% dos respondentes nunca utilizaram outro sistema de informação em saúde suplementar, ao passo que 16% já utilizaram, e destes, 100% não consideraram o sistema superior ao sistema utilizado pela Operadora de Saúde;

Em análise dos resultados obtidos na terceira seção, pode-se destacar a automação do sistema no que diz respeito ao controle do cumprimento dos contratos de prestadores e beneficiários com relação a valores negociados, carências, prazos intervalares etc. O sistema dispõe ainda de informações relevantes para o pagamento dos eventos médicos, gerando críticas para serem analisadas pelos colaboradores. Diante do exposto, pode-se afirmar que o sistema influencia significativamente no controle dos custos da operadora com o pagamento dos credenciados.

Na quarta seção, os seguintes resultados foram obtidos, considerando 22 questionários respondidos, visto que esta seção foi preenchida apenas pelos colaboradores que fazem uso dos relatórios:

- ✓ Nenhum dos pesquisados utiliza os relatórios gerenciais;
- ✓ 59% utilizam os relatórios de controle, 45% de produtividade e 32% de qualidade;
- ✓ Metade dos colaboradores, que participaram da pesquisa, afirma que os relatórios atendem as necessidades da área, ao passo que a outra metade afirma que não;
- ✓ 62% dos pesquisados pode solicitar a criação de novos relatórios. Vale ressaltar que um dos pesquisados não respondeu a esta pergunta;
- ✓ Para 67% dos participantes da pesquisa é possível solicitar alterações/melhorias em relatórios já existentes, ao passo que 33% não possuem essa autonomia.

Tendo em vista a quantidade de colaboradores e o volume de guias/mês processadas, os relatórios de controle são extremamente importantes para área de Contas Médicas. A pesquisa mostrou que 59% dos colaboradores tem feito uso destes relatórios. Além disso, um acompanhamento de qualidade também é importante dada às metas e o curto

prazo para as análises. Entre os respondentes observou-se que 32% utilizam os relatórios de qualidade, visando identificar lapsos operacionais e falhas no sistema.

Apesar da metade dos colaboradores afirmarem que os relatórios não atendem as necessidades da área, 62% afirmam que podem solicitar a criação de novos relatórios. Portanto, deveria ser realizado um estudo, para identificar que novos relatórios poderiam ser criados visando reduzir o percentual de insatisfação dos colaboradores. Vale ressaltar ainda, que 67% dos respondentes podem solicitar alterações/melhorias nos relatórios existentes. Dessa forma, a área poderia aperfeiçoar alguns relatórios e solicitar a criação de novos visando atender as necessidades.

Na quinta seção do questionário, dedicada as sugestões de melhorias para o sistema, 13 respondentes contribuíram, sugerindo principalmente melhoria na performance e na disposição das informações, para torná-las mais claras e de fácil acesso. Os demais colaboradores não deram sugestões.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo de caso realizado na Operadora de Saúde observou-se grande dependência, da área de Contas Médicas, do sistema de informação para o cumprimento de prazos e regras de pagamento. Pois, seria inviável o processamento das guias dos seis mil prestadores de serviço, com seus acordos e negociações próprias e por localidade, com a análise baseada nos contratos físicos, o que incorreria em dificuldade de localização das informações, maior número de lapsos operacionais, aumento do tempo gasto com as análises e consequentemente redução da produtividade. Outro agravante seriam as regras de cobertura/pagamento dos contratos de beneficiários, pois atualmente a Operadora de Saúde conta com 38.411 beneficiários. Para os quais o sistema controla os períodos de carências, as restrições financeiras, os prazos intervalares, as limitações contratuais, entre outros.

Constatou-se também que o sistema de apoio à decisão influencia diretamente no custeio da operadora, pois pode controlar e reduzir o mesmo por meio de regras de negócio, controle de acordos com prestadores de serviço e cumprimentos de contratos de beneficiários, por meio de alertas, glosas e negativas que deixam os eventos pendentes para análise da equipe da conferência. Além disso, é necessário para possibilitar o cumprimento das exigências da agência reguladora do mercado.

Pode-se ressaltar também que no mercado de saúde suplementar a gestão da informação traz diversas vantagens competitivas para as organizações, além da efetividade organizacional, tendo em vista que acarreta em uma maior produtividade, redução do custo, aumento da lucratividade, e, agilidade e assertividade no processo decisório, em todos os níveis hierárquicos, além de possibilitar as operadoras de saúde apresentar a ANS as informações exigidas.

Diante da reflexão construída ao longo da presente trabalho e da aplicação dos procedimentos metodológicos, pode-se afirmar que a área de Contas Médicas concentra o maior percentual de desembolso financeiro da Operadora de Saúde e necessita de informações atuais, rápidas e confiáveis para subsidiar o processo decisório que ocorre em vários níveis hierárquicos, que podem ser gerenciadas e disponibilizadas por meio de um sistema de informação.

À luz das pesquisas realizadas, pode-se afirmar que sem um sistema de informação confiável torna-se quase que impossível gerenciar uma empresa desse porte em um mercado competitivo e com tantas particularidades.

REFERENCIAS

- ALMEIDA, Fernando C. **Desenvolvimento de sistemas de informação gerencial e apoio à decisão.** Terceiro Semead, São Paulo. Out. 1998. Disponível em: <http://www.eadfea.usp.br/semead/3semead/pdf/MQI/Art084.PDF>. Acesso em: 26 fev. 2012.
- ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação:** noções práticas. 6. ed. SÃO PAULO: Atlas, 2004.
- ANS, **Caderno de Informação da Saúde Suplementar:** beneficiários, operadoras e planos de saúde. Rio de Janeiro. ANS, 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2011_mes12_caderno_informacao.pdf. Acesso em: 20 mar. 2012.
- ANS. **Atenção à saúde no setor suplementar:** evolução e avanços do processo regulatório. Rio de Janeiro: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009.
- ANSOFF, H. Igor.; MCDONNEL, Edward J. **Implantando a administração estratégica.** São Paulo: Atlas, 1993.
- BARBOSA, Arnaldo Parente Leite. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UECE, 2001.
- BAZZOTI, Cristiane.; GARCIA, Elias. **A importância do sistema de informação gerencial para tomada de decisões.** Paraná. Vol. 6. Nº 11. 2006. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/csaemrevista/article/view/368>. Acesso em: 20 mar. 2012.
- BEAL, Adriana. **Gestão estratégica da informação:** como transformar \ informação e a tecnologia da informação em fatores de crescimento e de alto desempenho nas organizações. 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.
- BEUREN, Ilse Maria. **Gerenciamento da informação:** um recurso estratégico no processo de gestão empresarial. 1. ed. 5. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.
- CARMO, Vadson Bastos.; PONTES, C. C. C. Sistemas de informações gerenciais para programa de qualidade total em pequenas empresas da região de Campinas*. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 49 – 58, jan./abr, 1999. Disponível em: ≤ <http://www.scielo.br/pdf/ci/v28n1/28n1a06.pdf> Acesso em: 20 mar. 2012.
- CARNEIRO, Luiz Augusto. **Conjuntura – saúde suplementar.** IESS, 16º edição, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.iess.org.br>>. Acesso em: 20 mar. 2012.
- CARTERI, Gláucia Maria.; RODRIGUES, P. A. M. Sistema de informação gerencial como ferramenta de apoio as empresas. Disponível em: <<http://revista.univar.edu.br>>. Acesso em: 08 mar. 2012.

CECHIN, José. **A história e os desafios da saúde suplementar:** 10 anos de regulação. São Paulo: Saraiva: Letras & Lucros, 2008.

CONASS. **Saúde suplementar.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007.

CONASS. **Saúde suplementar.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

CRUZ, Tadeu. **Sistemas de informações gerenciais:** tecnologias da informação e a empresa do século XXI. 3. ed. 4. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIMARAES, Eliane Marina Palhares.; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. **Sistemas de informação:** instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. Brasília. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-19652004000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 20 mar. 2012.

IESS. **Nota de acompanhamento do caderno de informações da saúde suplementar.** IESS, ANS, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.ies.org.br>. Acesso em: 12 mai. 2012.

IESS. **Saúde suplementar.** Mar. 2011. Disponível em: http://www.iessaladeimprensa.institucional.ws/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=18. Acesso em: 12 mai. 2012.

IESS. Site da instituição. Disponível em: http://www.iessaladeimprensa.institucional.ws/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=18. Acesso em: 12 mai. 2012.

LAUDON, Kenneth C.; LAUDON, Jane P. **Sistemas de informação gerenciais:** administrando a empresa digital. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

LOMBA, Antonio Carlos.; SILVA, Wallace. **O sistema de informação como apoio na tomada de decisão.** FAAD, 2010. Disponível em: <http://www.unioeste.br/campi/cascavel/ccsa/VISeminario/Artigos%20apresentados%20em%20Comunica%E7%F5es/ART%203%20-%20A%20import%E2ncia%20do%20sistema%20de%20informa%E7%E3o%20gerencial%20para%20tomada%20de%20decis%F5es.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2012.

MARCONI, Marina de Andrade.; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 4. ed. SÃO PAULO: Atlas, 1999.

MCGEE, James V.; PRUSAK, Laurence. **Gerenciamento estratégico da informação:** aumente a competitividade e a eficiência de sua empresa utilizando a informação como uma ferramenta estratégica. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & saúde:** estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação de tecnologias em saúde: importante ferramenta de gestão. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 17 abr. 2012.

MINTZBERG, Henry *et al.* **O processo da estratégia:** conceitos, contextos e casos selecionados. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Sistemas de informações gerenciais:** estratégicas, táticas, operacionais. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

PAIM, Jairnilson. et. al. **O sistema de saúde brasileiro:** histórias, avanços e desafios. Salvador. Disponível em: <<http://www.thelancet.com.br>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

PORTRER, Michael E. **Como as forças competitivas moldam a estratégia.** Mar-Abr. 1979. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/2154138/Como-as-forcas-competitivas-moldam-a-estrategia>>. Acesso em: 20 de mar. 2012.

SAPIRO, Arão. Inteligência Empresarial: a revolução informacional da ação competitiva. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.33, p. 106 – 124, mai/jun, 1993.

SILVA, M. P. N. S.; LEITE, Francine. **Terminologia em saúde conceito, necessidades e experiências.** IESS, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/701_Nomenclatura%20iess.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2012.

SILVA, M. P. N. S.; MARTINS, G. B. **Universalização do acesso à saúde via seguros privados.** IESS, Abr. 2010. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/TDISS00322010reformaamericana.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2012.

Sites utilizados:

BENNER. Site da instituição. Disponível em: <<http://www.benner.com.br>>. Acesso em: 12/ mai. 2012.

CAMED. Relatório anual 2011. Disponível em: <<http://www.camed.com.br>> Acesso em: 19 mai. 2012.

DEXSOFTWARE – Fábrica de desenvolvimento de software e soluções. Mar, 2008. Disponível em: <http://www.dexbrasil.com.br/dexsystems/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=53>. Acesso em: 12 mai. 2012.

LEI 9.961/2000. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/2000/lei-9961-28-janeiro-2000-369733-norma-pl.html>>. Acesso em 25 jun. 2012.

TOTVS SAÚDE. Operadoras de Plano de Saúde. Abril, 2012. Disponível em: <<http://www.totvs.com>>. Acesso em: 12 mai. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário

QUESTIONÁRIO		
SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS: UM ESTUDO DE CASO NUMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE		
CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA	<p>1. Você utiliza o sistema corporativo diariamente para exercer suas funções na empresa?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. Acha que seria possível desempenhar suas atividades sem o uso do Sistema?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><i>Caso tenha respondido sim na pergunta 2, responder a pergunta 2.1</i></p> <p>2.1 Sem o uso do sistema, a equipe à qual você pertence, conseguiria alcançar a mesma produtividade e cumprir com os prazos estabelecidos pela empresa?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>3. O sistema é de fácil manuseio e as informações estão organizadas de forma lógica e objetiva?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>4. O sistema disponibiliza todas as informações que você precisa sobre os contratos de beneficiários e prestadores de serviço?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente</p> <p>5. As informações disponibilizadas pelo sistema são exatas e confiáveis?</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;"><i>Na maioria das vezes</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> vezes</p>	
	ÁREA DE MAIOR CUSTO	<p>6. Na sua opinião qual a área da operadora de saúde que apresenta o maior desembolso financeiro?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Financeiro <input type="checkbox"/> Marketing <input type="checkbox"/> Contas Médicas</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Logístico <input type="checkbox"/> Recursos Humanos</p>

ANEXOS

ANEXO A – Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Centro de Documentação e Informação

LEI N° 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

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

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

CAPÍTULO I

DA CRIAÇÃO E DA COMPETÊNCIA

Art. 1º. É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar à ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Art. 2º. Caberá ao Poder Executivo instalar a ANS, devendo o seu regulamento, aprovado por decreto do Presidente da República, fixar-lhe a estrutura organizacional básica.

Parágrafo único. Constituída a ANS, com a publicação de seu regimento interno, pela diretoria colegiada, ficará a autarquia, automaticamente, investida no exercício de suas atribuições.

Art. 3º. A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Art. 4º. Compete à ANS:

I - propor políticas e diretrizes gerais ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar - Consu para a regulação do setor de saúde suplementar;

II - estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

III - elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para os fins do disposto na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e suas excepcionalidades;

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

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

VI - estabelecer normas para resarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS;

VII - estabelecer normas relativas à adoção e utilização, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de mecanismos de regulação do uso dos serviços de saúde;

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

IX - normatizar os conceitos de doença e lesão preexistentes;

X - definir, para fins de aplicação da Lei nº 9.656, de 1998, a segmentação das operadoras e administradoras de planos privados de assistência à saúde, observando as suas peculiaridades;

XI - estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

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

XIII - decidir sobre o estabelecimento de sub-segmentações aos tipos de planos definidos nos incisos I a IV do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

XIV - estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XV - estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sejam eles próprios, referenciados, contratados ou conveniados;

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

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda; (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

XVIII - expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões;

XIX - proceder à integração de informações com os bancos de dados do Sistema Único de Saúde;

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

XXI - monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos;

XXII - autorizar o registro e o funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994; (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

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

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

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

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

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar;

XXVIII - avaliar os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXIX - fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXX - aplicar as penalidades pelo descumprimento da Lei nº 9.656, de 1998, e de sua regulamentação;

XXXI - requisitar o fornecimento de informações às operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como da rede prestadora de serviços a elas credenciadas;

XXXII - adotar as medidas necessárias para estimular a competição no setor de planos privados de assistência à saúde;

XXXIII - instituir o regime de direção fiscal ou técnica nas operadoras;

XXXIV - proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras de planos privados de assistência à saúde; (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

XXXV - determinar ou promover a alienação da carteira de planos privados de assistência à saúde das operadoras; (Inciso com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

XXXVI - articular-se com os órgãos de defesa do consumidor visando a eficácia da proteção e defesa do consumidor de serviços privados de assistência à saúde, observado o disposto na Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990;

XXXVII - zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar;

XXXVIII - administrar e arrecadar as taxas instituídas por esta Lei;

XXXIX - celebrar, nas condições que estabelecer, termo de compromisso de ajuste de conduta e termo de compromisso e fiscalizar os seus cumprimentos; (Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

XL - definir as atribuições e competências do diretor técnico, diretor fiscal, do liquidante e do responsável pela alienação de carteira. (Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)

XLI - fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, incluindo:

a) conteúdos e modelos assistenciais;

b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;

- c) direção fiscal ou técnica;
- d) liquidação extrajudicial;
- e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
- f) normas de aplicação de penalidades;
- g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados; (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

XLII - estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras de planos de assistência à saúde. (*Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 1º A recusa, a omissão, a falsidade ou o retardamento injustificado de informações ou documentos solicitados pela ANS constitui infração punível com multa diária de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), podendo ser aumentada em até vinte vezes, se necessário, para garantir a sua eficácia em razão da situação econômica da operadora ou prestadora de serviços. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 2º As normas previstas neste artigo obedecerão às características específicas da operadora, especialmente no que concerne à natureza jurídica de seus atos constitutivos.

§ 3º (*Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 5º. A ANS será dirigida por uma Diretoria Colegiada, devendo contar, também, com um Procurador, um Corregedor e um Ouvidor, além de unidades especializadas incumbidas de diferentes funções, de acordo com o regimento interno.

Parágrafo único. A ANS contará, ainda, com a Câmara de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo.

Art. 6º. A gestão da ANS será exercida pela Diretoria Colegiada, composta por até cinco Diretores, sendo um deles o seu Diretor-Presidente.

Parágrafo único. Os Diretores serão brasileiros, indicados e nomeados pelo Presidente da República após aprovação prévia pelo Senado Federal, nos termos do art. 52, III, "f", da Constituição Federal, para cumprimento de mandato de três anos, admitida uma única recondução.

Art. 7º. O Diretor-Presidente da ANS será designado pelo Presidente da República, dentre os membros da Diretoria Colegiada, e investido na função por três anos, ou pelo prazo restante de seu mandato, admitida uma única recondução por três anos.

Art. 8º. Após os primeiros quatro meses de exercício, os dirigentes da ANS somente perderão o mandato em virtude de:

I - condenação penal transitada em julgado;

II - condenação em processo administrativo, a ser instaurado pelo Ministro de Estado da Saúde, assegurados o contraditório e a ampla defesa;

III - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas; e

IV - descumprimento injustificado de objetivos e metas acordados no contrato de gestão de que trata o Capítulo III desta Lei.

§ 1º Instaurado processo administrativo para apuração de irregularidades, poderá o Presidente da República, por solicitação do Ministro de Estado da Saúde, no interesse da Administração, determinar o afastamento provisório do dirigente, até a conclusão.

§ 2º O afastamento de que trata o § 1º não implica prorrogação ou permanência no cargo além da data inicialmente prevista para o término do mandato.

Art. 9º. Até doze meses após deixar o cargo, é vedado a ex-dirigente da ANS:

I - representar qualquer pessoa ou interesse perante a Agência, excetuando-se os interesses próprios relacionados a contrato particular de assistência à saúde suplementar, na condição de contratante ou consumidor;

II - deter participação, exercer cargo ou função em organização sujeita à regulação da ANS.

Art. 10. Compete à Diretoria Colegiada:

I - exercer a administração da ANS;

II - editar normas sobre matérias de competência da ANS;

III - aprovar o regimento interno da ANS e definir a área de atuação de cada Diretor;

IV - cumprir e fazer cumprir as normas relativas à saúde suplementar;

V - elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades;

VI - julgar, em grau de recurso, as decisões dos Diretores, mediante provocação dos interessados;

VII - encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes.

§1º A Diretoria reunir-se-á com a presença de, pelo menos, três diretores, dentre eles o Diretor-Presidente ou seu substituto legal, e deliberará com, no mínimo, três votos coincidentes. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 2º Dos atos praticados pelos Diretores caberá recurso à Diretoria Colegiada como última instância administrativa. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 3º O recurso a que se refere o § 2º terá efeito suspensivo, salvo quando a matéria que lhe constituir o objeto envolver risco à saúde dos consumidores.

Art. 11. Compete ao Diretor-Presidente:

I - representar legalmente a ANS;

II - presidir as reuniões da Diretoria Colegiada;

III - cumprir e fazer cumprir as decisões da Diretoria Colegiada;

IV - decidir nas questões de urgência ad referendum da Diretoria Colegiada;

V - decidir, em caso de empate, nas deliberações da Diretoria Colegiada;

VI - nomear ou exonerar servidores, provendo os cargos efetivos, em comissão e funções de confiança, e exercer o poder disciplinar, nos termos da legislação em vigor;

VII - encaminhar ao Ministério da Saúde e ao Consu os relatórios periódicos elaborados pela Diretoria Colegiada;

VIII - assinar contratos e convênios, ordenar despesas e praticar os atos de gestão necessários ao alcance dos objetivos da ANS.

Art. 12. (*Revogado pela Lei nº 9.986, de 18/7/2000*)

Art. 13. A Câmara de Saúde Suplementar será integrada:

I - pelo Diretor-Presidente da ANS, ou seu substituto, na qualidade de Presidente;

II - por um diretor da ANS, na qualidade de Secretário;

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

- a) da Fazenda;
- b) da Previdência e Assistência Social;
- c) do Trabalho e Emprego;
- d) da Justiça;
- e) da Saúde;

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

- a) Conselho Nacional de Saúde;
- b) Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde;
- c) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde;
- d) Conselho Federal de Medicina;
- e) Conselho Federal de Odontologia;
- f) Conselho Federal de Enfermagem;
- g) Federação Brasileira de Hospitais;
- h) Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços;
- i) Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas;
- j) Confederação Nacional da Indústria;
- l) Confederação Nacional do Comércio;
- m) Central Única dos Trabalhadores;
- n) Força Sindical;
- o) Social Democracia Sindical;
- p) Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização;
(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)
- q) Associação Médica Brasileira; *(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001)*

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

- a) do segmento de autogestão de assistência à saúde; ([Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))
- b) das empresas de medicina de grupo; ([Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))
- c) das cooperativas de serviços médicos que atuem na saúde suplementar; ([Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))
- d) das empresas de odontologia de grupo; ([Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))
- e) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar; ([Alínea com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))
- f) das empresas de odontologia de grupo;
- g) das cooperativas de serviços odontológicos que atuem na área de saúde suplementar;
- h) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais.

VI - por dois representantes de entidades a seguir indicadas:

- a) de defesa do consumidor;
- b) de associações de consumidores de planos privados de assistência à saúde;
- c) das entidades de portadores de deficiência e de patologias especiais. ([Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 1º Os membros da Câmara de Saúde Suplementar serão designados pelo Diretor-Presidente da ANS.

§ 2º As entidades de que tratam as alíneas dos incisos V e VI escolherão entre si, dentro de cada categoria, os seus representantes e respectivos suplentes na Câmara de Saúde Suplementar. ([Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

CAPÍTULO III

DO CONTRATO DE GESTÃO

Art. 14. A administração da ANS será regida por um contrato de gestão, negociado entre seu Diretor-Presidente e o Ministro de Estado da Saúde e aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar, no prazo máximo de cento e vinte dias seguintes à designação do Diretor-Presidente da autarquia.

Parágrafo único. O contrato de gestão estabelecerá os parâmetros para a administração interna da ANS, bem assim os indicadores que permitam avaliar, objetivamente, a sua atuação administrativa e o seu desempenho.

Art. 15. O descumprimento injustificado do contrato de gestão implicará a dispensa do Diretor-Presidente, pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministro de Estado da Saúde.

CAPÍTULO IV

DO PATRIMÔNIO, DAS RECEITAS E DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 16. Constituem patrimônio da ANS os bens e direitos de sua propriedade, os que lhe forem conferidos ou os que venha a adquirir ou incorporar.

Art. 17. Constituem receitas da ANS:

I - o produto resultante da arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar de que trata o art. 18;

II - a retribuição por serviços de quaisquer natureza prestados a terceiros;

III - o produto da arrecadação das multas resultantes das suas ações fiscalizadoras;

IV - o produto da execução da sua dívida ativa;

V - as dotações consignadas no Orçamento-Geral da União, créditos especiais, créditos adicionais, transferências e repasses que lhe forem conferidos;

VI - os recursos provenientes de convênios, acordos ou contratos celebrados com entidades ou organismos nacionais e internacionais;

VII - as doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados;

VIII - os valores apurados na venda ou aluguel de bens móveis e imóveis de sua propriedade;

IX - o produto da venda de publicações, material técnico, dados e informações;

X - os valores apurados em aplicações no mercado financeiro das receitas previstas neste artigo, na forma definida pelo Poder Executivo;

XI - quaisquer outras receitas não especificadas nos incisos I a X deste artigo.

Parágrafo único. Os recursos previstos nos incisos I a IV e VI a XI deste artigo serão creditados diretamente à ANS, na forma definida pelo Poder Executivo.

Art. 18. É instituída a Taxa de Saúde Suplementar, cujo fato gerador é o exercício pela ANS do poder de polícia que lhe é legalmente atribuído.

Art. 19. São sujeitos passivos da Taxa de Saúde Suplementar as pessoas jurídicas, condomínios ou consórcios constituídos sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que operem produto, serviço ou contrato com a finalidade de garantir a assistência à saúde visando a assistência médica, hospitalar ou odontológica.

Art. 20. A Taxa de Saúde Suplementar será devida:

I - por plano de assistência à saúde, e seu valor será o produto da multiplicação de R\$ 2,00 (dois reais) pelo número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, deduzido o percentual total de descontos apurado em cada plano, de acordo com as Tabelas I e II do Anexo II desta Lei.

II - por registro de produto, registro de operadora, alteração de dados referente ao produto, alteração de dados referente à operadora, pedido de reajuste de contraprestação pecuniária, conforme os valores constantes da Tabela que constitui o Anexo III desta Lei.

§ 1º Para fins do cálculo do número médio de usuários de cada plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I deste artigo, não serão incluídos os maiores de sessenta anos.

§ 2º Para fins do inciso I deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida anualmente e recolhida até o último dia útil do primeiro decêndio dos meses de março, junho, setembro e dezembro e de acordo com o disposto no regulamento da ANS.

§ 3º Para fins do inciso II deste artigo, a Taxa de Saúde Suplementar será devida quando da protocolização do requerimento e de acordo com o regulamento da ANS.

§ 4º Para fins do inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes ao produto ou à operadora que não produzam consequências para o consumidor ou o mercado de saúde suplementar, conforme disposto em resolução da Diretoria Colegiada da ANS, poderão fazer jus a isenção ou redução da respectiva Taxa de Saúde Suplementar.

§ 5º Até 31 de dezembro de 2000, os valores estabelecidos no Anexo III desta Lei sofrerão um desconto de 50% (cinquenta por cento).

§ 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que se enquadram nos segmentos de autogestão por departamento de recursos humanos, ou de filantropia, ou que tenham número de usuários inferior a vinte mil, ou que despendem, em sua rede

própria, mais de sessenta por cento do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus Planos Privados de Assistência à Saúde e que prestam ao menos trinta por cento de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS, farão jus a um desconto de trinta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS. ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 7º As operadoras de planos privados de assistência à saúde que comercializam exclusivamente planos odontológicos farão jus a um desconto de cinqüenta por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, conforme dispuser a ANS. ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 8º As operadoras com número de usuários inferior a vinte mil poderão optar pelo recolhimento em parcela única no mês de março, fazendo jus a um desconto de cinco por cento sobre o montante calculado na forma do inciso I deste artigo, além dos descontos previstos nos §§ 6º e 7º, conforme dispuser a ANS. ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 9º Os valores constantes do Anexo III desta Lei ficam reduzidos em cinqüenta por cento, no caso das empresas com número de usuários inferior a vinte mil. ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 10. Para fins do disposto no inciso II deste artigo, os casos de alteração de dados referentes a produtos ou a operadoras, até edição da norma correspondente aos seus registros definitivos, conforme o disposto na Lei nº 9.656, de 1998, ficam isentos da respectiva Taxa de Saúde Suplementar. ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 11. Para fins do disposto no inciso I deste artigo, nos casos de alienação compulsória de carteira, as operadoras de planos privados de assistência à saúde adquirentes ficam isentas de pagamento da respectiva Taxa de Saúde Suplementar, relativa aos beneficiários integrantes daquela carteira, pelo prazo de cinco anos. ([Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

Art. 21. A Taxa de Saúde Suplementar não recolhida nos prazos fixados será cobrada com os seguintes acréscimos:

I - juros de mora, na via administrativa ou judicial, contados do mês seguinte ao do vencimento, à razão de 1% a.m. (um por cento ao mês) ou fração de mês;

II - multa de mora de 10% (dez por cento).

§1º Os débitos relativos à Taxa de Saúde Suplementar poderão ser parcelados, a juízo da ANS, de acordo com os critérios fixados na legislação tributária. ([Parágrafo único transformado em § 1º pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#))

§ 2º Além dos acréscimos previstos nos incisos I e II deste artigo, o não recolhimento da Taxa de Saúde Suplementar implicará a perda dos descontos previstos nesta Lei. (*Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

Art. 22. A Taxa de Saúde Suplementar será devida a partir de 1º de janeiro de 2000.

Art. 23. A Taxa de Saúde Suplementar será recolhida em conta vinculada à ANS.

Art. 24. Os valores cuja cobrança seja atribuída por lei à ANS e apurados administrativamente, não recolhidos no prazo estipulado, serão inscritos em dívida ativa da própria ANS e servirão de título executivo para cobrança judicial na forma da lei.

Art. 25. A execução fiscal da dívida ativa será promovida pela Procuradoria da ANS.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 26. A ANS poderá contratar especialistas para a execução de trabalhos nas áreas técnica, científica, administrativa, econômica e jurídica, por projetos ou prazos limitados, observada a legislação em vigor.

Art. 27. (*Revogado pela Lei nº 9.986, de 18/7/2000*)

Art. 28. (*Revogado pela Medida Provisória nº 155, de 23/12/2003 convertida Lei nº 10.871, de 20/5/2004*)

Art. 29. É vedado à ANS requisitar pessoal com vínculo empregatício ou contratual junto a entidades sujeitas à sua ação reguladora, bem assim os respectivos responsáveis, ressalvada a participação em comissões de trabalho criadas com fim específico, duração determinada e não integrantes da sua estrutura organizacional.

Parágrafo único. Excetuam-se da vedação prevista neste artigo os empregados de empresas públicas e sociedades de economia mista que mantenham sistema de assistência à saúde na modalidade de autogestão.

Art. 30. Durante o prazo máximo de cinco anos, contado da data de instalação da ANS, o exercício da fiscalização das operadoras de planos privados de assistência à saúde poderá ser realizado por contratado, servidor ou empregado requisitado ou pertencente ao Quadro da Agência ou do Ministério da Saúde, mediante designação da Diretoria Colegiada, conforme dispuser o regulamento.

Art. 31. Na primeira gestão da ANS, visando implementar a transição para o sistema de mandatos não coincidentes, as nomeações observarão os seguintes critérios:

I - três diretores serão nomeados pelo Presidente da República, por indicação do Ministro de Estado da Saúde;

II - dois diretores serão nomeados na forma do parágrafo único do art. 6º desta Lei.

§ 1º Dos três diretores referidos no inciso I deste artigo, dois serão nomeados para mandato de quatro anos e um, para mandato de três anos.

§ 2º Dos dois diretores referidos no inciso II deste artigo, um será nomeado para mandato de quatro anos e o outro, para mandato de três anos.

Art. 32. É o Poder Executivo autorizado a:

I - transferir para a ANS o acervo técnico e patrimonial, as obrigações, os direitos e as receitas do Ministério da Saúde e de seus órgãos, necessários ao desempenho de suas funções;

II - remanejar, transferir ou utilizar os saldos orçamentários do Ministério da Saúde e do Fundo Nacional de Saúde para atender as despesas de estruturação e manutenção da ANS, utilizando como recursos as dotações orçamentárias destinadas às atividades finalísticas e administrativas, observados os mesmos subprojetos, subatividades e grupos de despesas previstos na Lei Orçamentária em vigor;

III - sub-rogar contratos ou parcelas destes relativos à manutenção, instalação e funcionamento da ANS.

Parágrafo único. Até que se conclua a instalação da ANS, são o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde incumbidos de assegurar o suporte administrativo e financeiro necessário ao funcionamento da Agência.

Art. 33. A ANS designará pessoa física de comprovada capacidade e experiência, reconhecida idoneidade moral e registro em conselho de fiscalização de profissões regulamentadas, para exercer o encargo de diretor fiscal, de diretor técnico ou de liquidante de operadora de planos privados de assistência à saúde. (*“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 1º A remuneração do diretor técnico, do diretor fiscal ou do liquidante deverá ser suportada pela operadora ou pela massa. (*Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

§ 2º Se a operadora ou a massa não dispuserem de recursos para custear a remuneração de que trata este artigo, a ANS poderá, excepcionalmente, promover este pagamento, em valor equivalente à do cargo em comissão de Gerência Executiva, nível III, símbolo CGE-III, resarcindo-se dos valores despendidos com juros e correção monetária

junto à operadora ou à massa, conforme o caso. (*Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001*)

Art. 34. Aplica-se à ANS o disposto nos arts. 54 a 58 da Lei nº 9.472, de 16 de julho de 1997.

Art. 35. Aplica-se à ANS o disposto no art. 24, parágrafo único, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, alterado pela Lei nº 9.648, de 27 de maio de 1998.

Art. 36. São estendidas à ANS, após a assinatura e enquanto estiver vigendo o contrato de gestão, as prerrogativas e flexibilidades de gestão previstas em lei, regulamentos e atos normativos para as Agências Executivas.

Art. 37. Até a efetiva implementação da ANS, a Taxa de Saúde Suplementar instituída por esta Lei poderá ser recolhida ao Fundo Nacional de Saúde, a critério da Diretoria Colegiada.

Art. 38. A Advocacia-Geral da União e o Ministério da Saúde, por intermédio de sua Consultoria Jurídica, mediante comissão conjunta, promoverão, no prazo de cento e oitenta dias, levantamento dos processos judiciais em curso, envolvendo matéria cuja competência tenha sido transferida à ANS, a qual substituirá a União nos respectivos processos.

§ 1º A substituição a que se refere o caput, naqueles processos judiciais, será requerida mediante petição subscrita pela Advocacia-Geral da União, dirigida ao Juízo ou Tribunal competente, requerendo a intimação da Procuradoria da ANS para assumir o feito.

§ 2º Enquanto não operada a substituição na forma do § 1º, a Advocacia-Geral da União permanecerá no feito, praticando todos os atos processuais necessários.

Art. 39. O disposto nesta Lei aplica-se, no que couber, aos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 1998, bem assim às suas operadoras.

Art. 40. O Poder Executivo, no prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, enviará projeto de lei tratando da matéria objeto da presente Lei, inclusive da estrutura física e do funcionamento da ANS.

Art. 41. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de janeiro de 2000; 179º da Independência e 112º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Serra

ANEXO I

(Revogado pela Lei nº 9.986, de 18/7/2000)

ANEXO II

**TABELA I
DESCONTOS POR ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO PLANO**

Abrangência Geográfica	Desconto (%)
Nacional	5
Grupo de Estados	10
Estadual	15
Grupo de Municípios	20
Municipal	25

**TABELA II
DESCONTOS POR COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR-ODONTOLÓGICA
OFERECIDA**

Cobertura	Desconto (%)
Ambulatorial (A)	20
A+Hospitalar (H)	6
A+H +Odontológico (O)	4
A+H+Obstetrícia (OB)	4
A+H+OB+O	2
A+O	14
H	16
H+O	14
H+OB	14

H+OB+O	12
O	32

ANEXO III
ATOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Atos de Saúde Suplementar	Valor (R\$)
Registro de Produto	1.000,00
Registro de Operadora	2.000,00
Alteração de Dados – Produto	500,00
Alteração de Dados – Operadora	1.000,00
Pedido de Reajuste de Mensalidade	1.000,00

