

ANEXO I

Modelo de Ofício de Inaugural da Operação de Fiscalização

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Fiscalização
Av. Augusto Severo, 84/9º andar
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ
Tel: (21) 2105-0265 / Fax: (21) 2105-0039

Ofício nº XXX/DIFIS/XXXX

Rio de Janeiro, XX de XXXXXXXX de XXXX.

Ao Senhor Representante Legal

NOME DA OPERADORA
ENDEREÇO
CIDADE - UF
CEP: XXXXX-XXX

Assunto: **Programa Olho Vivo**

Senhor Representante Legal,

Informo que essa operadora de planos de saúde será objeto do programa de fiscalização pró-ativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (“Programa Olho Vivo”).

O Programa Olho Vivo consiste em um conjunto de ações de caráter pró-ativo, sistemático e planejado cujo objetivo é a crescente adequação das operadoras de planos privados de assistência à saúde à legislação que regula o setor de Saúde Suplementar.

A escolha da operadora não se baseia em denúncia de qualquer espécie. Está relacionada à representatividade da operadora no setor ou no mercado relevante em que concorre.

Os fiscais designados para a operação de fiscalização são:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – Matrícula SIAPE nº XXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX – Matrícula SIAPE nº XXXXXXX

Oportunamente, esta operadora receberá ofício expedido pelos fiscais responsáveis informando a data da diligência *in loco* a ser realizada em sua sede e requisitando a documentação a ser apresentada.

Atenciosamente

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Diretor de Fiscalização

ANEXO II

Modelo de Ofício da Fiscalização Econômico-Financeira

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Gerência Geral de Fiscalização Regulatória - GGFIR
Av. Augusto Severo, 84/11º andar
20021-040 – Rio de Janeiro – RJ
Tel: (21) 2105-0265 / Fax: (21) 2105-0039

Ofício nº XXX GGFIR/DIFIS/XXXX

Rio de Janeiro, XX de XXXXXXXX de XXXX.

Ao Senhor Representante Legal

NOME DA OPERADORA

ENDEREÇO
CIDADE - UF
CEP: XXXXX-XXX

Assunto: **Programa Olho Vivo – Fiscalização Econômico-Financeira**

Senhor Representante Legal,

Informo que essa operadora de planos de saúde será objeto do programa de fiscalização pró-ativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (“Programa Olho Vivo”) e a diligência in loco está prevista para ocorrer de **xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx**.

No exercício da atividade de fiscalização prevista no §1º do art. 1º da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nos incisos XXIII, XXIX e XXXI do art. 4º da nº Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, nos artigos 53 e 54 da RN 197, de 16 de julho de 2009, requisito a Vossa Senhoria a apresentação da documentação abaixo relacionada à equipe designada pela Diretoria de Fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar por ocasião da aplicação dos procedimentos de fiscalização junto a essa Operadora de planos de assistência à saúde:

1. Último contrato social consolidado e última alteração contratual;

2. Organograma do grupo econômico ao qual a operadora pertence, com os percentuais de participação individualizados;
3. Demonstrações contábeis, Pareceres de Auditoria Independente e Relatórios de Recomendações e Controles Internos referentes aos exercícios de **XXXX** e **XXXX**;
4. Balancetes analíticos dos meses de **XXXX** de **XXXX** a **XXXX** de **XXXX**, adaptados ao Plano de Contas da ANS, em meio físico e em planilha compatível com o Microsoft Excel.
5. Fluxo de Caixa do período **XXXX** de **XXXX** a **XXXX** de **XXXX**, em meio físico e em planilha compatível com o Microsoft Excel;
6. Composição analítica da rubrica de Créditos de Operações com Planos de Assistência à Saúde, com a discriminação detalhada e individualizada dos títulos segregados por data de emissão, codificação, valor da emissão, data de vencimento, data e valor efetivamente pago, em planilha eletrônica compatível com o *Microsoft Excel*, com base no balancete de **XXXX** de **XXXX** e no último encerrado.
7. Composição analítica das rubricas de eventos a liquidar, com a discriminação detalhada e individualizada dos títulos segregados por data do aviso / codificação da conta (evento) / valor do pagamento / data de vencimento da fatura / data e valor efetivamente pago em planilha eletrônica compatível com o *Microsoft Excel*, com base no balancete de dezembro de **XXXX** e no último encerrado.
8. Composição de valores a pagar e a receber por idade de vencimento, conforme planilhas I e II anexas, cujos saldos deverão estar refletidos no último balancete fechado e analisado;
9. Cópia dos Extratos bancários que comprovem os saldos constantes nas rubricas de Bancos – Conta Depósito e Aplicações (Vinculadas e Não Vinculadas), acompanhados da respectiva conciliação bancária com base no último balancete fechado;
10. Memórias de cálculo de cada Provisão Técnica, da Margem de Solvência, do Patrimônio Mínimo Ajustado e da Dependência Operacional, cujos valores deverão estar refletidos no último balancete fechado e analisado. Tais memórias de cálculo devem, ainda, detalhar o enquadramento da segmentação operacional e região de comercialização;
11. Razão da rubrica de Despesas Administrativas, para o ano de **XXXX** até o último balancete fechado de **XXXX** (envio em meio-magnético);
12. Identificação, quantificação e contabilização das obrigações legais referentes a IRPJ, CSLL, INSS, ISS e PIS/COFINS, incluindo os parcelamentos;
13. Relação dos processos administrativos e judiciais, em meio físico e planilha compatível com o Microsoft Excel, relacionados com as áreas trabalhista, cível e tributária (não se aplica às “Obrigações Legais” como referido na NPC 22 do IBRACON),

que conste como ré ou autora, informando o valor inicial da causa, a situação atual quanto aos valores reclamados atualizados, perspectivas de perda (“Remota”, “Possível” e “Provável”), bens dados em garantia, valor sentenciado (se for o caso), antecipação de pagamento por liminar e parecer de consultor jurídico externo, se houver. Deverá ser apresentada ainda planilha com essas informações consolidadas, conforme planilha III anexa;

14. Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP atualizada dos planos em comercialização devidamente assinada pelo atuário responsável;

15. Posição atual da carteira de beneficiários, faturamento e despesa assistencial divididos por faixa etária e produto;

Dos prazos e formas:

- Os itens 1, 2, 9, 10, 14 e 15 devem ser enviados em meio físico para a sede da ANS, Avenida Augusto Severo 84 – 11º andar – Glória – Rio de Janeiro – CEP: 20021-040, **no prazo de 10 (dez) dias úteis**, a partir do conhecimento deste Ofício.
- Os itens 3, 4, 5, 6, 7, 11 e 13 devem ser enviados em meio magnético, para o endereço da sede da ANS, **no prazo de 10 (dez) dias úteis**, a partir do conhecimento deste Ofício e as comprovações em meio físico devem ser disponibilizadas durante a diligência in loco.
- Os itens 8 e 12 devem ser enviados em meio magnético e físico para a sede da ANS, Avenida Augusto Severo 84 – 11º andar – Glória – Rio de Janeiro – CEP: 20021-040, no prazo de 10 (dez) dias úteis, a partir do conhecimento deste Ofício.

Demais requisições:

- Sala reservada para o trabalho da equipe de fiscalização;
- A presença do sócio ou representante responsável pelo parecer de auditoria da operadora, para uma reunião no dia **xx/xx/xxxx**.
- Além do representante legal perante a ANS, é imprescindível a presença dos responsáveis técnicos pela área financeira e de contabilidade, ou seus substitutos, para acompanhamento dos trabalhos da fiscalização;
- As declarações, relatórios e planilhas deverão estar assinados e rubricados pelo representante legal ou preposto da Operadora e com data de referência das informações.
- Outros documentos, livros contábeis e informações poderão ser requisitados no curso da fiscalização e a recusa em disponibilizá-los, assim como da documentação acima citada, implicará embaraço à fiscalização, nos termos do § 2º do art. 20 da Lei nº 9.656/98 c/c

art. 31 da RN 124/06, sem prejuízo do disposto no § 1º do art. 20 da Lei 9.656/98 e do parágrafo único do art. 3º da Lei nº 10.871/2004.

Atenciosamente,

Fiscal

Fiscal – Matrícula SIAPE nº **XXXXXXX**
GERENCIA GERAL FISCALIZAÇÃO REGULATORIA
Diretoria de Fiscalização

Anexo Ofício ____/ GG FIR/DIFIS/XXXX

PLANILHA I – Valores a receber por idade de vencimento (em R\$)

<i>Aging-list – Recebimento</i>	VALORES A RECEBER - R\$			
	PRÉ-ESTABELECIDO¹		PÓS-ESTABELECIDO²	DEMAIS CRÉDITOS³
	INDIVIDUAL	COLETIVO		
Valores a vencer				
Vencidos até 30 dias anteriormente ao fechamento contábil				
Vencidos entre 31 e 60 dias anteriormente ao fechamento contábil				
Vencidos entre 61 e 90 dias anteriormente ao fechamento contábil				
Vencidos entre 91 e 120 dias anteriormente ao fechamento contábil				
Vencidos entre 121 e 360 dias anteriormente ao fechamento contábil				
Vencidos acima de 360 dias anteriormente ao fechamento contábil				

¹ Operações com planos de assistência à saúde com preços pré-estabelecidos;

² Operações com planos de assistência à saúde com preços pós-estabelecidos;

³ Montante correspondente aos demais créditos com operações de planos, tais como, co-responsabilidade assumida, intercâmbio, títulos e créditos a receber e outros valores e bens.

PLANILHA II – Valores a pagar por idade de vencimento (em R\$)

<i>Aging-list – Pagamento</i>	R\$
Valores a vencer	
Vencidos até 30 dias anteriormente ao fechamento contábil	
Vencidos entre 31 e 60 dias anteriormente ao fechamento contábil	
Vencidos entre 61 e 90 dias anteriormente ao fechamento contábil	
Vencidos acima de 90 dias anteriormente ao fechamento contábil	

Anexo Ofício ____/ GGFIR/DIFIS/XXXX

PLANILHA III – RELAÇÃO DE AÇÕES JUDICIAIS SENTENCIADAS

Causas Judiciais	Pólo Passivo – R\$			TOTAL
	Remota	Possível	Provável	
Fiscais	0	0	0	0
Cíveis	0	0	0	0
Trabalhistas	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0

Causas Judiciais	Pólo Ativo – R\$			TOTAL
	Remota	Possível	Provável	
Fiscais	0	0	0	0
Cíveis	0	0	0	0
Trabalhistas	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0

(*) Classificação por probabilidade de perda

Apresentar as planilhas em papel timbrado com data, carimbo e assinatura do representante legal ou preposto.
As planilhas I e II deverão também ser assinadas pelo contador e a III pelo representante jurídico.
Informar a data base das informações.

ANEXO III

Modelo de Ofício da Fiscalização Técnico-Assistencial (Médico)

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
XX
XX
XXXXX-XXX – XXXXXXXXXXXXX – XX
Fax: (XX) XXXX-XXXX

Ofício nº xxxx XXXX/DIFIS/XXXX

Rio de Janeiro, **xx** de **xxxxxx** de XXXX.

Ao Senhor Representante Legal
NOME DA OPERADORA
ENDEREÇO DA OPERADORA
MUNICÍPIO– UF
CEP: 99999-999

Assunto: Requisição de documentos

Senhor Representante Legal,

Informo que essa operadora de planos de saúde será objeto do programa de fiscalização pró-ativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (“Programa Olho Vivo”) e a diligência in loco está prevista para ocorrer de **xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx**.

2. Deste modo, no exercício da atividade de fiscalização prevista no § 1º do art. 1º da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998; nos incisos XXIII, XXIX e XXXI do art. 4º da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000; no parágrafo único do art. 3º da Lei 10.871, de 20 de maio de 2004 e nos artigos [...] e [...] da RN 197, de 16 de julho de 2009, requisito a Vossa Senhoria a apresentação da documentação abaixo relacionada:

- 2.1. Modelo do instrumento contratual utilizado na comercialização dos produtos com maior número de beneficiários nos seguintes tipos de contratação: individual/familiar, coletivo por adesão (abaixo de 30 beneficiários) e coletivo por adesão (acima de 30 beneficiários), devendo a Operadora indicar, para cada instrumento contratual, o produto respectivo. Anexar todos os formulários e aditivos relacionados com a contratação do produto, inclusive os relativos à Declaração de Saúde.

- 2.2. Informar a quantidade total de beneficiários da Operadora, discriminando o número de inscritos em produtos antigos (até 31/12/98) e em produtos regulamentados (após 2/1/99), conforme modelos de planilhas dos **Anexos I e II**;
- 2.3. Fornecer a relação das ações cíveis nas quais a Operadora figura no pólo passivo, conforme planilha do **Anexo III**;
- 2.4. Informar a relação dos contratantes pessoas jurídicas que ingressaram na carteira no último trimestre, com discriminação de planos coletivos empresariais e por adesão, conforme **Anexo IV**, e disponibilizar durante a diligência *in loco*, acesso aos instrumentos contratuais e documentos apresentados na adesão dos beneficiários vinculados a estes contratantes.
- 2.5. Fornecer a relação dos prestadores de serviço hospitalares e do respectivo valor faturado no último exercício, em ordem decrescente de faturamento, conforme planilha do **Anexo V**;
- 2.6. Enviar a relação de códigos de glosa e lista decrescente dos motivos de glosas mais aplicados no ano de **xxxx**;
- 2.7. Disponibilizar todos os guias de rede de prestadores de serviços acompanhados de uma relação com os nomes e registros dos produtos vinculados a cada um dos guias (no caso de atuação nacional enviar os guias do município com maior número de beneficiários).
- 2.8. Enviar relação, conforme **Anexo VI**, das consultas solicitadas à Operadora em **xx/xx/xxxx (caso não exista autorização prévia para consultas enviar declaração)**.
- 2.9. Enviar relação, conforme **Anexo VII**, das ressonâncias magnéticas solicitadas à Operadora em **xx/xx/xxxx (caso não exista autorização prévia para ressonâncias enviar declaração)**.
- 2.10. Enviar relação, conforme **Anexo VIII**, das internações eletivas solicitadas à Operadora em **xx/xx/xxxx**.
- 2.11. Enviar relação, conforme **Anexo IX**, das internações de urgência/emergência solicitadas à Operadora em **xx/xx/xxxx**.
- 2.12. Enviar relatório informando a data de cancelamento e os nomes/códigos dos beneficiários de planos individuais que tiveram seus contratos cancelados por inadimplência, no mês **xx/xxxx**.

- 2.13. Descrever o *portfólio* de produtos da Operadora, indicando quais são os produtos atualmente comercializados, com suas características básicas e com indicação das principais diferenças entre as linhas de produtos (facilidade de acesso aos serviços, amplitude e reputação dos componentes da rede prestadora, público-alvo, etc);
- 2.14. Enviar relação da lista de beneficiários acima de 60 anos que aderiram à planos individuais/familiares da Operadora no mês **xx/xxxx**, contendo código do beneficiário, nome, idade e data de adesão **(em caso de não comercialização de planos individuais/familiares enviar as informações de ingresso dos planos coletivos por adesão)**.
- 2.15. Os documentos comprobatórios referentes às requisições devem estar disponíveis para a equipe de fiscalização durante a diligência in loco (não é necessário tirar cópia).
- 2.16. Disponibilizar os contratos de prestação de serviço existentes entre a Operadora e sua rede prestadora.
3. Todas as declarações, relações e planilhas requisitadas deverão estar datadas, assinadas e rubricadas pelo representante legal ou preposto da Operadora. As planilhas deverão ser disponibilizadas também em meio magnético, no formato de planilha eletrônica (.XLS).
4. Na impossibilidade de fornecimento de qualquer documentação acima citada, deverá ser apresentada declaração justificando tal ocorrência. Outros documentos poderão ser requisitados *in loco*.
5. Os documentos acima requisitados deverão ser encaminhados para **XXXXXXXXXX XXXX**, localizadX na **XXXXXXXXXXXXXXXX, XXXXXXXX – XX**, CEP: **XXXXX-XXX**, **no prazo de 10 (dez) dias úteis**, a partir do conhecimento deste Ofício. Caso existam dúvidas em relação à documentação requisitada, informe à **XXXXXXXX**, pelos telefones **(XX) XXXX-XXXX /XXXX/XXXX** ou pelo Fax **(XX) XXXX-XXXX**.
6. A recusa em atender à requisição implicará embaraço à fiscalização, nos termos do § 2º do art. 20 da Lei 9.656/98 c/c artigo 31 da RN 124/06, sem prejuízo do disposto no § 1º do art. 20 da Lei 9.656/98 e do parágrafo único do art. 3º da Lei nº 10.871/2004.

Atenciosamente,

Fiscal

Fiscal – Matrícula SIAPE nº **XXXXXXXX**
XXXXXXXX XXXXXXXX
Diretoria de Fiscalização

Logomarca da
Operadora

ANEXO I Ofício ____/XXXX/DIFIS/XXXX

PRODUTOS REFERÊNCIA (INDIVIDUAL/FAMILIAR, COLETIVO POR ADESÃO E COLETIVO EMPRESARIAL)					
	Registro/ANS	Nome do Produto	Nome comercial do contrato	Quantidade de Beneficiários	Situação ⁴
1					
2					
3					
↓					

Informar a data-base da pesquisa

_____, ____ de _____ de 200__.

Assinatura e Carimbo do Representante Legal ou Preposto

ANEXO II Ofício ____/XXXX/DIFIS/XXXX

PRODUTOS REGULAMENTADOS (INDIVIDUAL/FAMILIAR, COLETIVO POR ADESÃO E COLETIVO EMPRESARIAL)								
	Registro/ANS	Nome do Produto	Nome comercial do contrato	Segmentação Assistencial ¹	Regime de Contratação ²	Fator Moderador ³	Quantidade de Beneficiários	Situação ⁴
1								
2								
3								
↓								

Informar a data-base da pesquisa

(1) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	
A	Ambulatorial
H	Hospitalar
OB	Obstetrícia
OD	Odontológico
R	Referência

(2) REGIME DE CONTRATAÇÃO	
	Individual/Familiar
	Coletivo por Adesão
	Coletivo Empresarial

(3) FATOR MODERADOR	
F	Franquia
CP	Co - Participação
∅	Não tem

(4) SITUAÇÃO	
A	Comercialização Ativa
S	Comercialização Suspensa

_____, ____ de _____ de 200___.

Assinatura e Carimbo do Representante Legal ou Preposto

ANEXO III Ofício ____/ GGFIR/DIFIS/XXXX

RELAÇÃO DAS CAUSAS JUDICIAIS CÍVEIS (OPERADORA – POLO PASSIVO)						
ITEM	AUTOR	IDENTIFICAÇÃO ¹	OBJETO ²	PROBABILIDADE DE ÊXITO	VALOR DA CAUSA	OBSERVAÇÕES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
↓						

Informar a data-base da pesquisa.

⁽¹⁾ Se o Autor for beneficiário da OPS, o campo identificação deverá ser preenchido com a matrícula do beneficiário que é utilizada no cadastro do SIB.

⁽²⁾ Os classificações válidas para o campo Objeto são: carência, preexistência, OPME - órteses/próteses e materiais especiais, cobertura fora do rol de procedimentos da ANS, medicamento de uso domiciliar, cirurgia buco-maxilo-facial, cobertura de eventos psiquiátricos, "home care", direcionamento, reajuste por variação de faixa etária, reajuste anual em planos individuais, reajuste em planos coletivos, cancelamento do contrato, inclusão de titular ou dependente, outros (especificar).

_____, ____ de _____ de 200__.

Assinatura e Carimbo do Representante Legal ou Preposto

ANEXO IV Ofício ____/ GGFIR/DIFIS/XXXX

RELAÇÃO DAS EMPRESAS CONTRATANTES PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAS/ ADESÃO						
	CNPJ	Nome da Empresa	Registro do Produto	Nome do Produto	Data de Ingresso	Quantidade de Beneficiários
1						
2						
3						
↓						

ANEXO V Ofício ____/ GGFIR/DIFIS/XXXX

Relação dos Valores Faturados a Prestadores de Serviços Hospitalares no exercício de xxxx.

	CNPJ	CNES	Nome Prestador	Valor Faturamento	Valor Glosado	Valor Efetivamente Pago
1						
2						
3						
↓						

Informar a data-base da pesquisa

ANEXO VI Ofício ____/XXXX/DIFIS/XXXX
Relação das Consultas Solicitadas à Operadora em xx/xx/xxxx.

	Nome do Beneficiário	Código do Beneficiário	Nome do Plano	Registro do Plano	Data Autorização Consulta	Data de realização da consulta	Especialidade da Consulta	Prestador
1								
2								
3								
↓								

Informar a data-base da pesquisa

ANEXO VII Ofício ____/XXXX/DIFIS/XXXX
Relação das Ressonâncias Magnéticas Solicitadas à Operadora em xx/xx/xxxx.

	Nome do Beneficiário	Código do Beneficiário	Nome do Plano	Registro do Plano	Data Autorização do Exame	Data de realização do Exame	Prestador	Município do Prestador
1								
2								
3								
↓								

Informar a data-base da pesquisa

ANEXO VIII Ofício ____/XXXX/DIFIS/XXXX
Relação das Internações Eletivas Solicitadas à Operadora em xx/xx/xxxx.

	Nome do Beneficiário	Código do Beneficiário	Nome do Plano	Registro do Plano	Data da autorização	Data da Internação	Especialidade	Prestador	Município do Prestador
1									
2									
3									
↓									

Informar a data-base da pesquisa

ANEXO IX Ofício ____/XXXX/DIFIS/XXXX
Relação das Internações de Urgência/Emergência Solicitadas à Operadora em xx/xx/xxxx.

	Nome do Beneficiário	Código do Beneficiário	Nome do Plano	Registro do Plano	Data da autorização	Data da Internação	Especialidade	Prestador	Município do Prestador
1									
2									
3									
↓									

Informar a data-base da pesquisa

ANEXO X Ofício ____/XXXX/DIFIS/XXXX

Relação dos Beneficiários com Idade Superior a 60 anos com adesão xx/xxxx.

	Nome do Beneficiário	Código do Beneficiário	Nome do Plano	Registro do Plano	Data da Adesão	Idade
1						
2						
3						
↓						

Informar a data-base da pesquisa

ANEXO IV

Modelo de Ofício da Fiscalização Técnico-Assistencial (Odontológico)

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
XX
XX
XXXXX-XXX – XXXXXXXXXXXXX – XX
Fax: (XX) XXXX-XXXX

Ofício nº xxxxx/XXXX/DIFIS/XXXX

Rio de Janeiro, **XX** de **XXXXX** de XXXX.

Ao Senhor Representante Legal
NOME DA OPERADORA
ENDEREÇO DA OPERADORA
MUNICÍPIO - UF
CEP: 99999-999

Assunto: Programa Olho-Vivo

Senhor Representante Legal,

Informo que essa operadora de planos de saúde será objeto do programa de fiscalização pró-ativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (“Programa Olho Vivo”) e a diligência *in loco* está prevista para ocorrer de **xx/xx/xxxx** a **xx/xx/xxxx**.

2. Deste modo, no exercício da atividade de fiscalização prevista no § 1º do art. 1º da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998; nos incisos XXIII, XXIX e XXXI do art. 4º da Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000; no parágrafo único do art. 3º da Lei 10.871, de 20 de maio de 2004 e nos artigos 53 e 54 da RN 197, de 16 de julho de 2009, requisito a Vossa Senhoria a apresentação da documentação abaixo relacionada:

2.1. Modelo do instrumento contratual utilizado na comercialização dos produtos com maior número de beneficiários nos seguintes tipos de contratação: individual/familiar, coletivo por adesão (abaixo de 30 beneficiários) e coletivo por adesão (acima de 30 beneficiários), devendo a Operadora indicar, para cada instrumento contratual, o produto respectivo. Anexar todos os formulários e aditivos relacionados com a contratação do produto, inclusive os relativos à Declaração de Saúde.

- 2.2. Informar a quantidade total de beneficiários da Operadora, discriminando o número de inscritos em produtos antigos (até 31/12/98) e em produtos regulamentados (após 2/1/99), conforme modelos de planilhas dos **Anexos I e II**;
- 2.3. Fornecer a relação das ações cíveis nas quais a Operadora figura no pólo passivo, conforme planilha do **Anexo III**;
- 2.4. Informar a relação dos contratantes pessoas jurídicas que ingressaram na carteira no último trimestre, com discriminação de planos coletivos empresariais e por adesão, conforme **Anexo IV**, e disponibilizar durante a diligência *in loco*, acesso aos instrumentos contratuais e documentos apresentados na adesão dos beneficiários vinculados a estes contratantes.
- 2.5. Fornecer a relação dos prestadores de serviços odontológicos e do respectivo valor faturado no último exercício, em ordem decrescente de faturamento, conforme planilha do **Anexo V**;
- 2.6. Enviar a relação de códigos de glosa e lista decrescente dos motivos de glosas mais aplicados no ano de **xxxx**;
- 2.7. Disponibilizar todos os guias de rede de prestadores de serviços acompanhados de uma relação com os nomes e registros dos produtos vinculados a cada um dos guias (no caso de atuação nacional enviar os guias do município com maior número de beneficiários).
- 2.8. Enviar relação, conforme **Anexo VI**, dos planos de tratamento solicitados à Operadora em **xx/xx/xxxx**, em virtude da realização de consulta para diagnóstico inicial (**caso não exista autorização prévia para os planos de tratamento enviar declaração**).
- 2.9. Enviar relação, conforme **Anexo VII**, das cirurgias ambulatoriais solicitadas à Operadora em **xx/xx/xxxx** (**caso não exista autorização prévia para cirurgias ambulatoriais enviar declaração**).
- 2.10. Enviar relação, conforme **Anexo VIII**, dos procedimentos de urgência e emergência solicitadas à Operadora em **xx/xx/xxxx**.
- 2.11. Enviar relatório informando a data de cancelamento e os nomes/códigos dos beneficiários de planos individuais que tiveram seus contratos cancelados por inadimplência, no mês **xx/xxxx** (**caso não possua contratos individuais fornecer declaração**).

- 2.12. Descrever o *portfólio* de produtos da Operadora, indicando quais são os produtos atualmente comercializados, com suas características básicas e com indicação das principais diferenças entre as linhas de produtos (facilidade de acesso aos serviços, amplitude e reputação dos componentes da rede prestadora, público-alvo, etc);
- 2.13. Enviar relação da lista de beneficiários que aderiram à planos individuais/familiares da Operadora no mês **xx/xxxx**, contendo código do beneficiário, nome, idade e data de adesão **(em caso de não comercialização de planos individuais/familiares enviar as informações de ingresso dos planos coletivos por adesão)**.
- 2.14. Os documentos comprobatórios referentes às requisições devem estar disponíveis para a equipe de fiscalização durante a diligência *in loco* (não é necessário tirar cópia).
- 2.15. Disponibilizar os contratos de prestação de serviço existentes entre a Operadora e sua rede prestadora.
3. Todas as declarações, relações e planilhas requisitadas deverão estar datadas, assinadas e rubricadas pelo representante legal ou preposto da Operadora. As planilhas deverão ser disponibilizadas também em meio magnético, no formato de planilha eletrônica (.XLS).
4. Na impossibilidade de fornecimento de qualquer documentação acima citada, deverá ser apresentada declaração justificando tal ocorrência. Outros documentos poderão ser requisitados *in loco*.
5. Os documentos acima requisitados deverão ser encaminhados para a GEFIR - Gerência de Operações de Fiscalização Regulatória, localizada na Avenida Augusto Severo 84, 11º andar, Glória, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20021-040, **no prazo de 10 (dez) dias úteis**, a partir do conhecimento deste Ofício. Caso existam dúvidas em relação à documentação requisitada, informe à Gerência de Operações de Fiscalização Regulatória, pelos telefones (21) 2105-0284/0234/0265 ou pelo Fax (21) 2105-0039.
6. A recusa em atender à requisição implicará embaraço à fiscalização, nos termos do § 2º do art. 20 da Lei 9.656/98 c/c artigo 31 da RN 124/06, sem prejuízo do disposto no § 1º do art. 20 da Lei 9.656/98 e do parágrafo único do art. 3º da Lei nº 10.871/2004.

Atenciosamente,

Fiscal

Fiscal – Matrícula SIAPE nº **XXXXXXXX**
XXXXXXXX XXXXXXXX
Diretoria de Fiscalização

Logomarca da
Operadora

ANEXO I Ofício ____/XXXX/DIFIS/XXXX

SUMÁRIO DOS PRODUTOS DA OPERADORA				
Regime de contratação	Não Regulamentados		Regulamentados	
	Quantidade de produtos	Quantidade de beneficiários	Quantidade de produtos	Quantidade de beneficiários
Individual/Familiar				
Coletivo por Adesão				
Coletivo Empresarial				
Outros				
Total				

Informar a data-base da pesquisa

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura e Carimbo do Representante Legal ou Preposto

ANEXO II Ofício ____/XXXX/DIFIS/XXXX

PRODUTOS REGULAMENTADOS (INDIVIDUAL/FAMILIAR, COLETIVO POR ADESÃO E COLETIVO EMPRESARIAL)								
	Registro/ANS	Nome do Produto	Nome comercial do contrato	Segmentação Assistencial ¹	Regime de Contratação ²	Fator Moderador ³	Quantidade de Beneficiários	Situação ⁴
1								
2								
3								
↓								

Informar a data-base da pesquisa

(1) SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	
A	Ambulatorial
H	Hospitalar
OB	Obstetria
OD	Odontológico
R	Referência

(2) REGIME DE CONTRATAÇÃO	
	Individual/Familiar
	Coletivo por Adesão
	Coletivo Empresarial

(3) FATOR MODERADOR	
F	Franquia
CP	Co - Participação
∅	Não tem

(4) SITUAÇÃO	
A	Comercialização Ativa
S	Comercialização Suspensa

_____, ____de _____ de 20___.

Assinatura e Carimbo do Representante Legal ou Preposto

ANEXO III Ofício ____/XXXX/DIFIS/XXXX

RELAÇÃO DAS CAUSAS JUDICIAIS CÍVEIS (OPERADORA – POLO PASSIVO)						
ITEM	AUTOR	IDENTIFICAÇÃO ¹	OBJETO ²	PROBABILIDADE DE ÊXITO	VALOR DA CAUSA	OBSERVAÇÕES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
↓						

Informar a data-base da pesquisa.

⁽¹⁾ Se o Autor for beneficiário da OPS, o campo identificação deverá ser preenchido com a matrícula do beneficiário que é utilizada no cadastro do SIB.

⁽²⁾ Os classificações válidas para o campo Objeto são: carência, preexistência, OPME - órteses/próteses e materiais especiais, cobertura fora do rol de procedimentos da ANS, medicamento de uso domiciliar, cirurgia buco-maxilo-facial, direcionamento, reajuste por variação de faixa etária, reajuste anual em planos individuais, reajuste em planos coletivos, cancelamento do contrato, inclusão de titular ou dependente, outros (especificar).

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura e Carimbo do Representante Legal ou Preposto

ANEXO IV Ofício ____/ XXXX/DIFIS/XXXX

RELAÇÃO DAS EMPRESAS CONTRATANTES PLANOS COLETIVOS EMPRESARIAS/ ADESÃO						
	CNPJ	Nome da Empresa	Registro do Produto	Nome do Produto	Data de Ingresso	Quantidade de Beneficiários
1						
2						
3						
↓						

ANEXO V Ofício ____/ XXXX/DIFIS/XXXX

Relação dos Valores Faturados a Prestadores de Serviços no exercício de xxxx.

	CPF/CNPJ	CNES	Nome Prestador	Valor Faturamento	Valor Glosado	Valor Efetivamente Pago
1						
2						
3						
↓						

Informar a data-base da pesquisa

ANEXO VI Ofício ____/XXXX/DIFIS/XXXX
Relação dos Planos de Tratamento Solicitados à Operadora em xx/xx/xxxx

	Nome do Beneficiário	Código do Beneficiário	Nome do Plano	Registro do Plano	Quantidade de Procedimentos Solicitados no Plano de tratamento	Data Autorização Tratamento	Quantidade de Procedimentos Autorizados	Especialidade	Prestador
1									
2									
3									
↓									

Informar a data-base da pesquisa

ANEXO VII Ofício ____/XXXX/DIFIS/XXXX
Relação das Cirurgias Ambulatoriais Solicitadas à Operadora em xx/xx/xxxx

	Nome do Beneficiário	Código do Beneficiário	Nome do Plano	Registro do Plano	Data Autorização da Cirurgia	Data de realização da Cirurgia	Prestador	Município do Prestador
1								
2								
3								
↓								

Informar a data-base da pesquisa

ANEXO VIII Ofício ____/ XXXX/DIFIS/XXXX

Relação das Consultas de Urgência/Emergência Solicitadas à Operadora em xx/xx/xxxx

	Nome do Beneficiário	Código do Beneficiário	Nome do Plano	Registro do Plano	Data da autorização	Data da Internação	Especialidade	Prestador	Município do Prestador
1									
2									
3									
↓									

Informar a data-base da pesquisa

ANEXO V

Roteiro de Fiscalização Econômico-Financeira

Instauração da Fiscalização

Envio de Ofício à operadora, com prazo para resposta de 10 (dez) dias úteis.

Os itens abaixo servirão para comparação com a base de dados informada pela operadora à ANS, em consulta aos diversos sistemas gerenciais da agência, bem como para a análise da situação econômico-financeira da empresa fiscalizada, sem prejuízo da análise de outras informações:

- a) composição societária e mapa do grupo econômico ao qual a entidade pertence (se aplicável);
- b) dimensão geográfica de sua área de atuação;
- c) número de beneficiários em planos individuais e coletivos;
- d) ticket médio por região de atuação;
- e) estrutura organizacional, abrangendo a utilização do imobilizado (bens imóveis próprios e não próprios, tipo de utilização, etc), filiais e número de funcionários; também deve ser informado se a contabilidade é interna ou terceirizada, pois, no caso da segunda modalidade, deve ser dada a garantia de que a documentação seja disponibilizada na sede da operadora durante os trabalhos, visando a análise econômico-financeira das operadoras;
- f) maiores prestadores de serviço, escalonados por ordem decrescente de volume de faturamento;
- g) maiores fornecedores de bens e serviços, de outras modalidades que não as relacionadas ao custo médico;

- h) volume de pagamento de tributos, com destaque para programas de refinanciamento, sendo objeto de conferência os contratos e registros das amortizações;
- i) política de vendas e comissionamento, destacando se utiliza vendedores próprios ou concessionárias, quais modalidades de pagamento e periodicidade, etc;
- j) relatório das ações judiciais, divididas nas áreas cível, trabalhista e fiscal, com probabilidade de perda, valores da causa, valores sentenciados e “status” do processo;
- k) política de reajuste praticada pela empresa;

Procedimentos Prévios

- 1) Diligências internas para apuração de número de beneficiários, regularidade de envio de DIOPS, Fluxo de Caixa e Parecer dos Auditores Independentes, constituição de garantias financeiras para as provisões técnicas e montante devido ao SUS. Os dados das áreas técnicas da ANS devem ser disponibilizados à GEFIR pelas diretorias competentes no início dos trabalhos de pré-fiscalização;
- 2) Comparação dos balancetes analíticos dos últimos trimestres com o DIOPS, através do modelo de Revisão Analítica;
- 3) Cálculo dos indicadores econômico-financeiros com base nos balancetes e demonstrações contábeis da operadora, analisando a liquidez, endividamento, imobilização, combinado, combinado-ampliado, rentabilidade, sinistralidade, despesas administrativas, despesas comerciais, prazo médio de recebimento de beneficiários, prazo médio de pagamento de prestadores, dentre outros;
- 4) Comparação da Demonstração de Fluxo de Caixa (DFC), conforme o CPC 03, com os relatórios de fluxo de caixa enviados à ANS,

Diligência "in loco"

- 1) Apresentação da equipe e da rotina de trabalho. Nesta etapa, será feito um breve relato sobre a rotina do programa Olho Vivo e os passos a serem cumpridos no trabalho de campo. Entrevista com os dirigentes da operadora, questionando aspectos gerais do negócio.
- 2) Conferência da documentação comprobatória requisitada através do Ofício. Os documentos não apresentados são requisitados imediatamente após a conferência.
- 3) Efetivação de testes de consistência de cada grupo contábil, através de procedimentos definidos pela GG FIR, com base na legislação da ANS e outras emanadas pela CVM, BACEN, CFC, IBRACON etc:

3.1) Ativo Circulante:

- a) Disponibilidades – Análise dos critérios de composição do Fundo Fixo de Caixa. Se a operadora tiver recebimentos na Sede ou em filiais, apresentar os relatórios que comprovem os saldos existentes;
- b) Banco Conta Depósitos – Abertura do saldo de todas as contas utilizadas pela operadora, com a respectiva conciliação e extratos bancários;
- c) Aplicações Vinculadas e Não Vinculadas às Provisões Técnicas - Confronto dos extratos bancários com a conciliação e a posição junto às entidades custodiantes, verificando a suficiência e vinculação dos ativos garantidores às provisões técnicas;
- d) Créditos de Operações com Planos de Assistência à Saúde – comparação entre o quadro enviado através do DIOPS e o "aging-list" (relatório de idade dos saldos) da operadora, com saldos a vencer, vencidos de 1 a 30 dias, de 31 a 60 dias, de 61 a 90 dias, de 91 a 120 dias, de 121 a 360 dias e acima de 360 dias (Planilha I – Anexo ao Ofício). Para as rubricas de Taxa de Administração de Planos a Receber e Participação dos Beneficiários em Eventos, analisar composição e memória de cálculo para as contas retificadoras do ativo;

- e) Operadoras de Planos de Assistência a Saúde - no caso das cooperativas médicas e odontológicas, requisitar a composição do Intercâmbio a Receber e Câmara de Compensação;
- f) Despesas de Comercialização Diferidas – análise dos critérios adotados para o diferimento.
- g) Títulos e Créditos a Receber – Análise dos Créditos Tributários, Participação em Lucros, Adiantamentos e Outros Títulos e Créditos a Receber, através da composição analítica e exame dos registros contábeis;
- h) Valores e Bens – Apuração dos itens em Estoque, se necessário, com o auxílio de realização de inventário. Composição dos Cheques a Receber e análise de Outros Valores e Bens constantes do ativo.
- i) Conta-Corrente com Cooperados – Verificação da composição da rubrica, analisando perfil dos recebíveis. Análise da adoção dos critérios previstos na IN nº 20/2008, com a redação dada pela IN nº 39/2010, ambas da DIOPE.

3.2) Ativo Não Circulante

3.2.1) Realizável a Longo Prazo

- a) Aplicações Vinculadas e Não Vinculadas às Provisões Técnicas – mesma metodologia do Ativo Circulante;
- b) Títulos e Créditos a Receber – mesma metodologia adotada para o Ativo Circulante;
- c) Despesas de Comercialização Diferidas - mesma metodologia do Ativo Circulante;
- d) Valores e Bens – Análise da composição dos Depósitos Judiciais e Fiscais e Empréstimos e Depósito Compulsório. No caso de Outros Créditos a Receber de Longo Prazo, na Conta-Corrente com Cooperados, mesma metodologia do Ativo Circulante.
- e) Investimentos – Análise das Participações e Outros Investimentos realizados pela operadora. Análise dos contratos e fluxo de recebimentos dos Incentivos Fiscais e Imóveis Destinados à Renda;

- f) Imobilizado – Análise da composição do Ativo Imobilizado, com revisão analítica das adições e baixas do período e cálculo da depreciação;
- g) Intangível – mesma metodologia do Ativo Imobilizado, com a análise do custo de aquisição e das provisões e amortizações;
- h) Diferido - Observação da adoção dos critérios previstos na Lei nº 11.941, de 27 de maio de 2009.

3.3) Passivo Circulante:

- a) Provisões Técnicas - Análise da memória de cálculo das provisões técnicas, verificando a vinculação dos ativos garantidores (quando aplicável), conforme a RN nº 159/2007. No caso da Provisão para Eventos / Sinistros a Liquidar, analisar o fluxo de pagamentos da operadora aos prestadores, em que, se for necessário, aplicar procedimentos de circularização;
- b) Débitos de Operações Assistência a Saúde – Análise do volume de restituição de contraprestações, Operações com o Exterior, Comercialização sobre Operações e Outros Débitos. Estudo da co-participações. No caso das Cooperativas Médicas, conferência do Intercâmbio e Câmara de Compensação com a parcela constante no Ativo;
- c) Provisões – Análise da base de cálculo para as provisões para IR, CS, Contingências e Outras;
- d) Tributos e Encargos Sociais a Recolher – Análise da base de cálculo para os tributos e contribuições, incluindo os parcelamentos;
- e) Empréstimos e Financiamentos a Pagar – Análise do volume de empréstimos contraídos pela operadora, com base nos contratos estabelecidos com as entidades financeiras;
- g) Débitos Diversos e Conta-Corrente com Cooperados – mesma metodologia adotada para o Ativo;

3.4) Não Circulante

3.4.1) Exigível a Longo Prazo – mesma metodologia do Passivo Circulante

- a) Provisões Técnicas – mesma metodologia do Passivo Circulante;
- b) Provisões – requisitar a memória de cálculo, comparando com a documentação contábil, das Provisões para Tributos Diferidos e Contingências;
- c) Tributos e Encargos Sociais a Recolher / Empréstimos e Financiamentos a Pagar / Débitos Diversos – mesma metodologia do Passivo Circulante (no caso dos Débitos Diversos, será requisitada abertura e documentação suporte das subcontas relevantes).

3.4.2) Resultado Diferido – Exame dos critérios adotados para constituição da rubrica.

3.5) Patrimônio Líquido:

- a) Geral – verificação da suficiência com relação às regras do Patrimônio Mínimo Ajustado e Margem de Solvência;
- b) Capital Social – verificação da adequação ao contrato social/estatuto e do objeto social ao disposto no art. 9º da RN nº 85/2004, com a redação dada pela RN nº 100/2005.
- c) Reservas – Análise da composição das reservas patrimoniais.
- d) Ajustes de Avaliação Patrimonial – análise comparativa entre os trimestres.

3.6) Notas Técnicas de Registro de Produtos – NTRP´s, Tabelas de Vendas e Propostas de Adesão:

- a) Verificação da atualização das tabelas de vendas, com a discriminação dos preços mínimos, limites mínimo e máximos cadastrados na ANS, além dos percentuais de variação de faixas etárias;
- b) Exame das propostas de adesão de novos beneficiários

c) Análise do relatório de faturamento e custo, por produto.

3.7) Fichas Financeiras de Beneficiários: Análise da ficha financeira de beneficiários.

3.8) Parecer dos Auditores Independentes:

a) Análise de ressalvas e parágrafos de ênfase no Parecer dos Auditores Independentes, apurando as recomendações feitas e a adoção por parte da operadora;

b) Exame do Relatório de Recomendações sobre os Controles Internos;

c) Através do Ofício, requisitar a presença dos auditores em pelo menos um dia da diligência.

3.9) Relatório da Administração: Verificação da observância do disposto no item 5.3.6 do Capítulo I – Normas Gerais, do Anexo da IN nº 36/2009 com a redação dada pela IN nº 40/2010, ambas da DIOPE.

Reunião de encerramento dos trabalhos: Explicação dos principais pontos apurados no trabalho de campo e o oportuno encaminhamento de relatório de fiscalização para conhecimento e eventuais providências da operadora.

Relatório de Fiscalização

Elaborar Relatório de Fiscalização descrevendo o resultado da apuração e apontando as condutas infrativas identificadas.

ANEXO VII

Roteiro de Fiscalização Técnico-Assistencial (Médico)

Instauração da Fiscalização

Envio de Ofício à operadora, com prazo para resposta de 10 (dez) dias úteis.

Procedimentos Prévios

Análise prévia, na semana anterior à diligência, dos itens abaixo, tendo por base os bancos de dados da ANS e as informações e documentos requisitados no Ofício:

- 1) Identificar a posição da operadora fiscalizada no mercado relevante.
- 2) Apurar as informações referentes à comercialização do plano referência, para aferir o cumprimento ao artigo 10 da Lei 9.656/98;
- 3) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, da relação dos contratantes pessoas jurídicas que ingressaram na carteira no último trimestre, com discriminação de planos coletivos empresariais e por adesão (para verificação da aderência à RN nº 195/2009).
- 4) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, das seguintes informações relativas a sua rede hospitalar (para verificação do cumprimento ao artigo 17 da Lei 9.656/98, bem como do respeito ao direito à informação plena do consumidor, estabelecido no CDC):
 - a) guias médicos;
 - b) relação dos prestadores de serviço hospitalares e do respectivo valor faturado no último exercício, em ordem decrescente;
 - c) relação dos parâmetros de glosa utilizados pela auditoria médica da operadora, examinando a sua consistência.

4.1) Apurar a rede hospitalar disponibilizada no *site*, verificando se há divergência entre a rede hospitalar informada à ANS (apurada por consulta ao RPS e confirmada junto à GGEOP/DIPRO) e a informada ao consumidor. Em operadoras com rede hospitalar extensa, deve-se selecionar para análise a rede hospitalar do município com maior número de consumidores.

4.2) Encaminhar ofício a 10 (dez) prestadores de serviço hospitalar, informados no item 4.b, requisitando que informem no prazo de 5 (cinco) dias úteis:

- a) o tempo médio entre a apresentação da conta hospitalar e a apresentação da glosa;
- b) o tempo médio entre a apresentação do recurso de glosa e o pagamento da conta hospitalar e
- c) informar se a operadora pratica glosas sem justificativa plausível de maneira sistemática;

5) examinar se os guias médicos utilizados na comercialização dos produtos da operadora (observação do respeito ao direito à informação plena do consumidor, estabelecido no CDC):

- a) apresentam informações claras sobre o procedimento a ser observado pelo consumidor para a liberação dos benefícios médicos;
- b) expõem claramente a rede credenciada para atendimento em casos de emergência ou urgência e a rede credenciada para atendimento em casos eletivos;
- c) expõem claramente a rede credenciada para procedimentos específicos (exemplo: Internação Eletiva para Cirurgia Plástica, Hemodinâmica etc);
- d) expõem claramente os prestadores credenciados para cada atendimento nos casos de hierarquização ou de direcionamento.

6) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de apresentação das planilhas informando as datas de solicitação e de realização dos procedimentos.

6.1) Verificar se há indícios de insuficiência de rede, utilizando como parâmetros de suficiência os critérios dispostos no Anexo V da RN nº 85/2004, com redação dada pela RN nº 100/2005.

7) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de apresentar relatório com a data de cancelamento e os nomes dos beneficiários de planos individuais/familiares que tiveram seus contratos cancelados por inadimplência.

8) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de apresentar a relação das causas judiciais cíveis em que figure no pólo passivo.

8.1) Observar os principais motivos de geração de ações cíveis contra a Operadora e

8.2) Verificar se os temas mais recorrentes em demandas perante o Poder Judiciário configuram atos de conhecimento da ANS (via Disque ANS ou via Núcleos da ANS).

9) Apurar no SIF – Sistema Integrado de Fiscalização o perfil das demandas contra a operadora perante a ANS.

10) Verificar se a operadora já apresenta produto deferido pela DIPRO, em consulta ao RPS – Sistema de Registro de Produtos.

11) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de apresentação dos modelos das propostas de adesão, declaração de saúde, carta de orientação ao beneficiário e instrumento contratual utilizados na comercialização de

planos coletivos com número de beneficiários inferior a 30 (usualmente chamados “planos para Pequena e Média Empresa”), a serem examinados no Relatório.

12) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de apresentação dos modelos das propostas de adesão, declaração de saúde, carta de orientação ao beneficiário e instrumento contratual utilizados na comercialização do produto individual com maior número de beneficiários, a serem examinados no Relatório.

13) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de descrição do seu *portfólio* de produtos, indicando quais são os produtos atualmente comercializados, com suas características básicas e com indicação das principais diferenças entre as linhas de produtos (facilidade de acesso aos serviços, amplitude e reputação dos componentes da rede prestadora, público-alvo etc);

14) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de apresentação da lista de beneficiários acima de 60 anos que aderiram à Operadora no mês indicado.

Diligência “ in loco”:

- 1) Apresentação da equipe e dos objetivos do Olho Vivo.
- 2) Solicitar ao representante legal uma breve exposição sobre o histórico, a estrutura e o modelo de negócios da operadora;
- 3) Questionar ao representante da operadora:
 - a) Qual a dimensão geográfica de sua área de atuação? Ela abrange a área composta pelos municípios que compõem o mercado relevante?
 - b) Na sua opinião, quais operadoras competem na comercialização de planos individuais e de planos coletivos na sua área geográfica de atuação?
 - c) Quais são suas respectivas participações de mercado? Qual a base dessa estimativa (número de beneficiários, faturamento etc)?

- d) Essas participações têm permanecido constantes ou certas operadoras têm aumentado sua participação de mercado com o decorrer do tempo?
- e) Descreva os obstáculos a serem enfrentados por um novo participante no mercado relevante em que a operadora atua.
- f) Há planos de ampliar sua carteira? Qual a taxa de crescimento projetada para os próximos cinco anos? A ampliação da carteira se sustentaria na oferta de produtos a público que hoje não é usuário de planos de saúde ou ao público vinculado a concorrentes?

4) Verificar se todos os documentos requisitados estão à disposição para consulta *in loco*; em caso negativo, requisitar sua apresentação imediata com a advertência de que a recusa injustificada do fornecimento dos documentos e informações acarretará a lavratura de auto de embargo à fiscalização.

5) A fim de verificar a garantia de informação plena do consumidor, bem como à aderência aos normativos vigentes, efetuar simulação de venda de plano individual/familiar, no local de vendas da operadora, com corretor/funcionário responsável.

6) A fim de dar prosseguimento à análise da aderência à RN nº 195/2009, selecionar, dentre os integrantes da listagem apresentada pela operadora (ver item 3 dos Procedimentos Prévios), ao menos dez contratantes de planos coletivos por adesão.

6.1) O fiscal deve examinar *in loco*, para cada empresa contratante os documentos de ao menos 3 (três) beneficiários escolhidos aleatoriamente e arrecadar cópias da documentação respectiva para instrução processual.

7) Questionar a operadora sobre os seguintes aspectos relativos à estruturação de sua rede:

- a) se a operadora utiliza rede própria ou contratualizada, direta ou indireta, e os critérios utilizados pela operadora para adotar cada uma das formas de estruturação da rede;
- b) se a operadora pratica hierarquização da rede ou direcionamento, e os critérios adotados pela operadora na adoção de tais práticas;
- c) quais os critérios da operadora para definir a dispersão de sua rede na área geográfica de abrangência de seus produtos;
- d) se a operadora enfrenta dificuldades para contratar prestadores de serviços em uma determinada localidade (ou de determinada especialidade), indicando os motivos (exemplo: unimilitância, carência de prestadores, dificuldade de negociar condições contratuais atraentes face ao baixo volume de demanda ofertado ao prestador).
- e) se a operadora, na contratação e na definição de reajustes, negocia diretamente com médicos, hospitais e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia ou se negocia com associações médicas, associações de hospitais ou associações de segmentos dos SADT.
- f) os critérios de remuneração da rede prestadora, discriminando os critérios adotados em relação a consultórios, SADT e hospitais (exemplo: se são utilizadas tabelas como a CBHPM e a BRASÍNDICE; se são negociados percentuais sobre os valores dessas tabelas; se adiantam o pagamento aos prestadores em troca de descontos; se as negociações são individuais ou por meio de associações ou sindicatos; se o pagamento é feito por procedimento ou por performance, indicando, no último caso, quais os indicadores de performance utilizados; se, no pagamento por procedimento, são negociados pacotes de procedimentos, exemplificando os pacotes negociados).

7.1) Informar à operadora sobre as divergências verificadas entre a base do RPS, os Guias informativos da rede e as informações veiculadas no "site", conforme análise prévia realizada durante os Procedimentos Prévios e requisitar declaração formal sobre as providências tomadas em cada caso.

8) Examinar, *in loco*, com relação à rede hospitalar da operadora, previamente requisitado no item 4 dos Procedimentos Prévios:

a) se existe contrato, formalizado por escrito, vigente entre os prestadores de serviços hospitalares informados à ANS no item 4 “b” dos Procedimentos Prévios;

b) se nos contratos firmados, examinados por amostragem, existe cláusula prevendo a periodicidade do reajuste bem como o índice a ser utilizado; e

c) se a operadora mantém em seu arquivo contábil a documentação fiscal pertinente a cada prestador, requisitando cópia da última nota fiscal emitida por cada prestador hospitalar. Em operadoras com rede hospitalar extensa, deve-se selecionar para análise a rede hospitalar do município com maior número de consumidores.

9) Selecionar, aleatoriamente, ao menos 10 (dez) beneficiários de cada listagem fornecida no item 6 dos Procedimentos Prévios e requisitar a impressão imediata da tela de utilização do beneficiário e cópias dos pedidos médicos dos procedimentos, em caso de internações.

10) Observar a Rotina de Admissão de Beneficiários, ou seja, o fluxo do momento da venda do plano pelo corretor/funcionário, até momento da efetiva inclusão do beneficiário e emissão de seu cartão de identificação, examinando a documentação (contrato, declaração de saúde, perícias realizadas) de ao menos 10 (dez) beneficiários escolhidos aleatoriamente a partir da listagem referida no item 14 dos Procedimentos Prévios. Arrecadar cópias dos documentos referentes à admissão de beneficiários.

11) Observar a Rotina de Liberação de Benefícios, ou seja, o fluxo do momento da solicitação de autorização até a efetiva realização do procedimento médico.

11.1) Caso a operadora possua rede própria, questionar sobre a rotina de utilização dos serviços próprios e mecanismos de regulação utilizados (como médico porteiro, direcionamento, etc).

12) Selecionar, aleatoriamente, ao menos 20 (vinte) consumidores a partir da listagem referida no item 7 dos Procedimentos Prévios e requisitar a documentação comprobatória do cumprimento do disposto no artigo 13 da Lei nº 9.656/1998. Arrecadar para instrução processual cópia da documentação de, ao menos, 3 (três) beneficiários.

13) Caso haja produto da operadora com registro definitivo, arrecadar cópia de instrumento contratual e da correspondente proposta de adesão.

14) Ao fim da diligência lavrar termo de requisição de documentos, caso a operadora não tenha apresentado algum documento ou informação.

15) Realizar reunião de encerramento da fiscalização, informando a conclusão dos trabalhos de campo e o oportuno encaminhamento de relatório de fiscalização para conhecimento e eventuais providências da Operadora.

Observação: Ao fim de cada dia de trabalho lavrar Termo de Diligência.

Relatório de Fiscalização

Elaborar Relatório de Fiscalização descrevendo o resultado da apuração e apontando as condutas infrativas identificadas.

ANEXO VII

Roteiro de Fiscalização Técnico-Assistencial (Odontológico)

Instauração da Fiscalização

Envio de Ofício à operadora, com prazo para resposta de 10 (dez) dias úteis.

Procedimentos Prévios

Análise prévia, na semana anterior à diligência, dos itens abaixo, tendo por base os bancos de dados da ANS e as informações e documentos requisitados no Ofício:

1) Identificar a posição da operadora fiscalizada no mercado relevante.

2) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, da relação dos contratantes pessoas jurídicas que ingressaram na carteira no último trimestre, com discriminação de planos coletivos empresariais e por adesão (para verificação da aderência à RN nº 195/2009).

3) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, das seguintes informações relativas a sua rede prestadora (para verificação do respeito ao direito à informação plena do consumidor, estabelecido no CDC):

- a) guias odontológicas;
- b) relação dos prestadores de serviço e do respectivo valor faturado no último exercício, em ordem decrescente;
- c) relação dos parâmetros de glosa utilizados pela auditoria odontológica da operadora, examinando a sua consistência.

4) Encaminhar ofício a 10 (dez) prestadores de serviço, informados no item 3.b, requisitando que informem no prazo de 5 (cinco) dias úteis:

- a) o tempo médio entre a apresentação da conta e a apresentação da glosa;
- b) o tempo médio entre a apresentação do recurso de glosa e o pagamento da conta e
- c) informar se a operadora pratica glosas sem justificativa plausível de maneira sistemática;

5) Examinar se os guias utilizados na comercialização dos produtos da operadora (observação do respeito ao direito à informação plena do consumidor, estabelecido no CDC):

- a) apresentam informações claras sobre o procedimento a ser observado pelo consumidor para a liberação dos benefícios;
- b) expõem claramente a rede credenciada para atendimento em casos de emergência ou urgência e a rede credenciada para atendimento em casos eletivos;
- c) expõem claramente a rede credenciada para procedimentos específicos (exemplo: radiografia panorâmica);
- d) expõem claramente os prestadores credenciados para cada atendimento nos casos de hierarquização ou de direcionamento.

6) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de apresentação das planilhas informando as datas de solicitação e de realização dos procedimentos;

- 6.1) Verificar se há indícios de insuficiência de rede, utilizando como parâmetros de suficiência os critérios dispostos no Anexo V da RN nº 85/2004, com redação dada pela RN nº 100/2005

7) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de apresentar relatório com a data de cancelamento e os nomes dos beneficiários de planos individuais/familiares que tiveram seus contratos cancelados por inadimplência.

8) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de apresentar a relação das causas judiciais cíveis em que figure no pólo passivo.

8.1) Observar os principais motivos de geração de ações cíveis contra a Operadora e

8.2) Verificar se os temas mais recorrentes em demandas perante o Poder Judiciário configuram atos de conhecimento da ANS (via Disque ANS ou via Núcleos da ANS).

9) Apurar no SIF – Sistema Integrado de Fiscalização o perfil das demandas contra a Operadora perante a ANS.

10) Verificar se a operadora já apresenta produto deferido pela DIPRO, em consulta ao RPS – Sistema de Registro de Produtos.

11) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de apresentação dos modelos das propostas de adesão, declaração de saúde, carta de orientação ao beneficiário e instrumento contratual utilizados na comercialização de planos coletivos com número de beneficiários inferior a 30 (usualmente chamados “planos para Pequena e Média Empresa”), a serem examinados no Relatório.

12) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de apresentação dos modelos das propostas de adesão, declaração de saúde, carta de orientação ao beneficiário e instrumento contratual utilizados na comercialização do produto individual com maior número de beneficiários, a serem examinados no Relatório.

13) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de descrição do seu *portfólio* de produtos, indicando quais são os produtos atualmente comercializados, com suas características básicas e com indicação das principais diferenças entre as linhas de produtos (facilidade de acesso aos serviços, amplitude e reputação dos componentes da rede prestadora, público-alvo etc);

14) Verificar se a operadora atendeu à requisição, feita no Ofício, de apresentação da lista de beneficiários que aderiram à operadora no mês indicado.

Diligência "in loco":

- 1) Apresentação da equipe e dos objetivos do Olho Vivo.
- 2) Solicitar ao representante legal uma breve exposição sobre o histórico, a estrutura e o modelo de negócios da operadora;
- 3) Questionar ao representante da operadora:
 - a) Qual a dimensão geográfica de sua área de atuação? Ela abrange a área composta pelos municípios que compõem o mercado relevante?
 - b) Na sua opinião, quais operadoras competem na comercialização de planos individuais e de planos coletivos na sua área geográfica de atuação?
 - c) Quais são suas respectivas participações de mercado? Qual a base dessa estimativa (número de beneficiários, faturamento etc)?
 - d) Essas participações têm permanecido constantes ou certas operadoras têm aumentado sua participação de mercado com o decorrer do tempo?
 - e) Descreva os obstáculos a serem enfrentados por um novo participante no mercado relevante em que a operadora atua.
 - g) Há planos de ampliar sua carteira? Qual a taxa de crescimento projetada para os próximos cinco anos? A ampliação da carteira se sustentaria na oferta de produtos a público que hoje não é usuário de planos de saúde ou ao público vinculado a concorrentes?

4) Verificar se todos os documentos requisitados estão à disposição para consulta *in loco*; em caso negativo, requisitar sua apresentação imediata com a advertência de que a recusa injustificada do fornecimento dos documentos e informações acarretará a lavratura de auto de embargo à fiscalização.

5) A fim de verificar a garantia de informação plena do consumidor, bem como à aderência aos normativos vigentes, efetuar simulação de venda de plano individual/familiar, no local de vendas da operadora, com corretor/funcionário responsável.

6) A fim de dar prosseguimento à análise da aderência à RN nº 195/2009, selecionar, dentre os integrantes da listagem apresentada pela operadora (ver item 2 dos Procedimentos Prévios), ao menos dez contratantes de planos coletivos por adesão.

6.1) O fiscal deve examinar *in loco*, para cada empresa contratante, os documentos de ao menos 3 (três) beneficiários escolhidos aleatoriamente e arrecadar as cópias da documentação respectiva para instrução processual.

7) Questionar a operadora sobre os seguintes aspectos relativos à estruturação de sua rede:

- a) se a operadora utiliza rede própria ou contratualizada, direta ou indireta, e os critérios utilizados pela operadora para adotar cada uma das formas de estruturação da rede;
- b) se a operadora pratica hierarquização da rede ou direcionamento, e os critérios adotados pela operadora na adoção de tais práticas;
- c) quais os critérios da operadora para definir a dispersão de sua rede na área geográfica de abrangência de seus produtos;
- d) se a operadora enfrenta dificuldades para contratar prestadores de serviços em uma determinada localidade (ou de determinada especialidade), indicando os motivos (exemplo: unimilitância, carência de prestadores, dificuldade de negociar condições contratuais atraentes face ao baixo volume de demanda ofertado ao prestador);

e) se a operadora, na contratação e na definição de reajustes, negocia diretamente com dentistas, clínicas odontológicas e clínicas de radiologia ou se negocia com associações de profissionais de odontologia ou associações de clínicas e

f) os critérios de remuneração da rede prestadora, discriminando os critérios adotados em relação a consultórios e clínicas.

8) Examinar, *in loco*, com relação à rede prestadora da operadora, previamente requisitado no item 3 dos Procedimentos Prévios:

a) se existe contrato, formalizado por escrito, vigente entre os prestadores de serviços informados à ANS no item 3 "b" dos Procedimentos Prévios;

b) se nos contratos firmados, examinados por amostragem, existe cláusula prevendo a periodicidade do reajuste bem como o índice a ser utilizado; e

c) se a operadora mantém em seu arquivo contábil a documentação fiscal pertinente a cada prestador, requisitando cópia da última nota fiscal emitida por cada prestador, selecionando ao menos 10 (dez) prestadores para a verificação. Em operadoras com rede extensa, deve-se selecionar para análise a rede do município com maior número de consumidores.

9) Selecionar, aleatoriamente, ao menos 10 (dez) beneficiários de cada listagem fornecida no item 6 dos Procedimentos Prévios, requisitar a impressão imediata da tela de utilização do beneficiário e requisitar cópias dos pedidos dos procedimentos, em caso de planos de tratamento e cirurgias ambulatoriais.

10) Observar a Rotina de Admissão de Beneficiários, ou seja, o fluxo do momento da venda do plano pelo corretor/funcionário, até momento da efetiva inclusão do beneficiário e emissão de seu cartão de identificação, examinando a documentação (contrato, declaração de saúde, perícias realizadas) de ao menos 10 (dez) beneficiários escolhidos aleatoriamente a partir da listagem referida no item 14 dos Procedimentos Prévios.

11) Observar a Rotina de Liberação de Benefícios, ou seja, o fluxo do momento da solicitação de autorização até a efetiva realização do procedimento.

11.1) Caso a operadora possua rede própria, questionar sobre a rotina de utilização dos serviços próprios e mecanismos de regulação utilizados.

12) Selecionar, aleatoriamente, ao menos 20 (vinte) consumidores a partir da listagem referida no item 7 dos Procedimentos Prévios e requisitar a documentação comprobatória do cumprimento do disposto no artigo 13 da Lei nº 9.656/1998. Arrecadar para instrução processual cópia da documentação de ao menos 3 (três) beneficiários.

13) Caso haja produto da operadora com registro definitivo, arrecadar cópia de instrumento contratual e da correspondente proposta de adesão.

14) Ao fim da diligência lavrar termo de requisição de documentos, caso a operadora não tenha apresentado algum documento ou informação.

15) Realizar reunião de encerramento da fiscalização, informando a conclusão dos trabalhos de campo e o oportuno encaminhamento de relatório de fiscalização para conhecimento e eventuais providências da operadora.

Observação: Ao fim de cada dia de trabalho lavrar Termo de Diligência.

Relatório de Fiscalização

Elaborar Relatório de Fiscalização descrevendo o resultado da apuração e apontando as condutas infrativas identificadas.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O “Programa Olho Vivo” pode ser definido como o conjunto de ações “de caráter pró-ativo, sistemático e planejado, cujo objetivo é a crescente adequação das operadoras de planos privados de assistência à saúde à legislação que regula o setor de Saúde Suplementar”¹.

Criado em 2002, o Olho Vivo originalmente se propunha a desenvolver operações de fiscalização pró-ativa sobre operadoras de plano de saúde apontadas pelo que se convencionou chamar indicador de risco, consistente na razão entre o número de demandas registradas na Central de Relacionamento da ANS e o número de beneficiários das operadoras, consideradas separadamente de acordo com a modalidade de atuação e o porte.

Essas operações de fiscalização pró-ativa consistiam na aplicação de roteiros de perguntas que, basicamente, conduziam o fiscal a verificar a regularidade da escrituração contábil da operadora e a conformidade do instrumento contratual utilizado na comercialização do seu principal produto com a legislação de saúde suplementar.

No biênio 2005/2006, o Olho Vivo se afastou do escopo original e se voltou exclusivamente à verificação da conformidade dos instrumentos contratuais utilizados na contratação de prestadores de serviços pelas operadoras de plano de saúde, nos limites da amostragem definida à época, que inicialmente buscou atingir as operadoras que concentravam o maior número de vínculos de beneficiários.

Em 2007, o Olho Vivo retomou o critério de seleção baseado no indicador de risco, voltando-se quase exclusivamente para a fiscalização de aspectos econômico-financeiros das operadoras.

¹ BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Glossário temático: saúde suplementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 62.

Em 2008, iniciou-se um processo de reflexão sobre os rumos do programa, especialmente com relação ao critério de seleção das operadoras e ao conteúdo da fiscalização de aspectos técnico-assistenciais.

Observou-se que o critério de seleção de operadoras a serem fiscalizadas com base no indicador de risco foi incapaz de conferir ao Olho Vivo o caráter preditivo inerente à proposta de uma fiscalização pró-ativa, tendo sido constatadas constantes superposições de esforços da Gerência Geral de Fiscalização Regulatória – GGFIR/DIFIS, unidade responsável pela execução do programa, com esforços dos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização (atuais Núcleos da ANS) e mesmo com a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, na medida em que as operadoras apontadas pelo indicador de risco não raro eram objeto da decretação de regimes especiais.

Avaliou-se, também, que a dinâmica das operações de fiscalização, baseada no exame de documentos, pouco contribuía para a captação de tendências de mercado visando municiar a ANS de propostas de medidas indutoras de melhores práticas pelas operadoras.

Finalmente, observou-se que o modelo de gestão das operações de fiscalização pró-ativa, concentrado na GGFIR/DIFIS, vinha trazendo à capacidade de resposta do programa prejuízo diretamente proporcional ao prejuízo da capacidade de trabalho da GGFIR/DIFIS provocado pela absorção de processos de trabalho (instrução dos processos administrativos sancionadores iniciados por representações das demais diretorias e fiscalização do cumprimento dos termos de compromisso de ajuste de conduta) associada à ausência de reposição completa de seus quadros funcionais no curso da transição do corpo de servidores temporários para o corpo de servidores do quadro permanente da ANS.

Somou-se a isso a constatação de que a concentração das operações na GGFIR/DIFIS pouco aproveitava a experiência local dos Núcleos da ANS.

Em meados de 2008, o Olho Vivo começou a ser reestruturado para buscar a adoção de um critério de seleção das operadoras aderente à estrutura de

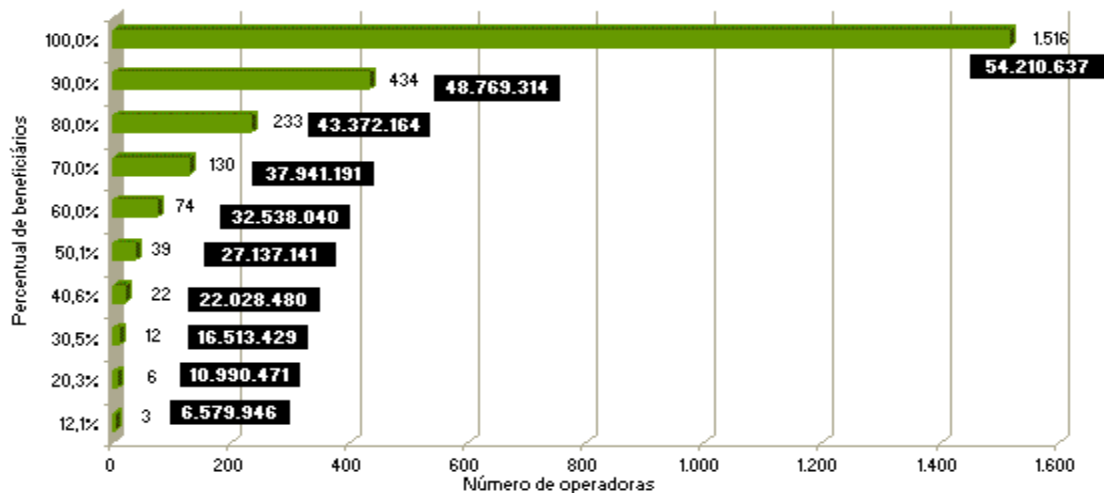
mercado na saúde suplementar, um conteúdo de operações de fiscalização voltado à avaliação da qualidade da assistência prestada aos consumidores e um modelo de gestão das operações de fiscalização que integrasse GGFIR/DIFIS e Núcleos da ANS.

Em 2009, o Olho Vivo passou a apresentar uma breve análise da estrutura de determinados mercados relevantes (indicando o seu grau de concentração e apontando os principais *players*) e selecionar os líderes de mercado como alvos da fiscalização, ampliando-se a perspectiva do conteúdo das operações de fiscalização, especialmente no campo técnico-assistencial, para abranger, além do tradicional exame da conformidade de instrumentos contratuais, a análise das rotinas de vendas e de liberação de benefícios médicos; a análise da situação da rede assistencial das operadoras e de suas posturas frente ao ressarcimento ao SUS e a análise da consistência das informações periódicas enviadas à ANS (especialmente o SIP, o SIB e o DIOPS).

Considerando o caráter pró-ativo e a visão macro-regulatória prospectiva do Olho Vivo, o critério de escolha das operadoras a serem fiscalizadas não se deve voltar para uma perspectiva reativa, como a oferecida pela quantidade de demandas registradas, mas sim para uma perspectiva de monitoramento de mercado, oferecida pela atuação sobre as operadoras de maior porte no setor e pela atuação sobre as líderes de cada mercado relevante.

O setor apresenta a seguinte configuração:

Curva ABC da distribuição dos beneficiários de planos de saúde entre as operadoras (Brasil – set./09)



Curva A: 233 operadoras (15,4% do total) detêm 80,0% dos beneficiários.
 Curva B: 434 operadoras (28,6% do total) detêm 90,0% dos beneficiários.
 Curva C: 1.516 operadoras (100,0% do total) detêm 100,0% dos beneficiários.
 Fonte: Caderno de Informações em Saúde Suplementar – Dezembro/2009

Curva A: 233 operadoras (15,4% do total) detêm 80,0% dos beneficiários.
 Curva B: 434 operadoras (28,6% do total) detêm 90,0% dos beneficiários.
 Curva C: 1.516 operadoras (100,0% do total) detêm 100,0% dos beneficiários.
 Fonte: Caderno de Informações em Saúde Suplementar – Dezembro/2009

Observa-se que 39 (trinta e nove) operadoras de planos de saúde detêm 50,1% (cinquenta vírgula um por cento) dos vínculos de beneficiários registrados no Sistema de Informações de Beneficiários – SIB.

Propõe-se que a GGFIR busque atuar nessas operadoras, considerando que o impacto das operações de fiscalização nessas operadoras se refletirá, indiretamente, em proveitos de metade dos consumidores do setor.

Em recente pesquisa financiada pela ANS, promovida pelo CNPq e realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais em atendimento ao Edital nº

46/2007/CNPq/ANS, foram identificados 89 (oitenta e nove) mercados relevantes de planos médico-hospitalares no Brasil, observando-se que sua esmagadora maioria apresenta alto grau de concentração.

Os planos médico-hospitalares constituem o produto de maior grau de complexidade da saúde suplementar, sendo certo que a má qualidade da cobertura dessa segmentação assistencial a que produz impactos mais sensíveis na saúde e na poupança popular, o que aponta para a necessidade de que essa segmentação seja objeto de atenção prioritária da fiscalização regulatória.

O alto grau de concentração identificado tanto nos mercados de planos individuais quanto nos mercados de planos coletivos da grande maioria dos espaços geográficos delimitados pelo estudo da UFMG também indica a necessidade de especial atenção da fiscalização regulatória para essa segmentação assistencial, considerando a relação entre concentração de mercado e perda de bem-estar do consumidor, esta agravada em mercados como os observados no Brasil, nos quais são comuns práticas anticompetitivas, como é o caso do fechamento de mercado pela unimilitância.

Observa-se, ainda, que os mercados relevantes na saúde suplementar não apenas apresentam alto grau de concentração como, também, frequentemente apresentam operadoras que aparentemente ocupam posição dominante, vale dizer, operadoras líderes que não apenas detêm uma expressiva participação de mercado como, ainda, parecem deter poder de mercado suficiente para influenciar o preço dos planos de saúde no mercado em que atuam.

Cumprindo observar, a propósito, a tendência das concorrentes com menor participação de mercado – e, não raro, menor margem de lucro – de seguir o preço da líder (podendo-se entender por preço mais do que, simplesmente, o valor da contraprestação pecuniária, bastando lembrar a imposição de mecanismos de regulação financeira como a franquia e a co-participação).

Considerando as estruturas de mercado mais comuns e as estratégias empresariais mais frequentes no setor de saúde suplementar brasileiro, é possível

que os efeitos positivos de uma intervenção regulatória nas líderes de mercado se irradiem pelas suas concorrentes, hipótese em que a atuação do agente regulador se mostrará a mais eficiente possível, por atingir o máximo possível de consumidores em um dado mercado com a aplicação do volume de recursos necessários para a atuação sobre uma única operadora.

Mesmo que assim não fosse, a proposta ora apresentada permitiria demonstrar a capilaridade da ação da ANS em todo o território nacional.

Daí porque se revela conveniente e oportuno que se desenvolvam operações de fiscalização pró-ativa nos mercados relevantes e, de modo especial, nas líderes de mercado.

Para evitar a superposição de esforços entre GGfIR e Núcleos da ANS, propõe-se que as operadoras objeto das operações da GGfIR sejam excluídas do universo de operadoras a serem objeto de operações dos Núcleos da ANS.

Do mesmo modo, para evitar que a superposição de esforços entre Núcleos da ANS, propõe-se que, na hipótese de uma operadora ser a líder em diversos mercados, ela deva ser fiscalizada pela liderança no maior mercado, passando-se nos demais mercados em que ela também seja líder às concorrentes imediatamente posteriores, em ordem decrescente de participação de mercado.

A distribuição das operações entre os Núcleos da ANS será definida em função do número de fiscais disponível e do volume de trabalho verificado em cada Núcleo, sabendo-se que não há simetria entre os portes dos Núcleos e os números de mercados relevantes existentes em suas circunscrições territoriais.

A esta altura, cumpre examinar separadamente a operacionalização dos dois grupos de análise efetivados no Olho Vivo: a econômico-financeira e a técnico-assistencial.

Propõe-se que a análise econômico-financeira continue sendo efetivada somente nas operações a cargo da GGfIR, considerando que atualmente os Núcleos

da ANS não detêm pessoal com a formação profissional necessária em quantidade suficiente para executar esse tipo de análise em todo o território nacional.

E propõe-se que a análise técnico-assistencial médica seja efetivada tanto nas operações a cargo da GGFIR quanto nas operações a cargo dos Núcleos.

Na concepção da proposta, por rigor metodológico, optou-se por não estender a análise técnico-assistencial odontológica aos Núcleos até que sejam realizados estudos econômicos suficientes para a determinação da dimensão geográfica dos mercados relevantes dos produtos dessa segmentação assistencial. Tal não impede que sejam efetivadas operações de fiscalização pró-ativa pelos Núcleos com foco em produtos dessa segmentação assistencial, de modo esporádico, atendendo às peculiaridades regionais observadas por cada Núcleo.

Durante a execução do Olho Vivo, GGFIR e Núcleos buscarão o estabelecimento de parcerias internas (com a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras, com a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos e com a Diretoria de Desenvolvimento Setorial, no sentido de articular as operações de fiscalização com as visitas técnicas e demais rotinas de monitoramento de mercado a cargo de cada diretoria, integrando-se os membros das áreas técnicas com os fiscais) e externas (com PROCONS e com a Secretaria de Direito Econômico/Ministério da Justiça, no sentido de articular as operações de fiscalização com as ações dos demais órgãos e entidades públicos), de modo que as operações de fiscalização pró-ativa possam servir de fio condutor de ações coordenadas das diversas diretorias da ANS e mesmo de diversos entes estatais.