

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

EMMILY CHRISTINE KNETSCH

CAUSALIDADE E A RESOLUTIVIDADE DAS NOTIFICAÇÕES DE
INTERMEDIÇÃO PRELIMINARES (NIPs) DIRIGIDAS ÀS OPERADORAS DO
SISTEMA UNIMED SEDIADAS EM SANTA CATARINA

Joinville

2024

EMMILY CHRISTINE KNETSCH

**CAUSALIDADE E A RESOLUTIVIDADE DAS NOTIFICAÇÕES DE
INTERMEDIÇÃO PRELIMINARES (NIPS) DIRIGIDAS ÀS OPERADORAS DO
SISTEMA UNIMED SEDIADAS EM SANTA CATARINA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso Superior de Tecnologia em Gestão
Hospitalar do Câmpus Joinville do Instituto Federal
de Santa Catarina para a obtenção do diploma de
Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientadora: Caroline Orlandi Brilinger, Me.

Joinville

2024

Knetsch, Emmily Christine.

Causalidade e a resolutividade das notificações de intermediação preliminares (NIPs) dirigidas às operadoras do sistema Unimed sediadas em Santa Catarina / Emmily Christine Knetsch – Joinville, SC, 2024.

72 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Curso de Gestão Hospitalar, Joinville, 2024.

Orientador: Caroline Orlandi Brilinger

1. Saúde Suplementar. 2. Operadora de Plano de Assistência à Saúde. 3. Gerenciamento de Conflitos. I. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. II. Título.

EMMILY CHRISTINE KNETSCH

CAUSALIDADE E A RESOLUTIVIDADE DAS NOTIFICAÇÕES DE
INTERMEDIÇÃO PRELIMINARES (NIPs) DIRIGIDAS ÀS OPERADORAS DO
SISTEMA UNIMED SEDIADAS EM SANTA CATARINA

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar, pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, e aprovado na sua forma final pela comissão avaliadora abaixo indicada.

Joinville, 13 de Agosto de 2024.

Prof. Caroline Orlandi Brilinger, Me.
Orientadora
Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Santa Catarina

Prof. Marcelo Rodrigo Pezzi, M.Sc.
Membro Interno
Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Santa Catarina

Priscila Oliveira, Esp.
Membro Externo

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus que me deu sabedoria e a oportunidade de chegar até aqui durante estes anos de estudo. Aos meus familiares que me apoiaram em cada etapa deste processo e torceram por mim.

Aos professores, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado. Por fim, a todos aqueles que contribuíram de maneira direta e indireta nestes anos de faculdade, somando em meu crescimento intelectual e profissional.

RESUMO

A Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) foi desenvolvida pela ANS para mediar conflitos entre operadoras de saúde e beneficiários, assegurando a assistência no setor privado. A NIP e sua Taxa de Resolutividade (TR) são fundamentais tanto para beneficiários quanto para operadoras, pois podem servir de base para a avaliação do atendimento e melhoria de processos internos. Desta forma o presente trabalho tem como objetivo geral investigar a causalidade e a resolutividade das NIPs dirigidas às operadoras do sistema Unimed em Santa Catarina, entre outubro de 2017 e outubro de 2022. Os objetivos específicos incluem: caracterizar as operadoras Unimed sediadas em Santa Catarina com dados nos indicadores dinâmicos da ANS, extrair a quantidade de NIPs assistenciais e não-assistenciais por tema e subtema, e verificar as TR dessas NIPs por tema e subtema. O estudo consiste em uma pesquisa aplicada, a metodologia adotada foi descritiva, quantitativa de caráter documental, utilizando dados públicos com base nos indicadores da ANS e *Sites* institucionais das operadoras. Foram identificadas 15 Unimeds no estado estudado, estas foram utilizadas para a análise das NIPs que resultaram em uma porcentagem de 77,4% assistenciais e 22,6% não-assistenciais. Os subtemas com mais notificações entre as demandas assistenciais, foram: gerenciamento e regras de acesso a atendimento, seguido por rol de procedimentos, das demandas não assistenciais: suspensão e rescisão, mensalidade ou outras cobranças, reajuste por variação de custos. Em síntese, esta pesquisa oferece uma contribuição significativa ao campo de estudo, fornecendo base para futuras investigações e discussões sobre as NIPs no contexto das operadoras de saúde.

Palavras-Chave: Saúde suplementar. Operadora de Plano de Assistência à Saúde. Gerenciamento de Conflitos.

ABSTRACT

The Preliminary Mediation Notification (NIP) was developed by ANS to mediate conflicts between health insurance operators and beneficiaries, ensuring assistance in the private sector. The NIP and its Resolution Rate (TR) are crucial for both beneficiaries and operators, as they can serve as a basis for evaluating service and improving internal processes. Thus, the general objective of this study is to investigate the causality and resolution of NIPs directed at the Unimed system operators in Santa Catarina, between October 2017 and October 2022. The specific objectives include: characterizing the Unimed operators based in Santa Catarina with data from ANS dynamic indicators, extracting the number of care-related and non-care-related NIPs by theme and sub-theme, and verifying the TR of these NIPs by theme and sub-theme. The study consists of applied research, and the methodology adopted was descriptive, quantitative, and documentary in nature, using public data based on ANS indicators and institutional websites of the operators. Fifteen Unimeds were identified in the studied state, and these were used for the analysis of the NIPs, resulting in 77.4% care-related and 22.6% non-care-related NIPs. The sub-themes with the most notifications among care-related demands were: management and access rules for care, followed by the list of procedures, and for non-care-related demands: suspension and termination, monthly fees or other charges, and adjustments due to cost variations. In summary, this research provides a significant contribution to the field of study, offering a basis for future investigations and discussions on NIPs in the context of health insurance operators.

Keywords: Supplemental Health. Insurance, Health. Conflict Resolution.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Modalidade de atuação e Resolução Normativa/Lei correspondente.....	13
Quadro 2: Isenção do cumprimento de carências.....	16
Quadro 3: Canais de comunicação ANS.....	20
Quadro 4: O que a NIP representa.....	22
Quadro 5: Prazos e divisões NIP.....	23
Quadro 6: Princípios cooperativismo na Constituição Federal de 1988.....	25
Quadro 7: Unimeds sediadas em Santa Catarina e respectivos sites institucionais..	29
Quadro 8: Coleta de dados.....	31
Quadro 9: Operadoras Unimed de pequeno porte do estado de Santa Catarina.....	35
Quadro 10: Operadoras Unimed de médio porte do estado de Santa Catarina.....	36
Quadro 11: Operadoras Unimed de grande porte do estado de Santa Catarina.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

TR - Taxa de Resolutividade

NIP - Notificação de Intermediação preliminar

UF - Unidade Federativa

SUS - Sistema Único de Saúde

CF - Constituição Federal

RN - Resolução Normativa

DLP - Doenças ou Lesões Preexistentes

CPT - Cobertura Parcial Temporária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
1.1 Contextualização.....	5
1.2 Justificativa.....	7
1.3 Definição do problema.....	8
1.4 Objetivos.....	8
1.4.1 Objetivo geral.....	8
1.4.2 Objetivo específico.....	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
2.1 A saúde suplementar no Brasil.....	10
2.2 Principais características da regulamentação da saúde suplementar....	14
2.2.1 Cobertura assistencial e condições de acesso.....	14
2.2.1.1 Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.....	15
2.2.1.2 Carências contratuais.....	16
2.2.1.3 Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) e Cobertura Parcial Temporária (CPT).....	17
2.2.2 Condições de ingresso, operação e saída do setor.....	17
2.2.3 Regulação de preço.....	18
2.2.4 Fiscalização e efetividade da regulação.....	19
2.2.5 Ressarcimento ao SUS.....	19
2.2.6 Comunicação e informação.....	20
2.3 Notificações de Intermediação Preliminar (NIPs).....	21
2.3.1 Classificação das NIPs.....	22
2.3.2 Taxa de Resolutividade das NIPs.....	24
2.4 O cooperativismo médico e o Sistema Unimed.....	24
3 METODOLOGIA.....	28
3.1 Caracterização da Pesquisa.....	28
3.2 Procedimentos de coleta de dados.....	29
3.3 Análise de dados.....	32

3.4 Ética na Pesquisa.....	32
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	33
4.1 Caracterização das operadoras do sistema Unimed sediadas em Santa Catarina.....	33
4.1.1 Operadoras de pequeno porte.....	34
4.1.2 Operadoras de Médio porte.....	36
4.1.3 Operadoras de Grande porte.....	38
4.2 NIPs assistenciais e não-assistenciais dirigidas às operadoras do sistema Unimed sediadas em Santa Catarina e suas taxas de resolutividade.	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE A - NIP por Unimed.....	65
APÊNDICE B - Taxa de Resolutividade por Unimed.....	66

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O serviço privado de saúde no Brasil pode atuar de duas formas, sendo elas em caráter complementar ou suplementar ao Sistema Único de Saúde (SUS). Quando o SUS utiliza as entidades privadas para prestar assistência em saúde, por meio de contratos de direito público ou convênios, tem-se a saúde complementar. Já a assistência à saúde não vinculada ao SUS, ofertada por seguradoras e operadoras de planos privados de assistência à saúde, compõe a chamada saúde suplementar (MPCE, 2023).

A saúde suplementar no Brasil teve início na década de 1950, em decorrência de uma insatisfação com o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), sistema presente na época como forma de assistência à saúde (Aire, 2013). Adotado inicialmente pelas empresas do ramo automobilístico, no qual os funcionários eram atendidos dentro das próprias fábricas em ambulatórios (ANS, 2002).

O primeiro registro de uma empresa de convênios de saúde foi no ano de 1956, com a fundação da Policlínica Central pelo médico Juljan Czapski (1925-2010), em São Paulo (Aire, 2013). Em 1967, surgiu a primeira cooperativa médica, a Unimed Santos (Unimed Nacional, 2023). Através deste movimento iniciou-se o processo empresarial da medicina, colocando em prática as cooperativas de trabalho em saúde e o credenciamento de hospitais e laboratórios, fazendo com que houvesse uma expansão do mercado da saúde privada (ANS, 2002).

Com a ascensão do SUS, por meio da Constituição de 1988, esperava-se que a demanda do setor privado em saúde diminuísse, já que um dos princípios do SUS é a universalidade. Mas, ocorreu o inverso: o setor suplementar permaneceu crescendo continuamente, fenômeno conhecido como universalização excludente (Ocké-Reis; Andreazzi; Silveira, 2006).

Vale ressaltar que até o ano de 1998 não havia nenhum órgão regulamentador para as empresas de assistência à saúde no âmbito privado. Apenas as seguradoras que ofertavam o seguro de saúde eram submetidas à regulamentação da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP (Brasil, 2023a). Bem como, ao Código de Defesa do Consumidor (CDC), Lei nº 8078/90, que

também servia como intermédio para garantir os direitos aos beneficiários das operadoras de saúde (Pfeiffer, 2010).

Mediante este cenário, surgiram muitos conflitos entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus beneficiários (Silva; Silva, 2022). Para mudar este contexto, foi promulgada a Lei nº 9.656/98, que estabelece os critérios de regulação para as operadoras de saúde. Para que a “Lei dos Planos de Saúde”, nome no qual ficou conhecida, fosse efetiva em seus objetivos, no ano 2000, por meio da publicação da Lei nº 9.961/00 surgiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (ANS, 2021a).

A ANS tem por objetivo regular o sistema de saúde suplementar brasileiro por meio da criação de normas, fiscalização e controle, a fim de preservar a funcionalidade e interesse do Sistema Único de Saúde (ANS, 2013). Bem como, reduzir a divergência de informações entre o usuário e o prestador de serviços em saúde (ANS, 2002).

Considerando os conflitos entre os beneficiários e as operadoras de planos privados de assistência à saúde, em 2010, a ANS criou uma ferramenta de mediação de conflitos, a Notificação de Intermediação Preliminar - NIP (ANS, 2020). A NIP tem como objetivo a solução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos privados de assistência à saúde acerca de demandas assistenciais: negativas ou dificuldade de acesso aos atendimentos e procedimentos contratados, por exemplo, e não-assistenciais: como reajustes e cancelamentos de contratos (ANS, 2023a).

Em resumo, a NIP é um instrumento pré-processual que busca notificar qualquer restrição de acesso ao que se é previsto em lei no setor suplementar (ANS, 2018a). Com ela é possível diminuir os índices de judicialização da rede privada de saúde, visto que, por intermédio da ANS, procura-se um consenso entre as partes (Freire; Tostes, 2021). Para averiguar a efetividade da NIP, a ANS monitora o indicador Taxa de Resolutividade (TR), o qual considera o total de reclamações de natureza assistencial e não assistencial solucionadas por meio da NIP (ANS, 2024a).

A fim de compreender o cenário do sistema Unimed em Santa Catarina frente às NIPs, o presente trabalho visa investigar a causalidade e a resolutividade das NIPs dirigidas às operadoras do sistema Unimed em Santa Catarina, no período de outubro de 2017 a outubro de 2022, por meio de pesquisa documental.

1.2 Justificativa

A motivação da escolha deste tema de pesquisa decorreu, inicialmente, da vontade da pesquisadora em aprofundar seus conhecimentos a respeito das NIPs considerando sua atuação profissional na área de regulação de planos privados de saúde no município de Joinville/SC.

Sob a ótica acadêmica, o estudo das NIPs e respectivas TRs tem sua relevância pautada na dimensão do mercado da saúde suplementar. No ano de 2022, cerca de 50.493.061 brasileiros possuíam convênios de saúde em assistência médica, número no qual extrapolou as expectativas e resultado de anos anteriores (ANS, 2023b). Segundo dados do Censo 2022, a população brasileira neste mesmo período estava em 203 milhões de habitantes (IBGE, 2023). Ou seja, em 2022, 24,87% da população brasileira era beneficiária de planos de saúde.

Para o mesmo período, o estado de Santa Catarina apresentou um crescimento em novos vínculos com planos de saúde, totalizando em média 1,6 milhões de usuários ativos no fim deste mesmo ano (ANS, 2023b). O que representa 21,58% em Santa Catarina, baseado na população de 7.610.361 habitantes apresentada nos dados do censo IBGE do ano de 2022.

Concomitantemente, no ano de 2022, o Índice Geral de Reclamações (IGR) no Brasil foi de 18.278,4 reclamações/100 mil habitantes, valor semelhante ao de anos anteriores, enquanto, a TR das reclamações atingiram uma média de 90,6% (ANS, 2023c). Portanto, observa-se que a NIP tem uma taxa de resolutividade elevada e efetiva, sendo que essas intermediações podem impactar diretamente na satisfação do beneficiário da operadora de saúde. Bem como, servem de alerta para o gestor estar atento a possíveis falhas nos processos internos.

Deste modo, trazer à luz a NIP e a TR é fundamental tanto para os beneficiários quanto para as operadoras, as quais poderão utilizar estes dados para avaliação de processos internos, visando a melhoria do atendimento prestado. Em adição, é um conhecimento relevante para futuros gestores hospitalares que desejam atuar na saúde suplementar.

Considera-se importante compilar os dados das Unimeds de Santa Catarina pois eles podem revelar como as operadoras do ramo de cooperativa médica têm se comportado em um cenário cada vez mais competitivo, no qual a fidelização dos beneficiários por meio da qualidade dos serviços prestados é imprescindível. Ou

seja, analisar as causas das NIPs e averiguar quais possuem menor resolutividade auxilia o gestor a ter um olhar a mais para as fragilidades e dores da organização onde atua.

A delimitação da pesquisa ao sistema Unimed se deu, primeiramente, ao fato de que a marca possui 38% do mercado de planos de saúde do Brasil, 21% dos médicos brasileiros atendem beneficiários da Unimed (Unimed Nacional, 2024). Segundo, porque as Unimeds sediadas em Santa Catarina comercializam planos de abrangência municipal, regional, estadual e nacional, enquanto outras operadoras de saúde sediadas no estado comercializam apenas planos municipais e regionais.

Por exemplo, a operadora Plano de Saúde Conceição, de Tubarão, atua em 33 municípios (Plano de Saúde Conceição, 2024) e a operadora Plano de Saúde São José, de Criciúma, tem cobertura em 20 municípios de Santa Catarina (Saúde São José, 2024). Ambas atuam essencialmente na região sul do estado. O Plano de Saúde São Camilo, de Concórdia, tem sua abrangência limitada a alguns municípios da região oeste (Plano São Camilo, 2024).

O intervalo de tempo delimitado para a pesquisa foi do ano de outubro de 2017 a outubro de 2022, pois é o período mais recente e de maior quantidade de dados públicos disponíveis através de indicadores publicados no site da ANS.

1.3 Definição do problema

Qual a causalidade e a resolutividade das Notificações de Intermediação Preliminares (NIPs) dirigidas às operadoras do sistema Unimed sediadas em Santa Catarina, no período de outubro de 2017 a outubro de 2022?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Investigar a causalidade e a resolutividade das Notificações de Intermediação Preliminares (NIPs) dirigidas às operadoras do sistema Unimed sediadas em Santa Catarina, no período de outubro de 2017 a outubro de 2022, por meio de pesquisa documental.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar as operadoras do sistema Unimed sediadas em Santa Catarina que possuem dados nos indicadores dinâmicos da ANS.
2. Extrair a quantidade de NIPs assistenciais e não-assistenciais dirigidas às operadoras do sistema Unimed sediadas em Santa Catarina por tema e subtema nos indicadores dinâmicos da ANS.
3. Identificar as taxas de resolatividade das NIPs assistenciais e não-assistenciais das operadoras do sistema Unimed sediadas em Santa Catarina por tema e subtema nos indicadores dinâmicos da ANS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Buscando fornecer uma visão abrangente e aprofundada do contexto da saúde suplementar no Brasil, este referencial teórico explora sua rica história, traçando seu desenvolvimento desde o período desenvolvimentista até os dias contemporâneos. Um marco essencial desse percurso é a promulgação da Lei 9.656/1998, que estabeleceu as bases regulatórias para o setor de planos de saúde no país. Além disso, a criação das Notificações de Intermediação Preliminar (NIP) será discutida em detalhes, destacando seus conceitos e objetivos. Em paralelo, discute o papel das taxas de resolutividade de NIP como indicadores de eficácia na mediação de conflitos e na promoção dos direitos dos beneficiários das UnimedS sediadas no Estado de Santa Catarina.

2.1 A saúde suplementar no Brasil

Nos anos de 1945 a 1963 se tem o período desenvolvimentista no Brasil, com grande avanço na industrialização, especialmente na área automobilística. Com isso, a adesão aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) cresceu tanto quanto a insatisfação com esse sistema (Aire, 2013).

Os recursos dos IAPs eram direcionados principalmente para aposentadorias e pensões, ou seja, a assistência à saúde não era a prioridade do sistema (Paim, 2015, p. 23). O que incentivou o processo empresarial da medicina brasileira por meio de medicinas de grupo e cooperativas médicas (ANS, 2002), seguindo o molde norte-americano.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos se tornaram uma grande potência global. Nesta época, o sistema de saúde estadunidense já tinha como característica o individualismo, sendo a assistência à saúde de responsabilidade privada, ficando o cidadão incumbido de arcar com suas despesas em saúde. Também haviam operadoras de saúde que ofereciam serviços por meio de planos individuais e empresariais. Estes planos passaram a ser adotados pelas empresas como benefícios aos seus colaboradores (Oliveira; Covo, 2021).

O primeiro registro de uma empresa de convênios de saúde foi no ano de 1956, com a fundação da Policlínica Central pelo médico Juljan Czapski (1925 - 2010), em São Paulo (Aire, 2013). Em 1967, surgiu a primeira cooperativa médica, a

Unimed Santos (Unimed Nacional, 2023).

A ideia das cooperativas médicas era tida como contrária a aquilo que já existia, o novo modelo de prestação de assistência privada em saúde contou com o credenciamento de hospitais e laboratórios para complementar as suas redes. Diferentemente das medicinas de grupo, que investiam em modelos mais tradicionais como consultas particulares em consultórios médicos (ANS, 2002).

Com a Constituição Federal (CF) de 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (SES, 2015). Mesmo após a promulgação da CF a atuação privada na saúde continuou sendo permitida. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 199 [...] § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Brasil, 1988)

Então, o setor privado de saúde pode ser dividido em dois subsetores, sendo eles: o subsetor liberal clássico, subsetor saúde suplementar. O subsetor liberal clássico é composto por serviços e profissionais autônomos no qual os processos não estão formalizados e os clientes, a remuneração e o tratamento são estabelecidos diretamente pelo profissional (Pietrobon; Prado; Caetano, 2008). Destaca-se que, quando o SUS recorre a estas entidades privadas, estabelecendo contratos de direito público ou convênios para fornecer serviços à saúde, ocorre a saúde complementar (MPEC, 2023).

No subsetor saúde suplementar estão incluídos os seguros de saúde e as operadoras de planos privados de saúde (Pietrobon; Prado; Caetano, 2008). As seguradoras de saúde são aquelas que comercializam apólices de seguro saúde, onde o beneficiário recebe um reembolso das despesas em saúde incorridas com base nas condições contratadas na apólice e não podem atuar em outros ramos ou modalidades (Brasil, 2001a). Enquanto as operadoras de planos privados de saúde comercializam planos de saúde que contemplam aos seus beneficiários serviços de assistência ambulatorial e/ou hospitalar, realizados por meio de uma rede própria ou credenciada de prestadores de serviços (Unimed São José do Rio Preto, 2021).

As seguradoras de saúde eram controladas e fiscalizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP (SUSEP, 2022). Já a relação entre beneficiários e operadoras de planos privados de saúde, desde a sua origem até a década de 1990, era mediada de acordo com os termos do contrato, sem

acompanhamento de um órgão governamental específico. A partir da década de 1990, os beneficiários passaram a ser amparados pelo Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078/1990 (Pfeiffer, 2010).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC (2007), os planos privados de saúde contratados até 1998, possuíam cláusulas com conceitos vagos que poderiam ocasionar a não cobertura de diversos tipos de atendimentos, como doenças preexistentes ou crônicas degenerativas, além de cláusulas abusivas acerca do que é ofertado. Mediante este cenário, surgiram muitos conflitos entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e seus beneficiários (Silva; Silva, 2022).

Consequentemente, observou-se a necessidade de uma regulação específica para a saúde suplementar. A regulação é a ação governamental que utiliza regras e regulamentos para influenciar tanto o mercado de serviços de saúde quanto o sistema de saúde. Ela envolve vários mecanismos como leis, requisitos administrativos e incentivos para orientar e supervisionar o comportamento dos envolvidos na prestação de serviços de saúde (CONASS, 2011).

Então, no ano de 1998, houve a publicação da Lei nº 9.656, “Lei dos Planos de Saúde”, a qual rege e regulamenta o funcionamento da saúde suplementar brasileira, construindo as obrigações de atendimento para com os beneficiários, inviabilizando ou ao menos minimizando possíveis práticas abusivas por parte das operadoras (ANS, 2022a). Dois anos depois, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada por meio da promulgação da Lei nº 9.961/2000 (ANS, 2021a).

A ANS, busca promover o interesse público na assistência suplementar à saúde e regular as operadoras setoriais de acordo com a Lei 9656/98 e as demais legislações condizentes à regulação do setor. Bem como, preza em seus valores pela transparência; previsibilidade regulatória; compromisso com resultado; conhecimento como fundamento regulatório; sustentabilidade setorial; ética e inovação (ANS, 2013).

Estas estão sujeitas à regulamentação específica da ANS, que estabelece regras para a cobertura, qualidade dos serviços, contratos e outros aspectos relacionados aos planos de saúde (Unimed São José do Rio Preto, 2021).

As operadoras de planos privados de saúde são classificadas de acordo com a modalidade de atuação sendo elas:

Quadro 1: Modalidade de atuação e Resolução Normativa/Lei correspondente

Modelo de Gestão	Resolução Normativa / Lei Correspondente	Conceito
Administradoras de benefícios	RN nº 515, de 29 de abril de 2022	São aquelas que uma pessoa jurídica realiza a contratação de planos coletivos para ofertá-los a empresas
Autogestão	RN n.º 137, de 2006 e suas posteriores alterações	Caracterizado pela oferta de planos para um grupo fechado. Podendo ele ser destinado a funcionários e seus dependentes, a uma classe de trabalhadores, associações, entidade instituidora e/ou patrocinadora e/ou mantenedora. A autogestão pode ser subdividida em três grupos, sem mantenedor; com mantenedor; por RH
Cooperativa Médica e Cooperativa Odontológica	RN nº 531, de 02 de maio de 2022	Conjunto de pessoas jurídicas que trabalham unidas para a formação de uma operadora de saúde. Sendo formada por médicos ou dentistas, podendo ou não gerar a comercialização de planos de saúde
Filantropia	RN nº 531, de 02 de maio de 2022	Organizações que não possuem fins lucrativos, necessitando de um certificado de entidade beneficente de assistência social para esta modalidade. Os lucros obtidos são revertidos a organização e em atendimentos a comunidade
Seguradora especializada em saúde	Lei n.º 10.185, de 2001	Atuam em caráter de reembolso ao seu cliente, nos termos da Lei nº 10.185, de 2001.
Medicina em grupo e a Odontologia em grupo	RN nº 531, de 02 de maio de 2022	Categoria para as operadoras que não se enquadram nas demais modalidades previamente listadas

Fonte: Adaptado de ANS (2022c).

A seguir, o texto discorre acerca das características da regulação da saúde suplementar consonantes com a Lei 9656/98 e demais Resoluções Normativas e vieram para implementar a eficácia e eficiência do setor.

2.2 Principais características da regulamentação da saúde suplementar

Como apresentado no tópico anterior, a Lei nº9656/98 regulamenta a saúde suplementar no Brasil. Desde a sua promulgação diversos trechos desta lei já tiveram sua redação alterada por outras leis e medidas provisórias. Bem como, é complementada pelas resoluções normativas (RNs) da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e o Código de Defesa do Consumidor.

Segundo o Artigo nº35 da Lei 9656/98,

Aplicam-se as disposições desta Lei a todos os contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos consumidores com contratos anteriores, bem como àqueles com contratos celebrados entre 2 de setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto nesta Lei. (Brasil, 1998)

Assim, surgiram distinções quanto ao tipo de contrato dos planos, passando a ser taxados de novos, adaptados ou antigos.

Os novos planos de saúde,

São os planos de saúde contratados a partir de 2/1/1999, já comercializados de acordo com as regras da Lei 9.656/98 e que, portanto, devem seguir expressamente as determinações legais para prazos de carência, coberturas em situações de urgência e emergência e regras para doenças ou lesões preexistentes (ANS, p.4, 2016a).

Os planos adaptados são aqueles planos firmados antes de 02/01/1999 e que foram alterados através de aditivos contratuais em consonância às regras da Lei 9.656/98, passando a garantir ao consumidor as mesmas regras dos planos novos. Planos antigos são aqueles anteriores a 1999 e que não foram adaptados à Lei 9656/98, podendo ser classificados como planos não regulamentados (Brasil, 2022a).

Os principais aspectos da regulamentação da saúde suplementar podem ser divididos em seis dimensões, são elas: Cobertura assistencial e condições de acesso; Condições de ingresso, operação e saída do setor; Regulação de preço; Fiscalização e efetividade da regulação; Comunicação e informação; Ressarcimento ao SUS (Montone, 2003). Os quais serão discutidos na sequência.

2.2.1 Cobertura assistencial e condições de acesso

A delimitação da cobertura assistencial e condições de acesso contidas na Lei

nº 9.656/98, foram inéditas no âmbito da assistência privada em saúde já que não havia regulamentações de saúde parecidas existentes no mundo (Montone, 2003).

Quanto à cobertura assistencial, foi estipulado o plano-referência.

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto: I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental. (Brasil, Art.10, 2001b).

A oferta pode ser feita de forma segmentada, sendo as possíveis as seguintes combinações (ANS, 2021b):

- Ambulatorial;
- Hospitalar sem obstetrícia;
- Hospitalar com obstetrícia;
- Odontológico;
- Ambulatorial + Odontológico;
- Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia;
- Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia;
- Odontológico + Hospitalar com obstetrícia;
- Odontológico + Hospitalar sem obstetrícia;
- Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico;
- Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia + Odontológico.

2.2.1.1 Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde

O Rol de procedimentos e eventos em saúde é um conjunto de coberturas assistenciais que os planos de saúde são obrigados a oferecer aos beneficiários. Essa lista, estabelecida pela ANS, define os serviços médicos, exames, tratamentos e demais procedimentos médico-hospitalares que devem ser assegurados aos beneficiários dos planos de saúde, considerando as diferentes modalidades de cobertura (ANS, 2023d).

A principal finalidade do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é garantir um padrão mínimo de assistência aos beneficiários dos planos de saúde, assegurando-lhes acesso a serviços de saúde essenciais. A legislação estabelece

que a lista seja revisada periodicamente, a fim de acompanhar os avanços da medicina e a evolução das necessidades da população. Além disso, a Lei 9.656/98 também prevê mecanismos para que o consumidor possa recorrer a serviços não inclusos no Rol, mediante justificativa médica (ANS, 2023d).

É importante observar que existindo diferentes tipos de contratos e coberturas dos planos, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é um elemento-chave na regulamentação desse setor, garantindo a proteção do consumidor e a padronização dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos de saúde (ANS, 2023d).

2.2.1.2 Carências contratuais

As carências são períodos de espera estabelecidos nos contratos de planos de saúde durante os quais o beneficiário não tem direito a determinadas coberturas ou procedimentos. A Lei 9.656/98 prevê três tipos de carências: a carência para consultas e procedimentos, a carência para internações e cirurgias e a carência para partos. A ANS estabelece os prazos máximos que as operadoras podem exigir, que variam de acordo com o tipo de procedimento. Esses prazos podem ser reduzidos se o beneficiário já tiver cumprido carência em outro plano de saúde (ANS, 2016b).

Quadro 2: Isenção do cumprimento de carências

Contrato Individual	É permitida a exigência de cumprimento de prazo de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.		
Contrato Coletivo	Empresarial	50 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência.
		Menos de 50 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos prazos máximos estabelecidos pela lei.
	Por adesão	É permitida a exigência de carência, independentemente do número de participantes, nos prazos máximos estabelecidos pela lei.	

Fonte: ANS (2016b).

Os prazos máximos de carência estabelecidos na legislação são: Urgência e emergência - 24 horas; Parto a termo - 300 dias; Demais casos (consultas, exames, internações, cirurgias) - 180 dias (ANS, 2016b).

2.2.1.3 Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) e Cobertura Parcial Temporária (CPT)

Cobertura Parcial Temporária (CPT) e Doença ou Lesão Preexistente (DLP) são conceitos importantes no âmbito dos planos de saúde regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e especificamente definidos na Resolução Normativa 558 de 2022.

A CPT se refere a uma condição em que o beneficiário, ao adquirir um plano de saúde, tem direito à cobertura, mas com restrições temporárias para determinadas doenças ou lesões preexistentes. Isso significa que, durante um período preestabelecido (normalmente, 24 meses a partir da data de início do contrato), a operadora de saúde pode impor restrições quanto à cobertura dessas condições (Brasil, 2022b).

Por outro lado, a DLP engloba as condições de saúde que o beneficiário já possui antes de aderir ao plano, e a RN 558 determina que a operadora não pode impor CPT para essas condições. No entanto, é essencial que o beneficiário informe todas as suas DLPs durante a contratação do plano, a fim de garantir uma relação transparente e justa entre as partes envolvidas, estabelecendo a cobertura adequada para essas condições prévias. Essas regulamentações buscam assegurar a proteção dos consumidores e a garantia de acesso aos cuidados de saúde, evitando práticas discriminatórias (Unimed Florianópolis, 2020).

Caso o beneficiário esteja cumprindo alguma CPT ou DLP, ele pode optar pelo modelo do agravo, sendo ele:

Um acréscimo no valor da mensalidade para que o consumidor tenha direito integral à cobertura do plano de saúde contratado, inclusive para a DLP declarada. Ele se dá por livre negociação entre a operadora e o beneficiário e deve ser regido por Aditivo Contratual específico, no qual deve ser especificado o percentual ou valor e o período de vigência do agravo (Unimed Florianópolis, 2020).

2.2.2 Condições de ingresso, operação e saída do setor

Sendo a ANS responsável pelas condições de ingresso, operação e saída do setor foram estabelecidos regulamentos que visem garantir a questão econômico-financeira a fim de preservar a segurança do contratante (ANS, 2002)

Para isto, os seguintes avanços ocorreram: Registro de operadoras por meio

da ANS; Plano de Contas Padrão e Publicação de Balanços; Regras para Garantias e Provisões Técnicas; Transferência de Carteira; Transferência de Controle (acionário/societário); Regimes Especiais (Direção Fiscal e Técnica, Liquidação Extrajudicial) e falência; Cancelamento de Registro (Montone, 2003).

No que diz respeito ao registro de produtos segunda lei, seguros e planos ofertados pelas operadoras de saúde, devem agora ser registrados na ANS previamente, para que o produto possa ser comercializado. Tendo a prestadora o prazo de 180 dias, após o registro, para a comercialização deste plano, caso contrário pode-se considerar cancelada a autorização de funcionamento (Brasil, 1998).

2.2.3 Regulação de preço

Os planos de saúde no Brasil estão sujeitos a diferentes tipos de reajustes, regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O reajuste anual ocorre uma vez por ano, na data de aniversário do contrato do plano de saúde. A ANS define um percentual máximo de aumento que as operadoras podem aplicar nesse tipo de reajuste. Esse limite é calculado com base na variação dos custos médicos e hospitalares no setor de saúde suplementar, com o objetivo de controlar o aumento dos custos dos planos de saúde e proteger os consumidores (IDEC, 2011).

O reajuste por faixa etária está relacionado à idade do beneficiário. À medida que as pessoas envelhecem, o risco de utilização dos serviços de saúde tende a aumentar, e as operadoras têm permissão para aplicar reajustes específicos com base na idade do beneficiário. A ANS estabelece limites para esse tipo de reajuste, com um valor máximo para a última faixa etária, garantindo que os aumentos não sejam excessivos (IDEC, 2011)

O reajuste por sinistralidade é aplicado quando os gastos com despesas ambulatoriais e hospitalares de um determinado grupo de beneficiários ultrapassam um limite pré-estabelecido. Nesse caso, as operadoras podem solicitar à ANS a autorização para aplicar um reajuste adicional (IDEC, 2011)

A ANS monitora e regula esses reajustes para proteger os direitos dos consumidores, garantindo que os aumentos sejam razoáveis e que o acesso aos planos de saúde seja assegurado. Os beneficiários devem estar atentos às

informações fornecidas pelas operadoras e aos seus direitos em relação aos reajustes, conforme estabelecidos pelas regulamentações da ANS (ANS, 2021c).

2.2.4 Fiscalização e efetividade da regulação

A ANS desempenha um papel central na fiscalização de planos de saúde, dividindo suas atividades em fiscalização direta e indireta. A fiscalização direta envolve a apuração de denúncias e representações, bem como inspeções preventivas e programadas nas operadoras. As multas aplicadas são publicadas no Diário Oficial da União para maior transparência, embora sua finalidade principal seja dissuadir infrações e não garantir a reparação de danos individuais aos usuários, que deve ser buscada no Poder Judiciário (Montone, 2003).

A fiscalização indireta é realizada através do monitoramento contínuo das operadoras com base em dados periódicos, incluindo informações econômicas, assistenciais e cadastrais, bem como a análise de reclamações e multas. Essas práticas, regulamentadas pelo setor, têm um impacto protetor geral sobre todos os usuários das operadoras (Montone, 2003).

2.2.5 Ressarcimento ao SUS

O ressarcimento ao SUS, previsto no artigo 32 da Lei 9.656/98, é uma medida que busca promover a justa repartição de custos na prestação de serviços de saúde no Brasil. Ele estabelece a responsabilidade das operadoras de planos de saúde em reembolsar o SUS quando seus beneficiários utilizam os serviços públicos em situações cobertas por seus contratos. Isso evita que os usuários recorram ao sistema público de saúde, mesmo quando já possuem assistência privada, garantindo a eficiência na destinação de recursos (ANS, 2018b).

A determinação do ressarcimento é realizada com base em uma tabela de valores estabelecida pela ANS, refletindo os custos reais dos procedimentos realizados. Esse mecanismo é imprescindível para a manutenção da sustentabilidade financeira do SUS, que enfrenta demandas crescentes e orçamentos limitados. Além disso, o ressarcimento desestimula o mau uso dos serviços de saúde, incentivando os beneficiários a utilizar suas coberturas privadas de forma adequada e eficaz (ANS, 2018b).

A ANS desempenha um papel central na regulamentação e fiscalização do Ressarcimento ao SUS, assegurando que as operadoras cumpram suas obrigações legais. Isso garante que o sistema de saúde suplementar opere de forma mais equitativa e alinhada com as necessidades da população, evitando sobrecarga para o sistema público e promovendo a transparência nas relações entre os setores público e privado na saúde brasileira (ANS, 2018b).

2.2.6 Comunicação e informação

A Agência possui canais de consulta, dados públicos e atendimento para prestadores, contratantes, operadoras e ao consumidor. No que diz respeito a estes meios, têm-se os de principal utilização.

Quadro 3: Canais de comunicação ANS

	Onde acessar:	Dispõe sobre:
Site ANS	https://www.gov.br/ans/pt-br	Canal no qual estão concentrados todos os serviços disponíveis da ANS
Disque ANS	0800 701 9656	Atendimento ao Público através do contato telefônico
Legislação	https://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao	Consulta de toda Legislação que diz respeito a regulamentação exercida pela agência
Dados e indicadores do setor	https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor	Demandas de beneficiários de planos de saúde, como: Dados absolutos de Demandas de Reclamação NIP Taxa de Resolutividade
Guia de planos de saúde	https://www.ans.gov.br/gpw-beneficiario/	Pesquisa de planos disponíveis no mercado para contratação ou troca via portabilidade de carências
Canais de atendimento ao consumidor	https://www.gov.br/ans/pt-br/canais_atendimento/canais-de-atendimento-ao-consumidor	Para tirar dúvidas ou registrar reclamações sobre um plano de saúde

Fonte: A autora (2023).

No site da Agência há diversos outros meios para consultas e para adquirir informações e notícias.

2.3 Notificações de Intermediação Preliminar (NIPs)

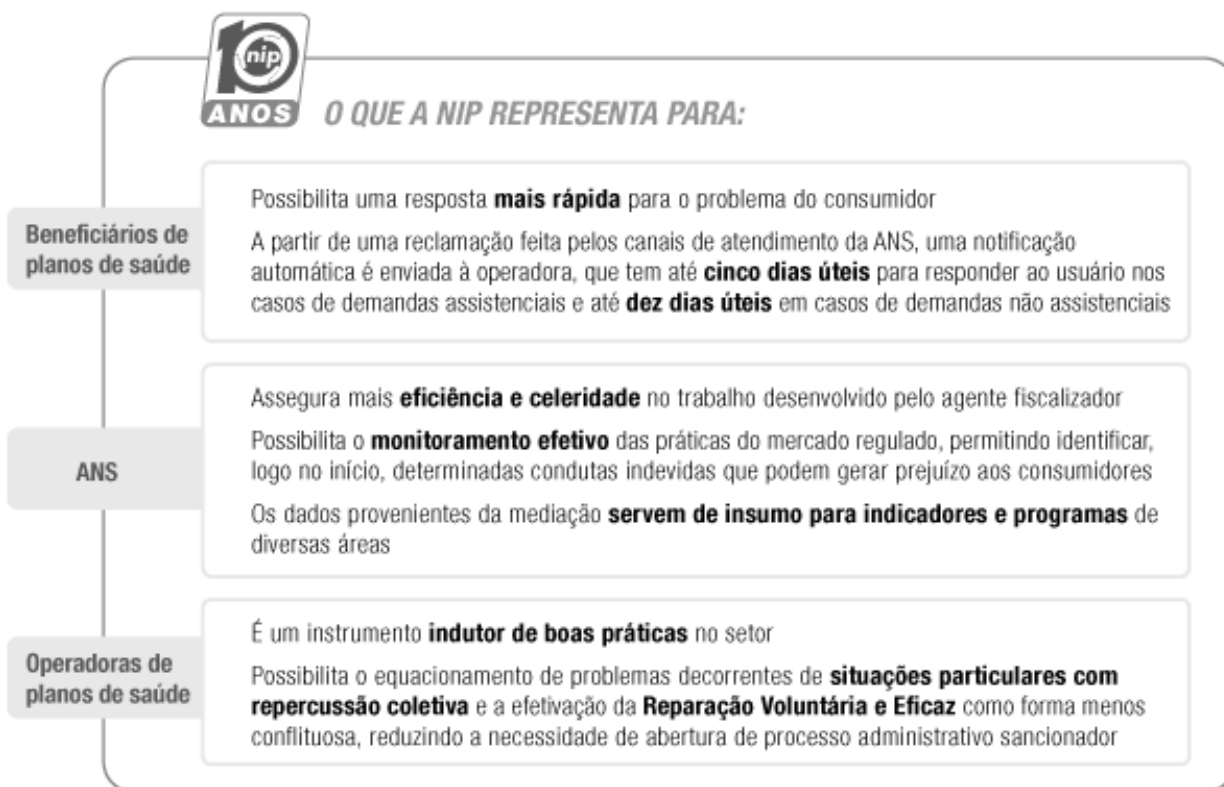
As Notificações de Intermediação Preliminar (NIPs) são um mecanismo regulatório fundamental no contexto dos planos de saúde no Brasil. As NIPs são um instrumento estabelecido pela ANS, um elemento pré-processual, para a resolução ágil de conflitos entre beneficiários de planos de saúde e operadoras. Elas são definidas como uma etapa inicial do processo de mediação, permitindo que os beneficiários submetam suas queixas à ANS quando enfrentam problemas não resolvidos de maneira satisfatória pelas operadoras. As NIPs têm o propósito de acelerar a busca por soluções, promovendo a satisfação dos beneficiários e incentivando a transparência nas relações contratuais, tornando-se um mecanismo vital na proteção dos direitos dos consumidores no setor de saúde suplementar (Freire; Tostes, 2021).

As NIPs surgiram de forma experimental no ano de 2008, quando algumas operadoras selecionadas fizeram parte da experimentação. E, foram implementadas por meio da RN n° 226, em 2010, atuando de forma optativa para as operadoras de saúde e limitando-se aos assuntos relacionados a negativas de cobertura assistencial. Nesta época a ferramenta foi nomeada como Notificação de Investigação Preliminar (Freire; Tostes, 2021).

Em 2013, com a publicação da RN n°343, as NIPs passaram a abranger todos os tipos de reclamações de beneficiários e a ter caráter obrigatório a todas as operadoras de saúde. Esta resolução normativa, também, alterou o nome da ferramenta para Notificação de Intermediação Preliminar. (Brasil, 2013). Se tratando de uma medida pré-processual, se faz necessário que o beneficiário já tenha tentado contato e solução previamente com a operadora, em caso de não solução o beneficiário recorrer a esta medida de terceira instância.

O Quadro 4 discorre sobre a representação da NIP para o beneficiário, ANS e para a operadora de saúde.

Quadro 4: O que a NIP representa



Fonte: ANS (2020).

Para que o beneficiário registre uma NIP na ANS o primeiro contato pode ser feito através do portal institucional (<https://www.gov.br/ans/pt-br/>), na aba Canais de Atendimento ao Consumidor, por meio do formulário eletrônico, presencialmente ou por telefone, através do Disque ANS (0800 701 9656). Após a notificação ser registrada no sistema, a demanda é encaminhada via portal da operadora, para que a responsável realize as tratativas da reclamação/inconformidade (ANS, 2018a).

A NIP não é apenas vista como uma intermediadora de conflitos pelas operadoras, mas também como uma possível perda financeira. A agência realiza a fiscalização das notificações, com isso, ao identificar irregularidades poderá iniciar um processo administrativo para com a operadora, no qual sendo comprovado o descumprimento das leis vigentes a operadora poderá ser multada de acordo com a RN nº489/2022.

2.3.1 Classificação das NIPs

As NIPs são divididas em duas classes, sendo elas: assistenciais e não

assistenciais. As NIPs assistenciais contemplam todas reclamações que envolvem diretamente a prestação de serviços assistenciais, sendo o seu tema relacionado a cobertura contratual, podendo ser subdividido em: Gerenciamento (Mecanismos assistenciais de regulação); Prazo; Reembolso; Rol; Rede.

Por outro lado, as NIPs não assistenciais se relacionam com causas que não envolvem a assistência, mas que afetam o beneficiário de forma que o prejudique em seus direitos. Sendo dividida em dois grandes tópicos e seus respectivos subtópicos. Contratos e Regulamentos: Adaptação ou Migração Contratual; Aposentados, Demitidos e Exonerados; Contratação/Adesão e Vigência Contratual; Documentos de entrega obrigatória; Gerenciamento (Mecanismos Financeiros de regulação); Inclusão de dependentes; Itens obrigatórios e cláusulas contratuais; Portabilidade; Suspensão e Rescisão. Mensalidade e Reajuste: Mensalidade ou outras cobranças; Reajuste de Faixa etária; Reajuste por sinistralidade; Reajuste por variação de custos. (ANS, 2023a).

Quadro 5: Prazos e divisões NIP

-	Assistencial	Não Assistencial
Prazo resposta ANS	10 dias úteis	
Prazo Resposta Cliente	5 dias úteis	10 dias úteis
Cobertura contratual	Gerenciamento (Mecanismos assistenciais de regulação); Prazo; Reembolso; Rol; Rede	-
Contratos e Regulamentos	-	Adaptação ou Migração Contratual; Aposentados, Demitidos e Exonerados; Contratação/Adesão e Vigência Contratual; Documentos de entrega obrigatória; Gerenciamento (Mecanismos Financeiros de regulação); Inclusão de dependentes; Itens obrigatórios e cláusulas contratuais; Portabilidade; Suspensão e Rescisão
Mensalidade e Reajuste	-	Mensalidade ou outras cobranças; Reajuste de Faixa etária; Reajuste por sinistralidade; Reajuste por variação de custos

Fonte: A autora (2023).

Conforme o Quadro 4, quanto aos prazos de resposta da operadora, tem-se que para demandas assistenciais o parecer ao beneficiário deve ser realizado em 5 dias úteis e o retorno à ANS em 10 dias úteis. Já para demandas não assistenciais, o prazo de resposta é de 10 dias úteis para ambos, beneficiário e ANS (ANS, 2018a).

2.3.2 Taxa de Resolutividade das NIPs

A Taxa de Resolutividade (TR) de NIP é um indicador que mede a eficácia da resolução de conflitos entre beneficiários de planos de saúde e operadoras. Ela representa a proporção de NIPs que foram efetivamente resolvidas ou encaminhadas para instâncias adequadas, em relação ao total de NIPs registradas (ANS, 2022b). O seu cálculo é realizado da seguinte forma:

Figura 1: Cálculo Taxa de Resolutividade

$$TR = \frac{\text{Soma de demandas NIP do período analisado classificadas como Inativa, NP ou RVE}}{\text{Soma de demandas NIP do período analisado classificadas como Inativa, NP, RVE, ou Núcleo no mês/ano}} \times 100$$

Fonte: ANS (2024a).

Quando a taxa de resolutividade da NIP é alta, significa que a maioria dos conflitos é solucionada de forma satisfatória através desse processo inicial de mediação. Isso pode refletir um bom relacionamento entre beneficiários e operadoras, além de um sistema eficaz de resolução de disputas (ANS, 2022b).

No entanto, se a taxa de resolutividade for baixa, isso pode indicar que muitos conflitos não foram solucionados nesse estágio, possivelmente exigindo ações adicionais ou recorrendo a outras instâncias de resolução de disputas. É importante para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e para o setor de saúde suplementar monitorar e melhorar essas taxas para garantir que os beneficiários recebam a assistência adequada e o atendimento de qualidade que esperam de seus planos de saúde (ANS, 2022b).

Além da disponibilização das taxas de resolutividade e do índice de reclamação, a Agência tem em seus indicadores relacionados a demandas NIP. Por meio deste é possível visualizar as notificações por unidade federativa (UF), histórico desde 2015, ranking das operadoras por meio de dados absolutos, visão

geral da operadora por tema e subtema, já listados no quadro 4 deste artigo (ANS, 2024b).

2.4 O cooperativismo médico e o Sistema Unimed

O cooperativismo que se conhece hoje foi iniciado no processo de industrialização europeu, no qual as classes de minorias e operárias uniram-se em prol de uma nova realidade e senso de futuro (Borges; Adão; Almeida, 2003). A Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale em Manchester na Inglaterra, em 1884, é considerada como pioneira no ramo das cooperativas, no qual seu produto era derivado da tecelagem (Sales, 2010).

O cooperativismo veio para contrapor as desigualdades provocadas pela livre concorrência e exploração de mão-de-obra, hoje o que se vê é o cooperativismo como forma de inclusão social, ou grupo de pequenos se torna grande quando formam uma cooperativa e a cooperativa concorre no mercado com as grandes corporações (Sales, 2010).

Com a finalidade de melhor visualizar a relação entre os princípios do cooperativismo e a constituição federal brasileira de 1988, o Quadro 6 traz a explicação do princípio estabelecido com o artigo relacionado da CF.

Quadro 6: Princípios cooperativismo na Constituição Federal de 1988

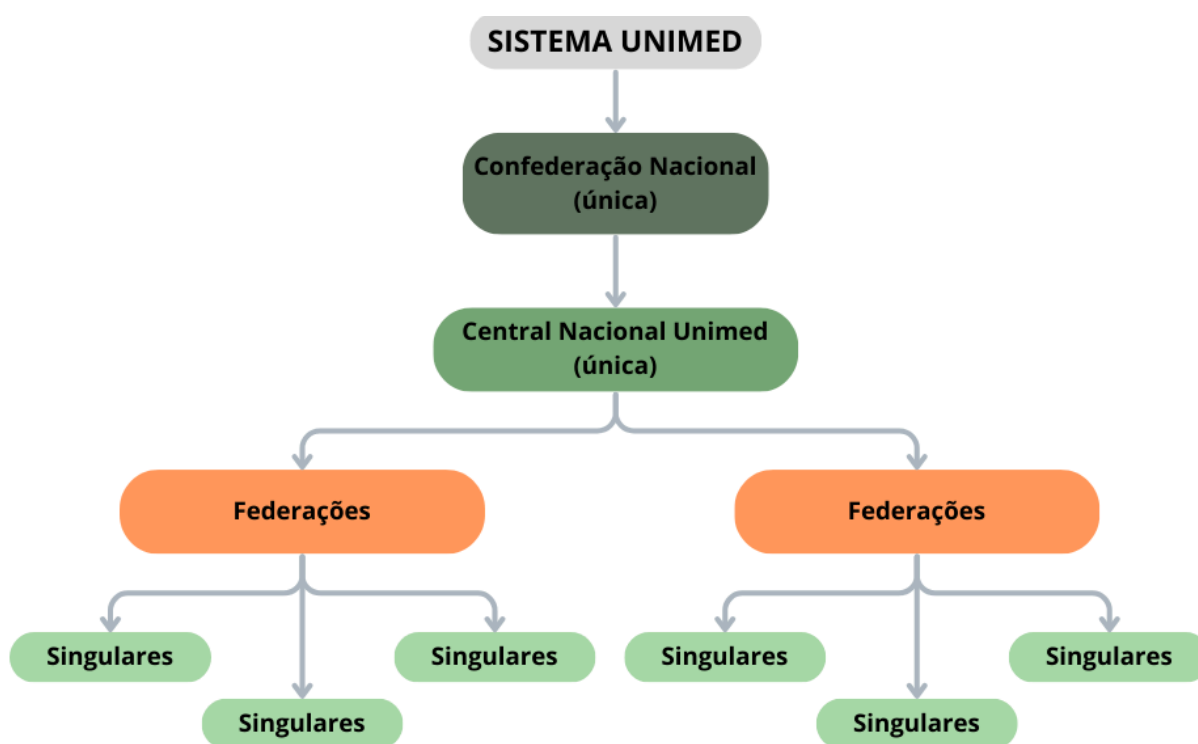
Princípio Cooperativismo	Constituição Brasileira de 1988
Adesão Voluntária e Livre	Art.5, Inciso XX "ninguém poderá ser compelido a associar-se ou a permanecer associado" (Brasil, 1988).
Gestão Democrática pelos membros	Art. 5, Inciso XIX "as associações só poderão ser compulsoriamente dissolvidas ou ter suas atividades suspensas por decisão judicial, exigindo-se, no primeiro caso, o trânsito em julgado" (Brasil, 1988).
Autonomia e Independência	Art. 5, Inciso XVIII "a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento" (Brasil, 1988).
Educação, Formação e Informação	Art. 205 "A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho" (Brasil, 1988).
Indiscriminação política e religiosa	Art. 5, Inciso VIII "ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei" (Brasil, 1988).

Fonte: A autora (2024).

Como fundamentos do modelo cooperativista tem-se a solidariedade, a democracia, a economia, a liberdade, a equidade, o altruísmo e o progresso social (Borges; Adão; Almeida, 2003). Foi no ano de 1948, com o Congresso de Praga que os princípios do cooperativismo foram atualizados. Estes, são respeitados também pela própria Constituição Federal Brasileira de 1988.

A estrutura organizacional da Unimed é classificada em quatro níveis, atendendo o disposto na Lei 5.764/1971, conforme o apresentado na figura 2.

Figura 2: Estrutura Sistema Unimed



Fonte: Adaptado de Unimed Institucional, 2024.

As singulares Unimed são as cooperativas que prestam serviços diretamente aos seus beneficiários, conforme previsto no no artigo 7º da Lei 5.764/1971. Assim, singulares Unimed atuam em uma área específica, podendo comercializar planos em diferentes abrangências e não somente em sua área de ação. Desta forma é possível que o beneficiário da operadora não resida na área de ação ou até mesmo no estado da operadora, desde que o plano contratado tenha abrangência para a região em que mora o beneficiário (Unimed Institucional, 2024).

As federações buscam orientar e monitorar as singulares, bem como, representar a sua visão político-institucional. Ainda, as federações comercializam

planos de saúde e prestam serviços aos seus beneficiários. Já a Central Nacional é constituída tanto das federações quanto das singulares e destinam-se a observar as normas de comercialização e atividade das suas associadas (Unimed Institucional, 2024).

Sobre as federações e as cooperativas centrais, a Lei 5.764/1971 no seu artigo 8º esclarece que:

As cooperativas centrais e federações de cooperativas objetivam organizar, em comum e em maior escala, os serviços econômicos e assistenciais de interesse das filiadas, integrando e orientando suas atividades, bem como facilitando a utilização recíproca dos serviços (Brasil, 1971).

A confederação visa em representar a marca em todo território nacional bem como orientar e coordenar as atividades das Federações e da Central Nacional (Unimed Institucional, 2024). O artigo 9º da Lei 5.764/1971, prevê que:

As confederações de cooperativas têm por objetivo orientar e coordenar as atividades das filiadas, nos casos em que o vulto dos empreendimentos transcender o âmbito de capacidade ou conveniência de atuação das centrais e federações (Brasil, 1971)

A respeito da organização e da funcionalidade do sistema Unimed, Duarte (2001) aponta que:

O fato de ser uma organização do tipo cooperativa – de estrutura, por definição, descentralizada – intensifica certas características da organização profissional. No sistema UNIMED, as singulares dispõem de expressiva autonomia, e os profissionais que nelas atuam detêm um grande controle sobre seu processo de trabalho. Assim, a concentração do poder nas mãos do médico é potencializada, crescendo-se à autoridade própria da natureza profissional, aquela decorrente da qualidade de cooperado (Duarte, p. 1006, 2001).

Diante do exposto neste referencial teórico, a pesquisa buscou analisar dentro do universo do sistema Unimed a prevalência das Notificações de Intermediação Preliminares de acordo com o seu subtemas, a Taxa de resolutividade envolvendo as NIPs e qual subtemas obteve menor resolutividade no período.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da Pesquisa

No que diz respeito à natureza da pesquisa, este trabalho pode ser classificado como aplicado, visto que a pesquisa aplicada trabalha com conceitos e assuntos previamente estudados, buscando um novo olhar ou aperfeiçoamento do tema. Ela “objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais.” (Silveira e Córdova, 2023, p.35).

Acerca da abordagem da pesquisa, classifica-se como quantitativa, já que o projeto visa quantificar e classificar os dados obtidos para que seja de melhor compreensão do leitor.

A pesquisa quantitativa lida com fatos, caracteriza-se por sua objetividade e pela obtenção dos resultados em números, utilizando conhecimentos e instrumentos estatísticos desde a coleta até o tratamento dos dados. Este tipo de estudo prima pela precisão dos resultados, a fim de evitar vieses de análises e interpretações. Permite, portanto, mensurar relações entre as variáveis e causalidade entre fenômenos, a fim de garantir confiabilidade à investigação (Santos; Nascimento, 2021, p.17).

A pesquisa pode ser caracterizada como descritiva, visto que busca elencar os dados obtidos e analisar os seus resultados.

A pesquisa descritiva busca descrever os componentes dos dados, observar, registrar, analisar, ordenar, classificar, explicar e interpretar sejam fatos de uma população ou fenômeno, que ocorre é que estão sendo pesquisados, proporcionando uma nova visão do problema, sem que o pesquisador possa interferir nesses dados (Santos; Nascimento, p.20, 2021).

Sendo considerada uma pesquisa documental, em virtude de utilizar documentos para sua elaboração. Documentos de acesso público que podem ser classificados como de segunda mão, pois já foram obtidos por meio de outras fontes anteriormente. “Os de segunda mão são os que de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas [...]” (Gil, 2008, p.51).

Quanto à delimitação temporal do estudo é classificada como transversal, sendo que há uma delimitação em anos que será utilizada para a pesquisa e uma população específica, neste caso, beneficiário das Unimeds Estado de Santa

Catarina (Santos; Nascimento, p.18, 2021).

3.2 Procedimentos de coleta de dados

Para a coleta de dados não foi necessária a autorização do comitê de ética, visto que são dados de caráter público, disponibilizados na internet pela ANS e por cada uma das Unimeds estudadas. Sendo assim, a coleta de dados foi realizada em duas etapas.

Quadro 7: Unimeds sediadas em Santa Catarina e respectivos sites institucionais

OPERADORA	SITE INSTITUCIONAL
Unimed Extremo Oeste Catarinense	https://www.unimed.coop.br/site/web/extremooeste/quem-somos
Unimed Caçador	https://www.unimed.coop.br/site/web/cacador/a-unimed
Unimed Alto Vale	https://www.unimed.coop.br/site/web/altovale/unimed/sobre-a-unimed-alto-vale
Unimed de Brusque	https://www.unimed.coop.br/site/web/brusque/sobre-a-unimed-brusque
Unimed Lages	https://www.unimed.coop.br/site/web/lages/quem-somos
Unimed Meio Oeste - SC	https://www.unimed.coop.br/site/web/meiooestesc/conhe%C3%A7a-nossa-planos https://www.unimed.coop.br/site/web/meiooestesc/quem-somos
Unimed Planalto Norte	https://www.unimed.coop.br/site/web/planaltonorte/hist%C3%B3ria-unimed1
Unimed Tubarão	https://unimedtubarao.com.br/sobre-a-unimed-tubarao/
Unimed Chapecó	https://www.unimed.coop.br/site/web/chapeco/identidade-organizacional-diretoria-conselho
Unimed Litoral	https://site.unimedlitoral.com.br/planos/ https://site.unimedlitoral.com.br/linha-do-tempo-na-unimed-litoral/
Unimed de Criciúma	https://www.unimedcriciuma.com.br/a-unimed/ https://www.unimedcriciuma.com.br/planos/
Unimed de Joinville	https://unimed.coop.br/site/web/joinville/quemsomos
Unimed Blumenau	https://www.unimed.coop.br/site/web/blumenau/sobre-a-unimed
Unimed Santa Catarina	https://www.unimed.coop.br/site/web/santacatarina/nossa-historia
Unimed Grande Florianópolis	https://www.unimed.coop.br/site/web/florianopolis/quem-somos

Fonte: A autora (2024).

Primeiramente, foi feito um levantamento das Unimeds sediadas em Santa Catarina. Este dado está disponível no site institucional da Unimed Federação do

Estado de Santa Catarina. Foram localizadas 15 operadoras no total, sendo elas 14 Singulares e uma Federação atuante no estado de Santa Catarina, as quais estão descritas no Quadro 7.

Para caracterização individual, foi realizada uma busca nos sites institucionais de cada uma das 14 singulares e da Unimed Federação identificada. O Quadro 7 contém os *links* dos *sites* institucionais utilizados para a pesquisa. As variáveis colhidas de cada operadora foram: nome, município sede, data de fundação, número de médicos cooperados, código de registro na ANS, a área de atuação, diferenciais.

O número de beneficiários de cada Unimed foi obtido na ferramenta de Power BI (Business Intelligence) da ANS denominado Relatório de demanda NIP. Na sexta página da ferramenta foi aplicado um filtro para cada uma das operadoras desejadas considerando o período estudado, neste caso, de outubro de 2017 a outubro de 2022.

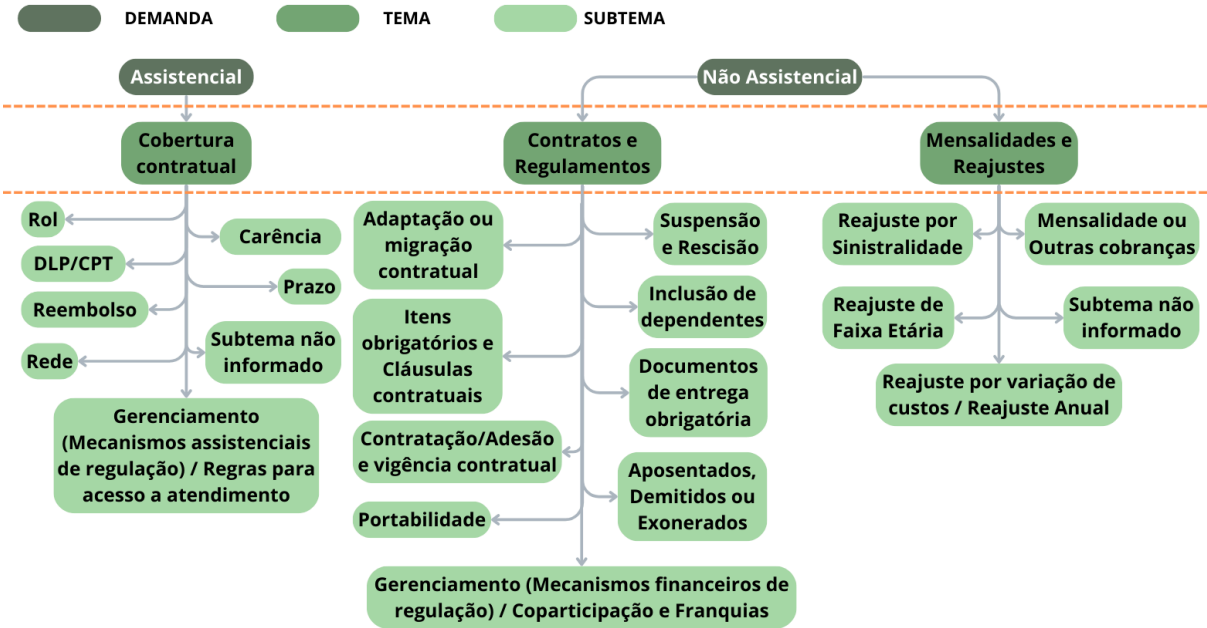
A partir do número de beneficiários, foi definido o porte das operadoras. De acordo com a RN nº 518 de 2022, as operadoras de pequeno porte são aquelas que possuem até 19.999 beneficiários, as de médio porte possuem de 20.000 a 99.999 beneficiários e as operadoras de grande porte possuem 100.000 ou mais beneficiários (Brasil, 2022c).

Para que se cumpra a coleta de dados proposta, a fim de extrair a quantidade de NIPs e Identificar as Taxas de Resolutividade, os dados foram obtidos por meio dos Power BIs denominados “Relatório de Demanda NIP” e “Taxa de Resolutividade”, ambos disponibilizados pela ANS. Os dados dos Power BIs da ANS são considerados dados secundários, pois, conforme Marconi e Lakatos (2021), foram recolhidos de outros investigadores, ou seja, a ANS.

No Relatório de demanda NIP foram coletados os números absolutos das demandas assistenciais e não assistenciais por tema e subtema de cada operadora.

A figura 3 da presente pesquisa, busca exemplificar os temas e subtemas das NIPs.

Figura 3 - Demandas assistenciais e não assistenciais por tema e subtema



Fonte: A autora (2024).

No indicador Taxa de Resolutividade foram observados as mesmas demandas, temas e subtemas retratados na figura 3, sendo os valores expressos em percentuais. O Quadro 9 resume as variáveis obtidas em cada um dos indicadores analisados, bem como o *link* de acesso de cada Power BI.

Quadro 8: Coleta de dados

Power BI	Variáveis	Mensuração	Link
Relatório de Demanda NIP	NIP por demanda assistencial e não-assistencial	Número absoluto	https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNTdmZTY1OWEtYmY5ZC00M2NjLTkyN2YtOTQ4NjA5NTZIMTZkIiwidCI6IjlkYmE0ODBiLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9
	NIP por tema e subtema		
Taxa de resolutividade	TR por por tema e subtema	Percentual	https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNzczNzgzMTUtZGFkOC00OTIzLWI3NzgtNjM1ZjMzMmVjYjAyIiwidCI6IjlkYmE0ODBiLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9

Fonte: A autora (2023).

3.3 Análise de dados

Após a coleta, os dados foram tabulados no aplicativo Google Planilhas e foram analisados com a utilização de métodos de estatística descritiva (média; comparação de frequências e porcentagem). O resultado destas tabelas pode ser encontrado na íntegra nos apêndices A e B deste projeto, ademais a fase quarta de análise e discussão de resultados discute os principais destaques desta busca.

Com isso, para melhor apresentação dos dados, foram elaborados tabelas, quadros, gráficos e outras figuras por meio da plataforma de design gráfico Canva®. Por fim, foram analisados à luz da literatura.

3.4 Ética na Pesquisa

Conforme a Resolução 510 de 07 de abril de 2016, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), esta modalidade de pesquisa fica dispensada de aplicação ao comitê de ética e submissão a Plataforma Brasil.

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: [...] **II** – pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011; **III** – pesquisa que utilize informações de domínio público; [...] **V** - pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual (Brasil, 2016).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Nesta seção, será apresentada a análise e discussão dos resultados obtidos no presente estudo que discorre sobre as NIPs dirigidas às operadoras do sistema Unimed em Santa Catarina, abrangendo o período de outubro de 2017 a outubro de 2022.

Inicialmente, a análise focou na caracterização das operadoras estudadas, utilizando os dados dos indicadores dinâmicos da ANS para entender melhor o perfil das entidades envolvidas, bem como os *sítes* institucionais de cada Unimed analisada. Em seguida, foi abordada a quantidade e a distribuição das NIPs assistenciais e não-assistenciais, organizadas por tema e subtema, para identificar padrões e frequências, além de que a pesquisa verificou as taxas de resolatividade das NIPs, avaliando a eficácia das soluções adotadas pelas operadoras, comparando as NIPs registradas e suas resolatividades com os dados de âmbito nacional.

4.1 Caracterização das operadoras do sistema Unimed sediadas em Santa Catarina

O Estado de Santa Catarina possui 295 municípios e 7.610.361 habitantes (IBGE, 2022). Em 14 municípios catarinenses foram encontradas 15 Unimeds, tendo em vista que em Joinville estão sediadas uma singular e uma federação. Em outubro de 2022, as Unimeds estudadas totalizavam 980.868 beneficiários, o que corresponde a 12,88% da população catarinense.

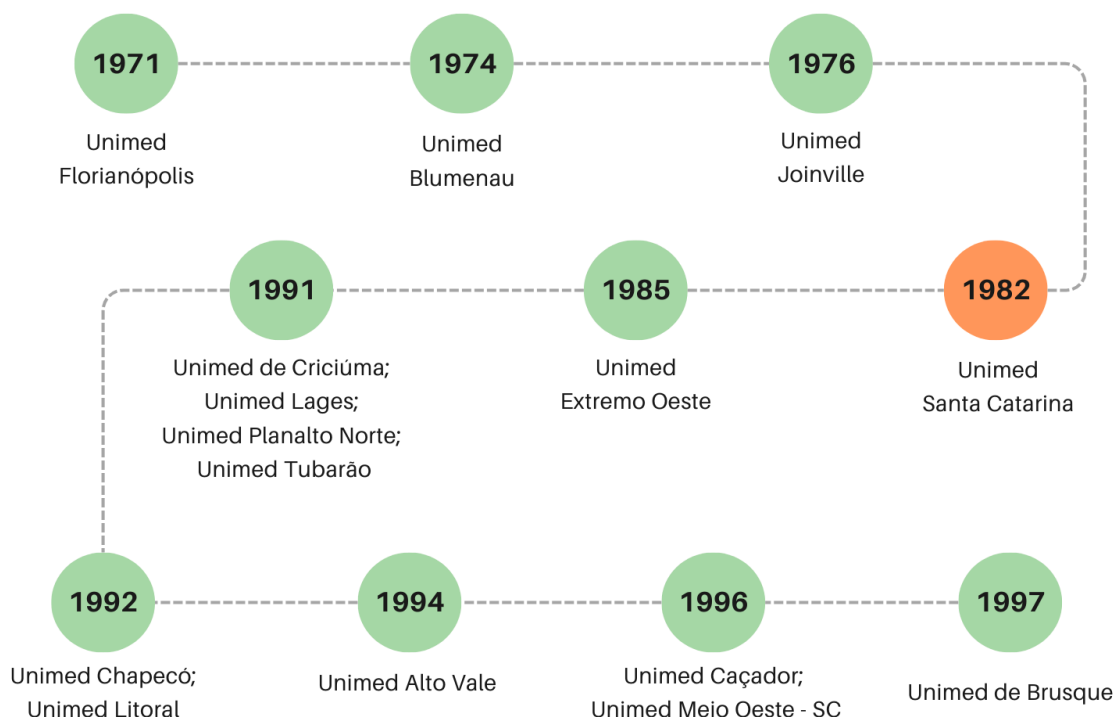
Contudo, há de se ponderar que, em se tratando de planos de abrangência estadual e nacional, não há necessidade do beneficiário residir na área de ação da operadora. Por isso, ressalta-se que todos municípios do estado estão cobertos por estas Unimeds, desde que o plano adquirido pelo beneficiário seja estadual ou nacional. Outrossim, não estava disponível nos dados da ANS o percentual de beneficiários não residentes em Santa Catarina para todo o período estudado.

Tendo em vista que nacionalmente a primeira Unimed se deu no ano de 1967, foi apenas quatro anos depois que surgiu a primeira cooperativa médica catarinense, a Unimed Florianópolis. Na Figura 3, a linha do tempo mostra que ainda na década de 1970 surgem a Unimed Blumenau e a Unimed Joinville. A federação do estado foi

fundada no ano de 1982, em Joinville. Em 1985, a Unimed Extremo Oeste, em São Miguel do Oeste, se configura como a pioneira naquela região.

Ainda na Figura 4, nota-se que foi na década de 1990 que houve um grande crescimento do sistema cooperativista médico em Santa Catarina, com o surgimento de dez das 15 Unimeds estudadas. Pode-se relacionar o crescimento da quantidade de Unimeds em Santa Catarina ao período neoliberalista vivenciado no Brasil após a ditadura militar, caracterizado pela implantação da abertura financeira, o estímulo ao crédito e ao mercado financeiro cresceu no Brasil (Hermann, 2008).

Figura 4: Linha do tempo Unimeds sediadas em Santa Catarina



Fonte: A autora (2024).

Para uma melhor apresentação das suas características individuais, as operadoras serão apresentadas na sequência por agrupamentos conforme a classificação do porte.

4.1.1 Operadoras de pequeno porte

Das 15 Unimeds sediadas em Santa Catarina, cinco são classificadas como operadoras de pequeno porte. O quadro 10 apresenta a caracterização das Unimeds

de pequeno porte quanto à razão social, município sede, código na ANS e número de beneficiários.

Quadro 9: Operadoras Unimed de pequeno porte do estado de Santa Catarina

Razão Social na Ans	Operadora	Município	Código na Ans	Nº Beneficiários (Out. 2022)
Unimed Extremo Oeste Catarinense Cooperativa De Trabalho Médico	Unimed Extremo Oeste Catarinense	São Miguel do Oeste	34025-1	12.882
Unimed Caçador Cooperativa De Trabalho Médico Da Região Do Contestado	Unimed Caçador	Caçador	34695-1	13.414
Unimed Alto Vale - Cooperativa De Trabalho Médico	Unimed Alto Vale	Rio do Sul	37256-1	14.880
Unimed De Brusque Cooperativa De Trabalho Médico	Unimed de Brusque	Brusque	34824-4	18.485
Cooperativa De Trabalho Medico Região Do Planalto Serrano	Unimed Lages	Lages	31821-3	18.857

Fonte: A autora (2024).

Fundada em 1985, a Unimed Extremo Oeste Catarinense está localizada no município de São Miguel do Oeste e atua em mais 34 municípios, dentre eles São José dos Cedros, Guaraciaba, Santa Helena e Saudades, por meio de 131 médicos cooperados (Unimed Extremo Oeste Catarinense, 2024).

A Unimed Caçador foi implantada em 1996, está presente em seis municípios do meio-oeste catarinense - Caçador, Calmon, Lebon Régis, Macieira, Matos Costa e Rio das Antas - e conta com 75 médicos cooperados (Unimed Caçador, 2024a). A Unimed Caçador possui três centros de diagnóstico por imagem, nos bairros de Reunidas, Gioppo e Centro (Unimed Caçador, 2024b)

Localizada na cidade de Rio do Sul, a Unimed Alto Vale foi criada no ano de 1994 (Unimed Alto Vale, 2024a). Além da rede credenciada, a Unimed Alto Vale conta com ambulatório anexo ao Hospital Regional 24 horas para pronto atendimento; centro de Diagnóstico por Imagem; Espaço Bem Viver; centro oncológico para tratamento quimioterápico e o centro médico para atendimento clínico pediátrico (Unimed Alto Vale, 2024b).

A Unimed de Brusque, fundada em 1997, atua nos municípios de Brusque, Guabiruba, Nova Trento, Canelinha, Botuverá, São João Batista e Major Gercino.

Em relação ao número de cooperados da operadora, não foram encontrados registros na página institucional. A Unimed Brusque oferece alguns serviços diferenciais integrados a sua rede própria, sendo: atendimento pediátrico (Clínica Kids), clínica oncológica, clínica unimed, laboratório, Serviço de Atendimento Domiciliar, SOS - ambulância, ultrassonografia e Unimed vacinas (Unimed de Brusque, 2024).

A Unimed Lages surgiu em 1991, conta com 193 médicos cooperados e atende 18 municípios da região serrana. Possui 109 serviços credenciados, entre eles: 63 clínicas de atendimento, 30 laboratórios, 03 raios-X e 13 hospitais (Unimed Lages, 2024).

4.1.2 Operadoras de Médio porte

Seis Unimeds sediadas em Santa Catarina possuem classificação de operadoras de médio porte. O quadro 10 apresenta a caracterização das Unimeds de médio porte quanto à razão social, município sede, código na ANS e número de beneficiários.

Quadro 10: Operadoras Unimed de médio porte do estado de Santa Catarina

Razão Social na Ans	Operadora	Cidade	Código na Ans	Nº Beneficiários (Out. 2022)
Unimed Meio Oeste Catarinense Cooperativa De Trabalho Médico	Unimed Meio Oeste - SC	Joaçaba	30174-4	20.798
Cooperativa De Trabalho Médico Do Planalto Norte De Santa Catarina Ltda	Unimed Planalto Norte	São Bento do Sul	31701-2	21.168
Unimed De Tubarao - Cooperativa De Trabalho Medico Da Regiao Da Amurel	Unimed Tubarão	Tubarão	36486-0	44.871
Unimed Chapecó - Cooperativa De Trabalho Médico Da Região Oeste Catarinense	Unimed Chapecó	Chapecó	35429-5	55.586
Unimed Litoral Cooperativa De Trabalho Médico Ltda	Unimed Litoral	Itajaí	30335-6	77.443
Unimed De Criciúma Cooperativa De Trabalho Médico Da Região Carbonífera	Unimed de Criciúma	Criciúma	32933-9	80.577

Fonte: A autora (2024).

A Unimed Meio Oeste - SC teve início no ano de 1996 e sua área de atuação contempla 19 municípios, dentre eles: Campos Novos; Capinzal; Catanduvas; Celso Ramos; Ibicaré e Joaçaba (Unimed Meio Oeste - SC, 2024). De acordo com o relatório de gestão 2019-2023, disponibilizado no *site* da operadora, a Unimed Meio Oeste - SC, conta com 72 serviços credenciados, sendo: 7 hospitais, 55 clínicas e 15 laboratórios, bem como foi certificada em 2021 pela ISO 9001 conferida a operadora pela DNV Business Assurance (Unimed Meio Oeste - SC, 2023).

A Unimed Planalto Norte, fundada em 1991, atua em São Bento do Sul, Rio Negrinho e Campo Alegre. A operadora possui alguns reconhecimentos, sendo eles: Prêmio Programa Operacional Intercâmbio; Prêmio Programa Cliente Intercâmbio; Selo de Governança e Sustentabilidade, Categoria Prata pela Unimed do Brasil 2020; Prêmio Atendente Nota 10; Prêmio Nacional de Atendimento ficando em 1º lugar entre as Unimeds de pequeno porte, premiada pela Central Nacional Unimed; Selo de Governança e Sustentabilidade, Categoria Prata pela Unimed do Brasil 2018 (Unimed Planalto Norte, 2024).

A Unimed Tubarão, implementada em 1991, abrange 19 municípios nos quais se inserem: Armazém, Braço do Norte, Grão Pará, Gravatal, Imaruí, Laguna e Tubarão. A operadora Unimed Tubarão conta com uma série de serviços próprios, sendo eles: Centro Médico, Centro de Imagem, Hospital Unimed, Laboratório e dois postos de coleta (Unimed Tubarão, 2024). Para as três Unimeds citadas anteriormente, não foi localizado no site institucional o número de cooperados.

A Unimed Chapecó foi construída legalmente no ano de 1992 e atua em 25 municípios do estado, estando entre eles Águas de Chapecó, Águas Frias, Caxambu do Sul e Chapecó, e conta com cerca de 376 médicos cooperados. Como diferencial, a Unimed Chapecó possui alguns recursos próprios que incrementam a sua rede de prestadores, como: Hospital Unimed Chapecó, laboratório de Análises clínicas, centro de diagnóstico por imagem (Unimagem), centro de diagnóstico dos distúrbios do sono, Centro cardioneurovascular, centro de oncologia, medicina preventiva, fisioterapia Unimed, transporte e medicina ocupacional (Unimed Chapecó, 2024).

Implantada em Itajaí no ano de 1992, a Unimed Litoral está presente em 13 municípios, sendo eles: Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Barra Velha, Bombinhas, Camboriú, Ilhota, Itajaí, Itapema, Luiz Alves, Navegantes, Penha, Porto Belo e São João do Itaperiú (Unimed Litoral, 2024a). A Unimed Litoral possui

algumas creditações, sendo elas: nível de excelência no Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (RN 507); Atenção Primária à Saúde (APS), ambos pela ANS (Unimed Litoral, 2024b).

Sendo a última operadora estudada classificada como porte médio, a Unimed de Criciúma foi fundada em 1991 e sua região de saúde se determina pelos municípios de Criciúma a Araranguá e conta com cerca de 470 médicos cooperados (Unimed de Criciúma, 2024a). Um diferencial desta Unimed é que a ela foi concedida pela Unimed do Brasil o selo Unimed de Governança e Sustentabilidade, sendo reconhecida como nível prata (Unimed de Criciúma, 2024b).

4.1.3 Operadoras de Grande porte

Sendo a décima segunda operadora estudada, a Unimed Joinville, fundada em 1976, tem a sua área de ação composta pelos municípios de Joinville; Garuva; São Francisco do Sul; Barra do Sul; Araquari e Itapoá. A Unimed Joinville possui cerca de 764 médicos cooperados e conta com 133 Clínicas conveniadas, 1 Hospital próprio, 1 Hospital conveniado, 1 Laboratório de Análises Clínicas próprio e 13 Laboratórios conveniados, Atendimento Domiciliar e Medicina Preventiva (Unimed Joinville, 2024).

Já na cidade de Blumenau, no ano de 1974, foi fundada a Unimed Blumenau. A cooperativa atende 11 municípios do estado em sua área de ação, sendo eles: Blumenau, Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Dr. Pedrinho, Gaspar, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó e com relação aos seus médicos cooperados totalizam cerca de 877. Dentro de seus recursos próprios a Unimed Blumenau possui: Hospital Unidade Centro, Pronto atendimento 24h (adulto e pediátrico), Centro de Diagnóstico por Imagem, SOS Unimed, Centro de Promoção e Atenção à Saúde - Cepas, Serviço de Atenção Domiciliar, Laboratório Unimed, Centro de Oncologia (Unimed Blumenau, 2024).

Sendo a maior Unimed em número de beneficiários estudada, a Unimed Florianópolis atende cerca de 17 municípios da região litorânea do Estado em sua área de ação. Foi inaugurada em 1971 e conta com cerca de 1700 médicos cooperados em seu escopo. A Unimed Florianópolis conta com mais de 90 laboratórios, 20 hospitais e 270 clínicas credenciadas (Unimed Florianópolis, 2024).

Para finalizar as 15 Unimeds estudadas tem-se a décima quinta, sendo ela a

Unimed Santa Catarina, Federação do Estado. Operadora é classificada como de grande porte e foi fundada em 1982 (Unimed Santa Catarina, 2024a). Por se tratar de uma Unimed Federação a Unimed Santa Catarina não possui médicos cooperados a ela.

O quadro 11 busca exemplificar a caracterização das Unimeds de grande porte estudadas.

Quadro 11: Operadoras Unimed de grande porte do estado de Santa Catarina

Razão Social na Ans	Operadora	Cidade	Código na Ans	Nº Beneficiários (Out. 2022)	Porte
Unimed De Joinville Cooperativa De Trabalho Médico	Unimed de Joinville	Joinville	32127-3	103.773	Grande
Unimed Blumenau - Cooperativa De Trabalho Médico	Unimed Blumenau	Blumenau	33456-1	126.598	Grande
Unimed Do Estado De Santa Catarina Fed. Est. Das Coop. Méd.	Unimed Santa Catarina	Joinville	35569-1	159.218	Grande
Unimed Grande Florianópolis-Cooperativa De Trabalho Médico	Unimed Grande Florianópolis	Florianópolis	36044-9	212.318	Grande

Fonte: A autora (2024).

Relacionando a figura 3 com a caracterização das Unimeds de grande porte do estado de Santa Catarina, observa-se que as mesmas são as pioneiras no modelo cooperativista do estado, podendo isto justificar sua quantidade superior de beneficiários quando relacionadas às demais operadoras estudadas.

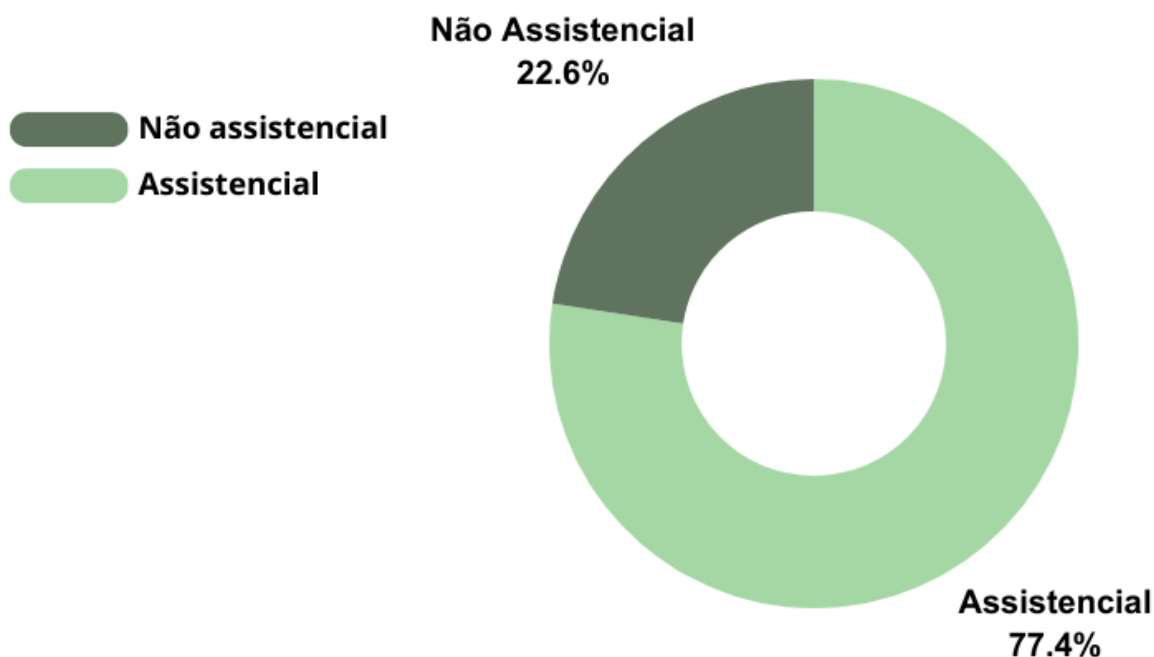
Além disto, as cidades no qual estas Unimeds estão inseridas são as de maior população do estado. De acordo com o Censo Populacional de 2022, Joinville é a cidade mais populosa de Santa Catarina, com 616.233 habitantes. Florianópolis ocupa o segundo lugar, com 537.213 habitantes, e a cidade de Blumenau é a terceira mais populosa, com 361.261 habitantes (SECOM, 2023).

4.2 NIPs assistenciais e não-assistenciais dirigidas às operadoras do sistema Unimed sediadas em Santa Catarina e suas taxas de resolutividade

Com a finalidade de corresponder o segundo objetivo específico deste trabalho, foi extraído dos indicadores da ANS, que as 15 operadoras analisadas

receberam um total de 4.754 NIPs no período de outubro de 2017 a outubro de 2022. Destas 3679 (77,4%) correspondem a demandas assistenciais e 1073 (22,6%) correspondem a demandas não assistenciais, conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1: Classificação Assistencial x Não Assistencial



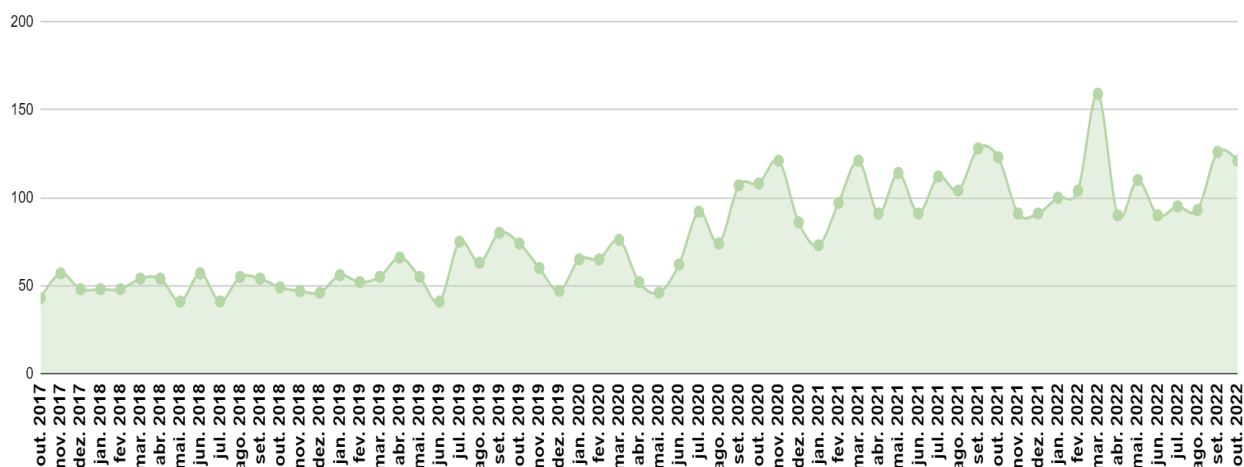
Fonte: A autora (2024).

Em relação às ocorrências de NIP por cada mês estudado, no Gráfico 2 observa-se que o período de maior prevalência de NIP foi de outubro de 2021 a outubro de 2022 com o registro de 1396 notificações, valor bem acima do primeiro período estudado (outubro de 2017 a outubro de 2018) no qual registrou apenas 649 NIPs.

Ainda no Gráfico 2, constatou-se que ao longo dos anos o número de notificações foi ascendente. Acredita-se que tal condição possa estar relacionada com a quantidade crescente de beneficiários da saúde suplementar. De acordo ANS (2024c), entre 2017 e 2022 houve um aumento de 2.918.535 beneficiários.

A média mensal de NIPs ao longo do período de outubro de 2017 a outubro de 2022 foi de 77,77 ($\pm 28,38$) notificações com valor modal de 91 notificações. Portanto, há grande variação no número de notificações de mês para mês.

Gráfico 2: NIP por mês estudado



Fonte: A autora (2024).

Observando as tendências ao longo do tempo, pode-se notar que no início do período (outubro de 2017 a outubro de 2018), o número de notificações variou entre 41 e 57, com alguns picos em março e abril de 2018. Esse período parece ter uma relativa estabilidade com algumas variações menores. Em 2019, houve um aumento notável, especialmente no segundo semestre, como julho, setembro e outubro registrando picos (75, 80 e 74 respectivamente).

No ano de 2020, observou-se variações, com picos em março (76), julho (92), setembro (107) e outubro (108). O número elevado de notificações pode estar relacionado ao impacto da pandemia de COVID-19, que pode ter gerado um aumento nas disputas e, consequentemente, nas notificações.

Em 2021, os números continuam altos, com vários meses registrando mais de 100 notificações. Março (121), maio (114), julho (112), agosto (104), setembro (128) e outubro (123) mostram que o número de notificações permaneceu elevado durante todo o ano. Em 2022, até outubro, os números se mantiveram elevados, com um pico significativo em março (159). Outros meses como setembro (126) e outubro (121) também mostram números altos.

Portanto, de maneira geral, nota-se que há um aumento gradual no número de notificações ao longo dos anos, com valores mais altos a partir de 2019. O desvio padrão alto indica que há uma variação significativa no número de notificações de mês para mês, refletindo possivelmente sazonalidades, mudanças na legislação ou outros fatores externos, como a pandemia.

4.2.1 NIPs assistenciais

Ainda respondendo ao segundo, e também ao terceiro objetivo específico deste trabalho, foi identificado que quanto às demandas assistenciais, o único tema é a cobertura assistencial e as notificações por subtema estão dispostas na Tabela 01. Observa-se que as NIPs do subtema Gerenciamento (Mecanismos assistenciais de regulação)/ Regras para acesso a atendimento foram as mais prevalentes (n=1507, 40,94%). A nível nacional, este subtema também é o mais recorrente, sendo responsável por 40,91% do total de demandas (ANS, 2024b).

Tabela 01 - Distribuição de frequência das NIPs Assistenciais e respectivas taxas de resolatividade por subtema no período de outubro 2017 a outubro 2022

Tema: Cobertura contratual			
Subtema	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Taxa Média de Resolutividade (%)
Gerenciamento (Mecanismos assistenciais de regulação) / Regras para acesso a atendimento	1506	40,94	92,4
Rol	788	21,41	97,1
Prazo	492	13,39	90,8
Reembolso	458	12,44	88,4
Rede	236	6,41	97
Carência	114	3,1	97,6
DLP/CPT	85	2,31	96,4
TOTAL	3681	100	

Fonte: A autora (2024).

O subtema de gerenciamento/regras para acesso a atendimento abrange os mecanismos de regulação que são necessários por parte da operadora para que se mantenha uma assistência à saúde eficaz. Também, as notificações que não se enquadram nos demais subtemas estão inseridas neste.

Pode compreender as seguintes situações: a operadora está protelando a autorização do procedimento; a operadora não autorizou o procedimento sem dar justificativa ou informa sempre estar “em análise”; a operadora não aprovou os materiais necessários; a operadora alega que precisa passar por segunda opinião/perícia/junta médica sem marcação; operadora quer que o usuário passe por um programa interno antes de liberar o procedimento; a operadora alega necessidade de laudo médico; o usuário não consegue contato com o telefone da operadora; as irregularidades na junta médica; a operadora não autorizou procedimento porque o médico solicitante não é credenciado; o usuário não consegue utilizar prestadores credenciados

porque a operadora autoriza procedimentos apenas em sua rede própria, sem a devida previsão contratual (Freire, p 40, 2021).

A taxa média de resolutividade das NIPs gerenciamento/regras para acesso a atendimento no período de análise foi de 92,4%. Quando comparada com a resolutividade no mesmo período, porém nacionalmente, o subtema obteve uma taxa de 89,4%. Portanto, a média da resolutividade obtida pelas Unimeds do Estado é 3% superior à média nacional.

O segundo subtema mais notificado foi rol de procedimentos (n=788, 21,41%), cuja taxa média de resolutividade foi de 97,10%. Em comparação com as notificações registradas em âmbito nacional, as Unimeds do estado de Santa Catarina, apresentam mais NIPs no subtema rol de procedimentos, visto que a proporção nacional no mesmo período foi 14,43% (ANS, 2024b).

As notificações relacionadas ao rol de procedimentos, em geral, ocorrem quando os profissionais de saúde prescrevem procedimentos e medicamentos não presentes nesta relação. Perante a lei e aos contratos feitos entre as operadoras e seus clientes, a cobertura obrigatória do plano de saúde se dá baseada no rol de procedimentos da ANS, o que for autorizado por fora deste norteador será por deliberalidade de operadora de saúde (Sousa, 2021).

A atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde foi inicialmente estabelecida pela Resolução do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) nº 10/1998. Desde então houveram diversas revogações e homologações de novas normativas. Atualmente, a RN 465/2021 rege o rol de procedimentos e refletiu em avanços tecnológicos e nas práticas assistenciais atualizadas. Sendo considerado um Rol taxativo, para aprimorar o processo, a RN nº 470/2021 trouxe a inovação da atualização contínua, permitindo a recepção e análise contínua de propostas de novos itens a serem inseridos no Rol. Consolidado pela Resolução Normativa nº 555/2022, o processo de atualização se tornou mais ágil. Sendo assim, desde outubro de 2021, a ANS utiliza a plataforma FormRol para receber propostas de novas inclusões, assegurando que a cobertura dos planos de saúde se mantenha relevante e atualizada para os beneficiários (ANS, 2021d).

O subtema prazo ficou em terceiro lugar na frequência de notificações, representando 13,39% (n=492). Nacionalmente, o subtema prazo representa 13,64% (n=76.349) das NIPs (ANS, 2024b). Ou seja, não há diferença entre o resultado obtido no presente estudo e a média nacional.

A resolutividade das demandas NIP das operadores estudadas com o subtema prazo obteve uma média de 90,8%. Tal valor é inferior à resolutividade média em âmbito nacional para o período foi de 94,9% (ANS, 2024a).

A ANS define os prazos para que as operadoras realizem os atendimentos ou respondam a solicitação do seu beneficiário, por meio da RN 566, em seu capítulo II (Brasil, 2022d). Ou seja, quando estes prazos estabelecidos pela ANS não são cumpridos pela operadora, o beneficiário pode abrir a NIP.

O subtema reembolso que representou 12,44% (n=458) das notificações estudadas, já no Brasil, neste mesmo período, o subtema reembolso representou 15,05% das notificações, porcentagem maior do que a obtida neste trabalho (ANS, 2024b). A taxa de resolutividade média foi de 88,4% entre as Unimeds do Estado, porém a média no Brasil foi de 91,6% (ANS, 2024a). Destaca-se que a resolutividade do subtema reembolso é a menor entre os subtemas assistenciais, com isso é interessante observar que apesar de haver maior número de notificações neste subtema, nacionalmente, a resolutividade se mostra melhor do que a das Unimeds do Estado de Santa Catarina.

O reembolso pelas operadoras de saúde é pertinente quando previsto em cláusula contratual ou acordado previamente como forma de garantia de atendimento. As regras para a aplicação desta prática estão dispostas na RN 566/2022, Artigo 10, no qual estabelece que os critérios para reembolso aos beneficiários de planos de saúde em casos de descumprimento dos artigos 4º, 5º ou 6º. Sendo alguns desses critérios: se o beneficiário pagar pelo atendimento, a operadora deve reembolsá-lo integralmente em até trinta dias, incluindo despesas de transporte; Nos produtos com livre escolha de prestadores, o reembolso seguirá os limites contratuais; Nos contratos com coparticipação, esse valor pode ser deduzido do reembolso e por fim a operadora deve reembolsar integralmente as despesas de transporte quando for responsável por elas (Brasil, 2022d). As NIPs são decorrentes do descontentamento do beneficiário e/ou não cumprimento da operadora quanto ao que foi estabelecido contratualmente ou em acordo prévio.

O subtema Rede ocupa o quinto lugar no ranking das notificações estudadas, representando 6,41% (n=236), porcentagem menor que em âmbito nacional as notificações do período representaram 12,36% (n=69.192), ou seja, praticamente o dobro obtido neste estudo (ANS, 2024b). Quanto a TR, as Unimeds estudadas possuem uma resolutividade média de 97%, já na esfera nacional a TR média foi de

88,3% (ANS, 2024a). Sendo 8, 7% abaixo da TR encontrada no presente estudo.

O subtema rede é acionado pelos beneficiários em situações que envolvem: inexistência de rede credenciada, negativa de atendimento com profissional solicitado, descredenciamento indevido, entre outras situações (Freire, 2021).

Por meio da RN nº 567/2022, são estabelecidos os critérios para alteração de rede de prestadores não hospitalares. O capítulo III, Artigo 10 da resolução determina que ao realizar a exclusão de um prestador à operadora deve comunicar o beneficiário com 30 dias de antecedência ou na data de ciência do fato, sendo necessário providenciar um prestador substituto no período de 60 dias (Brasil, 2022e). Este pode ser um dos fatores a ser avaliado para verificar o descredenciamento indevido de rede.

Com 3,1% (n=144) do total das NIPs analisadas, o subtema carência ocupou o sexto lugar em relação a sua frequência, ficando apenas 0,63% acima da porcentagem nacional que foi de 2,24% (n=13.797) (ANS, 2024b). Nacionalmente, a TR para este subtema no período estudado foi de 91,7%, menor do que a encontrada nesta pesquisa, sendo ela 97,6%, o que representa um aspecto positivo para as UnimedS do Estado (ANS, 2024a).

Carências contratuais são intervalos em que o beneficiário não pode utilizar determinadas coberturas ou serviços. A ANS define estes limites e regras para a composição de carências ao beneficiário por parte da operadora, quando estas forem infringidas, cabe ao beneficiário notificar através das NIPs.

O último subtema relacionado ao tema cobertura assistencial é DLP/CPT (Doenças ou Lesões Preexistentes/Cobertura Parcial Temporária), que correspondeu a 2,31% das NIPs com uma TR média de 96,4%. A quantidade de notificações recebidas pelas UnimedS de Santa Catarina representaram maior porcentagem em relação ao obtido nacionalmente no mesmo período, que foi de 1,13% (n=6.300) (ANS, 2024b). Em compensação, apesar de obter mais NIPs sobre o subtema, sua TR foi melhor que a nacional, que foi de 89,1% (ANS, 2024a).

Freire (2021, p 40), completa que “Doenças e lesões preexistentes (DLPs) são as reclamações que trazem relatos de dificuldade de acesso, sob alegação de DLP, declarada ou não, ou imposição indevida de cobertura parcial temporária”.

Conforme regulamentos da RN nº 558/2022 CPT/DLP são estabelecidas ao beneficiário após o preenchimento da declaração de saúde, declaração esta, que é preenchida no ato de contratação do plano. Nela o beneficiário alega haver ou não

conhecimento de doenças preexistentes na data de inclusão ao convênio. A referida RN também estabelece que a operadora deve ofertar de forma gratuita um médico para auxiliar o novo beneficiário no preenchimento desta declaração, mas caso queira, o cliente poderá optar por um médico de sua escolha, porém arcando com as despesas (Brasil, 2022b).

4.2.2 NIPs não-assistenciais

Partindo para análise das NIPs com demandas não assistenciais, os resultados dos dois temas, “contratos e regulamentos” e “mensalidades e reajustes”, foram compilados e analisados de forma conjunta, já que nos dados e indicadores da ANS o seu resultado de NIP a nível nacional é avaliado em conjunto com os dois temas. Desta forma não foi possível realizar a comparação dos temas de forma individual com base nos indicadores.

Na Tabela 02 busca-se exemplificar as NIPs não assistenciais por subtema, frequência absoluta, frequência relativa e taxa média de resolatividade.

Considerando o tema Contratos e Regulamentos, o subtema "suspensão e rescisão" foi o mais frequente, sendo responsável por 19,66% (n=211) das NIPs. Tal porcentagem é inferior à média nacional que é 36,74% (ANS, 2024b). Quanto à TR média, as operadoras estudadas atingiram 96%. Já no Brasil a resolatividade média foi de 93,4% (ANS, 2024a). Consequentemente, observa-se que apesar de haver uma diferença de 17,08% entre o número de notificações das UnimedS estudadas em relação à média nacional, as taxas de resolatividades se divergem em 2,6%.

Por exemplo, a Lei 9656/98 no artigo 13, estabelece critérios para a prática de rescisão e suspensão contratual para planos individuais, sendo elas:

II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular (Brasil, 1988, Art 13).

Com 14,17% (n=152), o subtema mensalidade ou outras cobranças ocupa o segundo lugar no ranking de incidência encontrado. No Brasil, o subtema obteve 14,95% (n=30.469), ou seja valor próximo do encontrado no presente estudo (ANS, 2024b). Quanto a TR média encontrada, entre as UnimedS de Santa Catarina, foi de

93,10%, enquanto no Brasil foi de 91,5%, mesmo que por pouca diferença, as operadoras estudadas garantiram uma resolutividade maior nas notificações relacionadas às mensalidades ou outras cobranças (ANS, 2024a).

Tabela 02: Distribuição de frequência das NIPs Não Assistenciais e respectivas taxas de resolutividade por subtema no período de outubro 2017 a outubro 2022.

Tema	Subtema	Frequência Absoluta	Frequência Relativa(%)	Taxa Média de Resolutividade (%)
Contratos e Regulamentos	Suspensão e Rescisão	211	19,66	96,00%
Mensalidades e reajustes	Mensalidade ou Outras cobranças	152	14,17	93,20%
Mensalidades e reajustes	Reajuste por variação de custos / Reajuste Anual	151	14,07	64,60%
Contratos e Regulamentos	Gerenciamento (Mecanismos financeiros de regulação) / Coparticipação e Franquias	149	13,89	84,60%
Contratos e Regulamentos	Portabilidade	123	11,46	99,60%
Contratos e Regulamentos	Itens obrigatórios e Cláusulas contratuais	70	6,52	98,20%
Contratos e Regulamentos	Contratação/Adesão e vigência contratual	63	5,87	83,90%
Contratos e Regulamentos	Documentos de entrega obrigatória	61	5,68	99,70%
Contratos e Regulamentos	Adaptação ou migração contratual	29	2,70	95,80%
Contratos e Regulamentos	Aposentados, Demitidos ou Exonerados	25	2,33	100,00%
Mensalidades e reajustes	Reajuste de Faixa Etária	23	2,14	96,30%
Contratos e Regulamentos	Inclusão de dependentes	14	1,30	100,00%
Mensalidades e reajustes	Reajuste por Sinistralidade	2	0,19	50,00%
TOTAL		1073	100,00	

Fonte: A autora (2024).

Um exemplo que adentra a este subtema é a notificação por inadimplência a beneficiários de planos coletivos que pagam a mensalidade diretamente a operadora de saúde. Estas regras são reguladas pela RN 593/2023. A operadora pode vir a excluir o beneficiário do plano de saúde por motivo de inadimplência, seguindo as regras da normativa, alguns dos critérios e que o plano de saúde deve notificar o beneficiário em até 50 dias de atraso dando a ele o prazo mínimo de 10 dias para o pagamento de seus débitos, outro sim, o cliente deve ter atrasado no mínimo duas parcelas da mensalidade sendo elas seguidas ou não dentro de um período de 12 meses. Esta cobrança por atraso, ainda, pode ser acrescida de juros (Brasil, 2023b).

Reajuste por variação de custos / Reajuste Anual, subtema que resultou em 14,07% (n=151) das NIPs estudadas, observou-se uma diferença considerável de 8,31% entre a porcentagem nacional que foi de 5,74% (n=11.748) (ANS,2024). Além de a frequência de notificações ser maior, a taxa média e resolutividade das Unimeds do Estado não se mostrou tão eficaz, com uma TR média de 64,60%. No Brasil a resolutividade deste subtema também se mostrou abaixo dos demais, com uma TR média de 78,5%, mas ainda sim maior que a encontrada neste trabalho (ANS,2024).

O “reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos ocasionada por fatores como inflação e uso de novas tecnologias” (ANS, 2005, p 15). A modalidade de reajuste que será aplicada ao contrato, deve estar previamente acordada no contrato da contratação ou prevista em aditivo contratual, conforme orienta a Lei 9656/1988 em seu 17º artigo (Brasil, 1998).

O reajuste anual por variação de custos ocorre sempre na data de aniversário do contrato. Ou seja, se o plano de saúde foi contratado em outubro de um ano, ele será reajustado anualmente no mês de contratação, neste caso outubro. O que diferencia os reajustes anuais é o tipo de cálculo utilizado, para planos individuais familiares a ANS estabelece o mês de maio como teto máximo permitido para aplicação da operadora para estes contratos, que serão aplicados na data de celebração do contrato posteriormente. Os contratos coletivos com menos de 30 vidas são agrupados e reajustados com o mesmo índice, respeitando sempre a data de assinatura do contrato. Já os contratos coletivos com mais de 30 beneficiários partem de uma negociação da operadora diretamente com a empresa contratante, contudo a aplicação do reajuste, também, só ocorre no mês em que o contrato foi

firmado (ANS, 2023e).

Gerenciamento (Mecanismos financeiros de regulação) / Coparticipação e Franquias, foi o subtema que obteve a quarta maior frequência, com o resultado de 13,89% (n=149), o que é um resultado elevado, já que quando comparado a nível nacional o número de notificações foi de 4,5% (n=9180) (ANS, 2024b). A média da TR das Unimeds de Santa Catarina foi de 84,6%, valor menor que a média nacional no qual representou 86,7% (ANS, 2024a).

No modelo de plano de saúde com coparticipação, os usuários se beneficiam de mensalidades reduzidas, compensadas por uma taxa adicional cobrada a cada utilização dos serviços. Esse tipo de plano é amplamente adotado no mercado brasileiro, promovendo maior acessibilidade à saúde privada. Importante notar que a cobertura oferecida é equivalente à dos planos tradicionais (Unimed Campinas, 2024).

Com a RN 433/2018 a ANS definiu regras para a cobrança de coparticipação pelos planos de saúde. Sendo as principais: percentual máximo a ser cobrado (40%) com limite máximo mensal e anual a ser pago; Não pode haver cobrança de coparticipação em mais de 250 procedimentos; Impede a cobrança diferenciada por patologia ou doença; valor fixo para atendimento de internação e pronto socorro; disponibilização do extrato de utilização para o consumidor; estabelece regras que suprem as lacunas de legislações anteriores (ANS, 2018c). Atualmente, com a RN nº465/2021, segundo o artigo 19, alínea II, item b, o valor da coparticipação máxima foi alterado para até 50% de coparticipação (Brasil, 2021).

A portabilidade, foi o subtema que ficou em quinto lugar das mais notificadas no período estudado, com uma frequência de 11,46% (n=121) valor acima do nacional que foi de 4,98% (n=10.142) (ANS, 2024b). Entretanto, apesar de ser mais notificada neste subtema sua resolutividade foi superior que a média nacional, obtendo uma TR média de 99,60% e a nacional de 92% (ANS, 2024a). Este se demonstra um fator positivo para as Unimeds do Estado, já que se mostra mais resolutiva nas notificações do subtema.

A Resolução Normativa nº 438 de 3 de dezembro de 2018, estabelece os critérios para que a portabilidade possa ser executada. Quando esta é realizada o beneficiário pode ingressar em um novo plano de saúde e/ou outro contrato sem a necessidade de cumprir as carências contratuais devidas, ou seja, a portabilidade isenta o beneficiário de cumprir as carências novamente. Contudo, deve-se atentar

as regras para que seja analisado os casos em que há a possibilidade de exercer este direito (Brasil, 2018)

O subtema “Itens obrigatórios e Cláusulas contratuais” apresentou uma frequência de 6,52% (n=70), porcentagem boa, visto que está quase que metade da obtida nacionalmente, no qual foi de 12,31% (n=25.098) (ANS, 2024b). Sua TR média do período também foi boa, ficando em 98,20%, enquanto a TR média nacional resultou em 91,4% apenas (ANS, 2024a).

A Lei nº 9.656, de 1998, estabelece diversos requisitos que devem ser incluídos nas cláusulas contratuais das operadoras de saúde. Entre esses itens, encontram-se a cobertura assistencial obrigatória, os prazos de carência, o reembolso e a rede de prestadores de serviços, entre outros. Os contratos devem especificar claramente os direitos e deveres das operadoras e dos usuários, visando garantir transparência e proteção ao consumidor. A responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dessas normas é atribuída à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (Brasil, 1998).

Partindo para o subtema “Contratação/Adesão e vigência contratual” no qual houve uma frequência de 5,87% (n=63) notificações, quanto no Brasil, houveram 6,75% (n=13.754) (ANS, 2024b). Já a TR média do período analisado, entre as Unimeds de Santa Catarina, foi de 83,90%, quanto no âmbito nacional foi de 91,8%, ou seja 7,9% acima do que as operadoras estudadas, o que se demonstra um ponto negativo para as Unimeds do Estado, visto que quanto maior a TR melhor (ANS, 2024a).

A vigência do plano de saúde refere-se ao período no qual o plano está ativo e válido. Ou seja, a partir do início da vigência o cliente está liberado para usar os serviços e produtos contratados, de acordo com as regras de carência. Normalmente, essa data está prevista em contrato e varia de acordo com os termos combinados entre o cliente e a operadora de saúde (Unimed Fortaleza, 2024).

Documentos de entrega obrigatória, é o subtema que ocupou o 8º lugar no ranking de incidência de NIPs no período com uma porcentagem de notificações de 5,68% (n=61), no Brasil o subtema representou 3,85% (n=7.857) (ANS, 2024b). A Taxa de Resolutividade média foi de 99,7% para o período estudado, o que representa algo bom já que está maior que a média nacional que foi de 95,1% (ANS, 2024a).

A RN nº 557, de 14 de Dezembro de 2022, discorre a respeito das classificações e características dos planos privados de assistência à saúde e

regulamenta a sua contratação, trazendo orientações para os beneficiários ou empresas contratantes. Alguns exemplos de documentos de entrega obrigatória são: Contrato do Plano de Saúde, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, Guia de Leitura Contratual, Carteira de Identificação do Beneficiário, dentre outros (Brasil, 2022f).

Com 2,7% (n=29) NIPs, o subtema “Adaptação ou Migração contratual” representou uma porcentagem aproximada da nacional que foi de 2,65% (n=5.368) (ANS, 2024b). A TR média das Unimeds de Santa Catarina foi de 95,8%, quanto a nacional foi de 94,9%, apresentando pouca diferença entre as Taxas de Resolutividade média (ANS, 2024a).

A RN nº 254 de 05 de Maio de 2011, define as regras para as adaptações e migrações contratuais. A resolução normativa define como adaptação contratual a inserção de um termo aditivo contratual nos contratos firmados até Janeiro de 1999 no qual irá ampliar o contrato de origem as Lei 9656/1998. A migração contratual é definida como a celebração de um novo contrato entre o beneficiário e a operadora, visto que este já tinha contrato firmado anteriormente à Lei dos Planos de Saúde (Brasil, 2011).

Aposentados, Demitidos ou Exonerados , subtema que possuiu a frequência de 2,33% (n=25), porcentagem pouco maior do que a obtida nacionalmente no período, sendo que esta foi de 1,52% (n=3.090) (ANS, 2024b). A taxa de resolutividade do subtema para as Unimeds estudadas foi de 100%, quanto em âmbito nacional para o mesmo período foi de 87,3%, ou seja, observa-se que as Unimeds do estado tem se desempenhado muito bem na resolução de conflitos que envolvam este subtema em questão (ANS, 2024a).

O aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, que contribuía para o custeio de seu plano de saúde, tem direito à manutenção das mesmas condições de cobertura assistencial vigentes durante o contrato de trabalho, sem prejuízo de benefícios adquiridos em negociações coletivas. A empresa empregadora é obrigada a manter esses indivíduos no plano de saúde enquanto o benefício for ofertado aos empregados ativos, desde que o beneficiário não seja admitido em novo emprego e tenha contribuído para o custeio do plano (ANS, 2015).

Para que o aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa seja mantido no plano devem ser observadas as seguintes condições. 1. Ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo

empregatício; 2. Ter contribuído com pelo menos parte do pagamento do seu plano de saúde. 3. Assumir o pagamento integral do benefício. 4. Não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde. 5. Formalizar a opção de manutenção no plano no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício (ANS, 2015).

O Reajuste por faixa etária, é o 11º subtema estudado, sua frequência relativa foi de 2,14% (n=23), enquanto no Brasil foi de 3,58% (n=7,288) (ANS, 2024b). A TR média para o subtema entre as Unimeds de Santa Catarina foi de 96,3%, já no Brasil foi de 87,1%, ou seja as Unimeds do estado se desempenharam melhores que a média nacional obtida no período (ANS, 2024a).

O reajuste por faixa etária ocorre conforme a variação da idade do beneficiário de acordo com as faixas autorizadas ou previamente acordadas entre contrato. Para os contratos firmados antes de 02 de Janeiro de 1999, a variação ocorre de acordo com o que está previsto em contrato. Para contratos firmados entre 02 de janeiro de 1999 e 1 de janeiro de 2004, a regra utilizada é a Consu 06/98, a qual possui sete variações, sendo a última aplicada na faixa etária de 70 anos. Enquanto para os demais contratos, firmados após 01 de janeiro de 2004, o norteador se baseia na RN nº 63, no qual há 10 variações por faixa etária, sendo a última aplicada aos 59 anos do beneficiário (ANS, 2021e).

Sobre o subtema “Inclusão de dependentes”, apresentou uma frequência de 1,30% (n=14), enquanto no Brasil a frequência foi de 2,26% (4.603) (ANS, 2024b). Sua Taxa de Resolutividade média foi de 100% entre as operadoras estudadas e de 95,1% no âmbito nacional (ANS, 2024a).

A inclusão de dependentes no plano de saúde não é dada como obrigatória por ordem da ANS, mas o documento válido para assegurar esta inclusão é o próprio contrato estabelecido entre a operadora e o beneficiário/empresa. Nos casos em que há previsão para inclusão de dependentes, o próprio plano de saúde é quem determina quais serão os familiares aceitos para a inclusão no plano, bem como os critérios para tal (Unimed BH, 2021). Contudo, para planos que contemplem a segmentação obstétrica, a ANS estabelece que a operadora deve garantir atendimento ao recém-nascido ou filho adotivo até os 30 primeiros dias de vida ou tutela, por meio do plano dos pais. A lei 9656/98 determina em seu artigo 12º “III - quando incluir atendimento obstétrico: a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros

trinta dias após o parto” (Brasil, 1998).

O último subtema estudado foi o de “Reajuste por sinistralidade”. Este subtema representou apenas 0,19% (2) das notificações registradas, enquanto no Brasil a porcentagem foi aproximada, representando 0,17% (344) (ANS, 2024b). No Brasil a TR média do período foi de 86,7%, já nas Unimed estudadas foi de 50% apenas, o que é uma TR muito baixa para o setor (ANS, 2024a). Porém, a análise foi realizada com números absolutos, sendo que na pesquisa foram encontradas apenas duas NIPs neste subtema, sendo que uma obteve resolução e a outra não.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Notificações de Intermediação Preliminar são ferramentas regulatórias essenciais no sistema de saúde suplementar brasileiro. Criadas pela ANS, as notificações facilitam a resolução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos privados de saúde. A NIP permite que os beneficiários levem suas queixas à ANS quando não encontram solução satisfatória com as operadoras, buscando promover a transparência nas relações contratuais e proteger os direitos dos consumidores. Além disso, sua análise juntamente com a Taxa de Resolutividade, são fundamentais para a melhoria do atendimento e de processos internos das operadoras.

Neste sentido, o trabalho buscou entender qual a causalidade e a resolutividade das NIPs nas Unimeds sediadas em Santa Catarina. No qual foi identificado que no período estudado a prevalência das NIPs foram entre os meses de outubro de 2021 a outubro de 2022, com um crescimento geral no número de notificações ao longo dos anos, refletindo o aumento de beneficiários. A média de notificações foi de 77,77 por mês, com um desvio padrão de 28,38.

A pesquisa caracterizou 15 Unimeds do estado de Santa Catarina. Das NIPs extraídas dos indicadores obteve-se um total de 4.754 notificações, sendo 77,4% assistenciais e 22,6% não-assistenciais. Sendo que, os subtemas de maior prevalência no período estudado foram: Gerenciamento e regras de acesso a atendimento, Seguidas por rol de procedimentos, Suspensão e rescisão, Mensalidade ou outras cobranças, Reajuste por variação de custos. Ao identificar as Taxas de Resolutividade, conclui-se que elas variaram de acordo com o subtema, apresentando de forma geral uma TR superior à média nacional.

A metodologia de pesquisa documental mostrou-se adequada e suficiente para atingir os propósitos do estudo, não havendo necessidade de adotar outras técnicas ou procedimentos adicionais ao longo do desenvolvimento da pesquisa. O trabalho conseguiu não apenas abordar o problema, mas também ampliar a compreensão do leitor sobre o funcionamento das NIPs, expondo suas causas e as taxas de resolutividade, por tema e subtema. Este avanço no conhecimento foi alcançado mesmo diante da limitação temporal imposta pela indisponibilidade de indicadores de TR mais recentes além de outubro de 2022 pela ANS. Embora o período analisado pudesse ser mais atual para garantir dados ainda mais relevantes,

a escolha do recorte temporal foi a melhor possível dadas as circunstâncias e os dados disponíveis.

Os indicadores disponibilizados pela ANS previamente selecionados atenderam às expectativas, possibilitando uma análise das NIPs. Entretanto, a pesquisa ressaltou a necessidade de explicações mais detalhadas sobre o que cada subtema das NIPs abrange, uma vez que os indicadores não deixam claro e a literatura disponível é escassa, sendo que esta falta de material bibliográfico dificulta a compreensão e discussão aprofundada sobre o tema abordado.

Assim, como sugestão para futuros estudos, a pesquisa poderá ser enriquecida quando analisada com dados relativizados, podendo ser utilizado o cálculo de Índice Geral de Reclamação (IGR) que possibilita definir um número médio de NIP a cada 10.000 beneficiários, possibilitando assim a análise igualada entre operadores de diferentes portes.

Em síntese, esta pesquisa oferece uma contribuição significativa ao campo de estudo, fornecendo uma base para futuras investigações e discussões sobre as Notificações de Intermediação Preliminares no contexto das operadoras de saúde. O trabalho não apenas responde o problema proposto, mas também serve como ponto de partida para novas pesquisas que busquem entender as complexidades e implicações das NIPs em sistemas de saúde, promovendo assim avanços tanto na prática quanto na teoria associada à gestão de notificações e à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

AIRE, Bruno. **Como nasceu a Saúde Suplementar no Brasil**. Disponível em: [https://www.campe.org.br/noticia/como-nasceu-a-saude-complementar-no-brasil#:~:text=%E2%80%99COs%20planos%20de%20sa%C3%BAdade%20surgiram,Aposentadorias%20e%20Pens%C3%B5es%20\(IAPS\)](https://www.campe.org.br/noticia/como-nasceu-a-saude-complementar-no-brasil#:~:text=%E2%80%99COs%20planos%20de%20sa%C3%BAdade%20surgiram,Aposentadorias%20e%20Pens%C3%B5es%20(IAPS).). Acesso em: 23 ago. 2023.

ANS. **ANS amplia transparência sobre índices de reclamações**, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-amplia-transparencia-sobre-indices-de-reclamacoes>. Acesso em: 06 de mar de 2024.

ANS. **ANS celebra 10 anos da NIP, ferramenta para resolução de conflitos entre beneficiários e planos de saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-celebra-10-anos-da-nip-ferramenta-para-resolucao-de-conflitos-entre-beneficiarios-e-planos-de-saude>. Acesso em: 23 ago. 2023.

ANS. **Aposentados e demitidos**, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/aposentados-e-demitidos#:~:text=O%20aposentado%20ou%20o%20ex,eventuais%20vantagens%20obtidas%20em%20negocia%C3%A7%C3%B5es>. Acesso em: 09 de Jul de 2024.

ANS. **Aspectos financeiros do ressarcimento ao SUS**: Orientações sobre os procedimentos de cobrança, 2018b. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus/cartilha_aspectos_financeiros_do_ressarcimento_a_o_sus.pdf. Acesso em: 11 out 2023.

ANS. **Carência**, 2016b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/carencia>. Acesso em: 11 out 2023.

ANS, **Dados Gerais - Tabelas de beneficiários de planos de saúde, taxas de crescimento e cobertura**, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 01 de ago de 2024.

ANS. **Franquia e Coparticipação**, 2018c. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/franquia-e-coparticipacao>. Acesso em: 28 de Jul de 2024.

ANS **Histórico**, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/quem-somos-1/historico>. Acesso em: 23 ago. 2023.

ANS. **Histórico das atualizações**, 2021d. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos/historico-das-atualizacoes-1/historico-das-atualizacoes>. Acesso em: 31 de jul de 2024.

ANS. **Índice Geral de Reclamações - IGR**, 2023c. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaOTFINzkwNDEtNGM1MC00MTg5LWlzMGMtNDQ1YjcwZGM3NjEzIiwidCI6IjlkYmE0ODBiLTNmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 05 set. 2023.

ANS. **Lei que regulamenta planos de saúde completa 24 anos**, 2022a. Acesso em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/lei-que-regulamenta-planos-de-saude-completa-24-anos#:~:text=Assim%2C%20por%20meio%20da%20Lei,abusivas%20por%20parte%20das%20operadoras>. Disponível em: 08 Nov 2023.

ANS. **Lei que regulamenta planos de saúde completa 24 anos**, 2022a. Acesso em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/lei-que-regulamenta-planos-de-saude-completa-24-anos#:~:text=Assim%2C%20por%20meio%20da%20Lei,abusivas%20por%20parte%20das%20operadoras>. Disponível em: 08 Nov 2023.

ANS. NIP, Notificação de Intermediação Preliminar. Diretoria de Fiscalização – DIFIS/ANS/Maio 2018a. Disponível em:

<<https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentao-difis-nip-pdf#:~:text=Instrumento%20que%20visa%20a%20solu%C3%A7%C3%A3o,em%20uma%20fase%20pr%C3%A9%20processual>>.
Acesso em: 30 ago. 2023.

ANS. Números do setor: Setor fecha 2022 com 50,5 milhões de beneficiários em planos de assistência médica. 2023b. Disponível em:

<<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-fecha-2022-com-50-5-milhoes-de-beneficiarios-em-planos-de-assistencia-medica>>. Acesso em: 13 set 2023.

ANS. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, 2023d. Disponível em:

<

ANS. **Plano de saúde mediação de conflitos**. 2023a. Disponível em:

<<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/cartilha-nip.pdf/view>>. Acesso em 15 out 2023.

ANS. PLANO DE SAÚDE: **Reajuste de Mensalidade**, 2023e. Disponível em:

<https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/consumidor/caminho-do-consumidor/cartilhas-para-o-consumidor/Cartilha_Reajuste.pdf>. Acesso em: 28 de Jul de 2024.

ANS. **Planos de Saúde, conheça os seus direitos:** Carência, Urgência e Emergência, Doenças e Lesões. Preexistentes. 2016a. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/Guia_orient_vol3.pdf>. Acesso em: 20 Out 2023.

ANS. Power BI. **Taxa de Resolutividade**. 2024a. Disponível em:

ANO: Power BI, taxa de resolução, 2024d. Disponível em:
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNzc2NzkzMtU1ZGFkOC00OTIzLWI3NzgtNjM1ZjMzMmVjYjA5YliwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNkNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 27 set 2023

ANS. **Quem somos**. 2013. Disponível em:

<<https://www.gov.br/ans/pt-br/ace==sso-a-informacao/institucional/quem-somos-1>>. Acesso em: 23 ago. 2023.

ANS. Reajuste de mensalidade. **conceitos básicos**. 2005. Disponível em:

<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_reajuste_mensalidade.pdf>. Acesso em 02 de jul de 2024.

ANS. **Reajuste/Variacão de mensalidade**, 2021c. Disponível em:

<<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade>>. Acesso em: 08 Nov 2023.

ANS. Regulação Saúde & Estrutura, Evolução e Perspectivas da Assistência Médica Suplementar. 2002. **Projetos, Programas e Relatórios**. Série C. n. 76. 264 p. 2002a. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_saude.pdf>. Acesso em: 01 set. 2023.

ANS. Relatório de Demanda NIP, 2024b. Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJrJpJoiNTdmZTY1OWEtYmY5ZC00M2NjLTkyN2YtOTQ4NjA5NTZlMlZkZiIiwidC6l6jlkYmE0ODBiLTRmYtctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 10 nov. 2023.

ANS. **Resumo sobre as modalidades organizacionais**, 2022c. Disponível em:

<<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/registro-e-manutencao-de-operadoras/registro-de-operadora-1/resumo-sobre-as-modalidades-organizacionais>>. Acesso em: 08 Nov 2023.

ANS. **Segmentação Assistencial**, 2021b. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/segmentacao-assistencial>> Acesso em: 08 abril 2024.

ANS. **Variação da mensalidade por mudança de faixa etária do beneficiário**, 2021e. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/reajuste-variacao-de-mensalidade/reajuste-por-mudanca-de-faixa-etaria>>. Acesso em: 11 de jul de 2024.

BORGES, Hugo; ABRÃO, Nathércia; ALMEIDA, Carlos Rafael. Os princípios do cooperativismo médico. **Hu Rev**, Juiz de Fora, v. 29, n. 3, p. 490-494, dez. 2003. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-798367>>. Acesso em: 11 de abril de 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 08 de abril de 2024.

BRASIL. **Contexto da saúde suplementar**, 2023a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/materia_14786.htm> . Acesso em: 23 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 5.764, de 16 de Dezembro de 1971**. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5764.htm>. Acesso em: 25 de abril de 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm>. Acesso em: 23 de ago de 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.185, de 12 de Fevereiro de 2001a**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10185.htm#:~:text=L10185&text=LEI%20No%2010.185%2C%20DE%2012%20DE%20FEVEREIRO%20DE%202001.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20especializa%C3%A7%C3%A3o%20das%20sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs>. Acesso em: 08 de abril de 2024.

BRASIL. **Medida provisória nº 2.177-44**, de 24 de agosto de 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2177-44.htm>. Acesso em: 20 nov 2023.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 254, de 05 de Maio de 2011**. Dispõe sobre: a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2011/res0254_05_05_2011.html> . Acesso em: 08 de jul de 2024.

BRASIL. **Resolução normativa nº 343, de 17 de Dezembro de 2013**. Regulamenta a forma de processamento das demandas de reclamação; o procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar - NIP. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjY1Ng==>> . Acesso em: 08 de abril de 2024.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 438 de 3 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre: regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde . Disponível em: <<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY1NA==>> . Acesso em: 02 de jul de 2024.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 510, de 07 de Abril de 2016**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html>. Acesso em: 24 Out 2023.

BRASIL. **Resolução normativa nº 518, de 29 de abril de 2022c**. adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de riscos, para fins de solvência

das operadoras de plano de assistência à saúde. Disponível em:

<<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDIxNw==>>. Acesso em: 29 de abril de 2024.

BRASIL. **Resolução normativa nº 557, de 14 de dezembro de 2022f**. Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e regulamenta a sua contratação, dispõe sobre a contratação de plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial por empresário individual e dispõe sobre os instrumentos de orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde. Disponível em:

<<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMyOQ==>>. Acesso em: 09 de jul de 2024.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 558, de 14 de Dezembro de 2022b**. Dispões sobre: Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde; Carta de Orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0558_30_12_2022.html>. Acesso em: 01 de ago de 2024.

BRASIL. **Resolução normativa ANS nº 562, de 15 de dezembro de 2022a**. Dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999. Disponível em:

<<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMzNA==>>. Acesso em: 07 Nov 2023.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021**. Dispões sobre: Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde. Disponível em:

<<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDAmZMw==>>. Acesso em: 19 de ago de 2024.

BRASIL. **Resolução normativa nº 566, de 29 de Dezembro de 2022d**. *Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde..* Disponível em:

<<https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=NDMOMQ==>>. Acesso em: 25 de jun de 2024.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 567, de 16 de Dezembro de 2022e**. Dispões sobre: a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0567_30_12_2022.html>. Acesso em: 31 de Jul de 2024.

BRASIL. **Resolução Normativa nº 593, de 19 de Dezembro de 2023b**. Dispões sobre: a notificação por inadimplência à pessoa natural contratante de plano privado de assistência à saúde e ao beneficiário que paga a mensalidade do plano coletivo diretamente à operadora. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2023/res0593_20_12_2023.html>. Acesso em: 28 de Jul de 2024.

CONASS. **Regulação em Saúde**, 2011. Disponível em:

<<https://www.conass.org.br/biblioteca/regulacao-em-saude-2/>>. Acesso em: 20 Out 2023.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 999-1008, ago. 2001. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/6d9SpMdkJd9SHWG4vQyHMrf/?format=html&lang=pt#>>. Acesso em: 11 de abril de 2024.

FREIRE, Simone Sanches. **Análise descritiva do papel da notificação preliminar de intermediação (nip) como insumo regulatório do setor de saúde suplementar brasileiro**, 2021. Disponível em:

<<https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/b35ece15-6ba5-40fd-a58a-4ee1e8c57c95/content>>. Acesso em: 22 de jun de 2024.

FREIRE, Simone; TOSTES, Eduardo. A NIP da ANS e a eficiência administrativa na resolução de litígios da saúde suplementar. **Revista Estudos Institucionais**, v. 7, n. 1, p. 54-72, jan./abr. 2021. Disponível em: <<https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/download/604/665/2588>>. Acesso em: 30 ago. 2023.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social, 2008. Disponível em: <<https://elizabethruano.com/wp-content/uploads/2016/08/gil-2008-delineamento-da-pesquisa.pdf>>. Acesso em: 10 de out de 2023.

HERMANN, Jennifer. Liberalização e desenvolvimento financeiro: lições da experiência brasileira no período 1990-2006. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 257-290, ago. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ecos/a/nTWGmMVCQmrZHy39LSdsfQm/?lang=pt#>>. Acesso em: 27 de maio de 2024.

IBGE. Agência IBGE notícias, 2023. **Censo 2022**: de 2010 a 2022, população brasileira cresce 6,5% e chega a 203,1 milhões. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes>>. Acesso em: 13 set 2023.

IBGE. Cidades e Estados, Santa Catarina, 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc.html>>. Acesso em: 07 Nov 2023.

IDEC. **Conheça os tipos de reajuste que seu plano de saúde pode ter**, 2011. Disponível em: <<https://idec.org.br/consultas/dicas-e-direitos/conheca-os-tipos-de-reajuste-possiveis>>. Acesso em: 08 de abril de 2024.

INSTITUTO Brasileiro de Defesa do Consumidor, IDEC. **Planos Antigos**: Mais de 13 milhões de pessoas continuam ligadas a planos antigos, que praticam inúmeras restrições, 2007. Acesso em: <<https://idec.org.br/planos-de-saude/planos-antigos>>. Disponível em: 08 Nov 2023.

MONTONE, Januario. **Evolução e Desafios da Regulação do Setor de Saúde Suplementar**. Série 4 - ANS. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/ans/serie_ans4.pdf>. Acesso em: 20 set 2023.

MPCE. Ministério Público do Estado do Ceará. **Saúde Suplementar**. Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/institucional/centros-de-apoio-operacionais/caosau/saude-suplementar/>>. Acesso em: 29 ago. 2023.

OCKÉ-REIS, Carlos; ANDREAZZI, Maria; SILVEIRA, Fernando. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado?. **R. Econ. contemp.**, Rio de Janeiro, 10(1): 157-185, jan./abr. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rec/a/RJXpzCqFcYjDPrRQ5w5BDgD/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 05 set. 2023.

OLIVEIRA, Emerson; COVO, Suellen. **O acesso universal à saúde como forma de efetivação dos direitos humanos: SUS x sistema de saúde norte-americano**, [s.d.]. Disponível em: <<https://revista.pgm.fortaleza.ce.gov.br/revista1/article/download/382/338?inline=1>>. Acesso em 04 out 2023.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS?**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2015. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em: 04 out 2023.

PFEIFFER. **Defesa da concorrência do bem-estar do consumidor**, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2133/tde-26092011-104134/publico/versao_completa_Roberto_Pfeiffer.pdf>. Acesso em: 06 de mar de 2024.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise; CAETANO, João Carlos. **Saúde suplementar no Brasil**: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2023.

PLANO de saúde Conceição. **Área de cobertura**, 2024. Disponível em: <<https://planodesaudeconceicao.com.br/area-de-cobertura/>>. Acesso em: 30 de abril de 2024.

PLANO São Camilo. Página Institucional, **Coletivo empresarial**, 2024. Disponível em: <<https://planosaocamilo.com.br/planos/#coletivo-empresarial>>. Acesso em: 30 de abril de 2024.

SALES, João Eder. Cooperativismo: origens e evolução. **Revista Brasileira de Gestão e Engenharia**, São Gotardo, n. 3, p. 23-34, jul. 2010. Disponível em: <<https://www.periodicos.cesq.edu.br/index.php/gestaoeengenharia/article/view/30>>. Acesso em: 11 de abril de 2024.

SANTOS, Marta; Nascimento, Guilherme. **Metodologia científica**: A pesquisa como compreensão da realidade, 2021. Disponível em: <<https://docs.uft.edu.br/share/proxy/alfresco-noauth/api/internal/shared/node/Wv6gU1E2QfWcnh2jMFduvw/content/Metodologia%20Cientifica>>. Acesso em: 10 Nov 2023.

SAÚDE São José. Área Institucional, **Sobre nós**, 2024. Disponível em: <<https://www.ssJose.com.br/sobre-nos/#abrangencia>>. Acesso em: 30 de abril de 2024.

SECOM, Brasil. **Santa Catarina apresenta o 2º maior crescimento em número absoluto da população no Censo 2022**, 2023. Disponível em: <<https://estado.sc.gov.br/noticias/santa-catarina-apresenta-segundo-maior-crescimento-em-numero-absoluto-de-populacao-no-censo-2022/>>. Acesso em: 28 de maio de 2024.

SES, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **SUS**: 27 anos transformando a história da saúde no Brasil, 2015. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/7152-sus-27-anos-transformando-a-historia-da-saude-no-brasil>>. Acesso em: 20 out 2023.

SILVA, Ana Clara; SILVA, Maria. Os impactos do rol taxativo da agência nacional de saúde suplementar no direito brasileiro. **Revista Avant**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 220-236, 2022. Disponível em: <[https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/243008/V6N2_academica_220-236.pdf?sequence=1#:~:text=Para%20Alves%20et%20al%20\(2022,%2F2000%20e%209.656%2F1998](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/243008/V6N2_academica_220-236.pdf?sequence=1#:~:text=Para%20Alves%20et%20al%20(2022,%2F2000%20e%209.656%2F1998)>. Acesso em: 23 ago. 2023.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CORDOVA, Fernanda Peixoto. A pesquisa científica, 2023. Disponível em: <https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/09520520042012Pratica_de_Pesquisa_I_Aula_2.pdf>. Acesso em: 10 de out de 2023.

SOUSA, Ingrid Moraes de. **A mediação de conflitos sobre o Rol de procedimentos de cobertura em planos de saúde**. 2021. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2021. Disponível em: <<https://bibliotecatede.uninove.br/handle/tede/2511>>. Acesso em: 28 de maio de 2024.

SUSEP. **Sobre a Susep**, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/susep/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/sobre-a-susep>>. Acesso em: 08 Nov 2023.

UNIMED Alto Vale. **Conheça a Unimed Alto Vale**, 2024a. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/site/web/altovale/unimed/sobre-a-unimed-alto-vale>>. Acesso em: 09 de abril de 2024.

UNIMED Alto Vale. **Relatório de gestão e sustentabilidade**, 2022b. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/site/documents/6800448/6808793/Unimed+Alto+Vale+Relat%C3%B3rio+GRI.pdf/6a153ed6-b26a-b920-1368-77e433f1e338?t=1685046000602>>. Acesso em 27 de jun de 2024.

UNIMED BH. Dependente do plano de saúde: **o que é e quais as regras de inclusão**, 2021. Disponível em: <<https://viverbem.unimedbh.com.br/unimed-bh/dependente-do-plano-de-saude/>>. Acesso em: 01 de ago de 2024.

UNIMED Blumenau. **Sobre a Unimed Blumenau**, 2024. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/site/web/blumenau/sobre-a-unimed>>. Acesso em: 10 de abril 2024.

UNIMED Brusque. **Sobre a Unimed Brusque**, 2024. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/site/web/brusque/sobre-a-unimed-brusque>>. Acesso em: 10 de abril de 2024.

UNIMED Caçador. **Centro de diagnóstico**, 2024b. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/site/web/cacador/centro-de-diagn%C3%B3stico>>. Acesso em: 27 de maio de 2024.

UNIMED Caçador. **Nossa História**, 2024a. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/site/web/cacador/a-unimed>>. Acesso em: 09 de abril de 2024.

UNIMED Campinas. **Coparticipação: conheça as vantagens dessa modalidade de plano de saúde**, 2024. Disponível em: <<https://www.unimedcampinas.com.br/blog/plano-de-saude/coparticipacao-conheca-as-vantagens-dessa-modalidade-de-plano-de-saude>>. Acesso em: 09 de jul de 2024.

UNIMED Chapecó. **Sobre a Unimed Chapecó**, 2024. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/site/web/chapeco/identidade-organizacional-diretoria-conselho>>. Acesso em: 10 de abril de 2024.

UNIMED Criciúma. A Unimed, **Nossa história**, 2024a. Disponível em: <<https://www.unimedcriciuma.com.br/a-unimed/>>. Acesso em: 10 de abril de 2024.

UNIMED Criciúma. **Prêmios e reconhecimentos**, 2024b. Disponível em: <<https://www.unimedcriciuma.com.br/premios-e-reconhecimento/>>. Acesso em: 28 de maio de 2024.

UNIMED Extremo Oeste Catarinense. **Quem Somos**, 2024. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/site/web/extremooeste/quem-somos>>. Acesso em: 09 de abril de 2024.

UNIMED FESP. **Nossa história**: o nascimento do sistema Unimed, 2024. Disponível em: <<https://50anos.unimedfesp.coop.br/nossa-historia>> Acesso em: 12 mar 2024.

UNIMED Fortaleza. **O que significa vigência do plano de saúde?**, 2024. Disponível em: <<https://www.unimedfortaleza.com.br/blog/plano-saude/o-que-significa-vigencia-do-plano-de-saude>>. Acesso em: 08 jul 2024.

UNIMED Grande Florianópolis, 2020. **Perguntas e respostas**: Declaração de Saúde, CPT e DLP Disponível em: <<https://novoplanodesaude.paginas.ufsc.br/files/2020/04/FAQ-DS-29-01-20-V.03.pdf>>. Acesso em: 08 Nov 2023.

UNIMED Grande Florianópolis. **Quem somos**, 2024. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/site/web/florianopolis/quem-somos>>. Acesso em 10 de abril de 2024.

UNIMED Joinville. Nossa Unimed, **Unimed Joinville hoje**, 2024. Disponível em: <<https://unimed.coop.br/site/web/joinville/quemsomos>>. Acesso em: 10 de abril de 2024.

UNIMED Lages. **Nossa história**, 2024. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/site/web/lages/historia-unimed-lages>>. Acesso em: 10 de abril de 2024.

UNIMED Litoral. **Certificações e creditações**, 2024b. Disponível em: <<https://site.unimedlitoral.com.br/certificacoes-e-acreditacoes/>>. Acesso em: 28 de maio de 2024.

UNIMED Litoral. **Linha do tempo na Unimed Litoral**, 2024a. Disponível em:
<<https://site.unimedlitoral.com.br/linha-do-tempo-na-unimed-litoral/>>. Acesso em: 10 de abril de 2024.

UNIMED Meio Oeste - SC. Quem somos, **Sistema Unimed**, 2024. Disponível em:
<<https://www.unimed.coop.br/site/web/meiooestesc/quem-somos>>. Acesso em: 10 de abril de 2024.

UNIMED Meio Oeste - SC. **Relatório de gestão, 2023**. Disponível em:
<<https://www.unimed.coop.br/site/web/meiooestesc/relat%C3%B3rio-de-gest%C3%A3o>>. Acesso em: 27 de maio de 2024.

UNIMED Nacional. **História**. Conheça os principais acontecimentos ao longo dos 23 anos da Unimed Nacional, 2023. Disponível em:
<<https://www.centralnacionalunimed.com.br/historia#:~:text=1967,primeira%20cooperativa%20do%20Sistema%20Unimed>> Acesso em: 01 set. 2023.

UNIMED Planalto Norte. **Nossa história**, 2024. Disponível em:
<<https://www.unimed.coop.br/site/web/planaltonortheast/hist%C3%B3ria-unimed1>>. Acesso em: 10 de abril de 2024.

UNIMED Santa Catarina. **Nossas Unidades**, 2024b. Disponível em:
<<https://www.unimed.coop.br/site/web/santacatarina/nossas-unidades-em-sc>>. Acesso em: 06 mar 2024.

UNIMED Santa Catarina. Quem somos, **Federação Unimed Santa Catarina, 41 anos de história**, 2024a. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/site/web/santacatarina/nossa-historia>>. Acesso em: 10 de abril 2024.

UNIMED São José do Rio Preto. Site institucional. **Seguro de saúde x plano de saúde**: quais as principais diferenças e benefícios, 2021. Disponível em:
<<https://www.unimedriopreto.com.br/blog/seguro-de-saude-diferencas-e-beneficios>> Acesso em: 11 out 2023.

UNIMED. Site institucional. **Nossa estrutura**, 2024. Disponível em:
<<https://www.unimed.coop.br/site/sistema-unimed>>. Acesso em: 06 mar 2024.

UNIMED Tubarão. Sobre a Unimed Tubarão, **Conheça a Unimed Tubarão**, 2024. Disponível em:
<<https://unimedtubarao.com.br/sobre-a-unimed-tubarao/>>. Acesso em: 10 de abril de 2024.

