

Lizzie Karen do Carmo Neri

**MUDANÇA DE PLANO DE SAÚDE: INFORMAÇÃO PARA A
REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

**Dissertação de Mestrado
Maio de 2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
ESCOLA DE COMUNICAÇÃO - ECO
INSTITUTO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO
EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA – IBICT
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO - PPGCI**

Lizzie Karen do Carmo Neri

**MUDANÇA DE PLANO DE SAÚDE: INFORMAÇÃO PARA A REGULAÇÃO
DA SAÚDE SUPLEMENTAR**

RIO DE JANEIRO

2016

Lizzie Karen do Carmo Neri

**MUDANÇA DE PLANO DE SAÚDE: INFORMAÇÃO PARA A REGULAÇÃO DA
SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, convênio entre o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia e a Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Comunicação, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação.

.

Orientador: Marcos do Couto Bezerra Cavalcanti

Co-orientador: Fábio Castro Gouveia

RIO DE JANEIRO
2016

N455 Neri, Lizzie Karen do Carmo.
Mudança de plano de saúde: informação para a regulação da saúde
suplementar / Lizzie Karen do Carmo Neri. 2016.
173f. : il.

Orientador: Marcos do Couto Bezerra Cavalcanti.
Coorientador: Fábio Castro Gouveia.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Escola de Comunicação; Instituto Brasileiro de Informação em Ciência
e Tecnologia, Programa de Pós Graduação em Ciência da Informação,
2016.

1. Ciência da informação. 2. Agência Nacional de Saúde
Suplementar (Brasil). 3. Política de saúde – Brasil. 4. Saúde
suplementar – Brasil. I. Cavalcanti, Marcos do Couto Bezerra. II.
Gouveia, Fábio Castro. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Escola de Comunicação. II. IBICT.

CDD: 020.1

Lizzie Karen do Carmo Neri

MUDANÇA DE PLANO DE SAÚDE: INFORMAÇÃO PARA A REGULAÇÃO DA
SAÚDE SUPLEMENTAR

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, convênio entre o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia e a Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Comunicação, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação.

Aprovada em: 18 de maio de 2016

Prof. Dr. Marcos do Couto Bezerra Cavalcanti – Orientador

PPGCI / IBICT – ECO / UFRJ

Prof. Dr. Fábio de Castro Gouveia (IBICT/UFRJ) – Co-orientador

PPGCI / IBICT – ECO / UFRJ

Prof. Dr. Jorge Calmon de Almeida Biolchini

PPGCI / IBICT – ECO / UFRJ

Prof. Dra. Denise Scofano Diniz

Ministério da Saúde - CGA/DGH/RJ

AGRADECIMENTOS

À vida e às inúmeras oportunidades de troca de conhecimentos e experiências que me encaminharam até este momento.

À minha família pelo apoio durante a formação na área da saúde e regulação da saúde suplementar e em todos os desafios da vida.

Aos professores Marcos do Couto Bezerra Cavalcanti (orientador) e Fábio de Castro Gouveia (co-orientador) por apoiarem minha proposta de pesquisa e darem o suporte e o direcionamento necessários para que esta pudesse ser desenvolvida.

À banca examinadora da qualificação e defesa da dissertação pela análise minuciosa e destaques dos aspectos necessários para o aprimoramento e o reconhecimento desta pesquisa como um trabalho capaz de contribuir para a área da ciência da informação e da regulação da saúde suplementar.

Aos servidores e colaboradores da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar pela dedicação no desenvolvimento e aprimoramento dos Sistemas de Informação da ANS e pela amizade, colaboração e troca de experiências e conhecimentos.

Aos meus ex-professores da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) Sandra Teixeira de Araujo Pacheco e Janice Machado da Cunha pela dedicação à formação de enfermeiros e ao valioso aprendizado como orientanda nas monografias da graduação em enfermagem e residência em enfermagem neonatal.

“Uma informação é ao mesmo tempo a base para a tomada de decisões e o resultado direto de suas conseqüentes ações.” (BATISTA, 2006, p. 40)

RESUMO

NERI, Lizzie Karen do Carmo. **Mudança de plano de saúde:** informação para a regulação da saúde suplementar. 173f. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Rio de Janeiro, 2016.

A sociedade e os diversos tipos de organização precisam gerar, processar e aplicar a informação, de forma eficiente, baseada em conhecimentos, para obtenção apropriada de produtividade e de competitividade. Com o entendimento de que uma regulação eficiente do mercado de saúde suplementar exige informação e conhecimento profundo de sua dinâmica, a pesquisa, que teve como objetivo levantar e analisar as mudanças de planos de saúde realizadas pelos consumidores entre 2010 e 2014, com base nas informações enviadas pelas operadoras de planos de saúde à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além de discutir como essa informação pode contribuir para a regulação da saúde suplementar, propõe a utilização dos sistemas de informação da ANS para o tratamento e análise de dados relacionados às mudanças de plano de saúde dos beneficiários entre as operadoras para colaborar para o conhecimento do mercado de planos privados de assistência à saúde e auxiliar no estabelecimento de prioridades e na formulação de diretrizes na área da saúde. A coleta dos dados foi realizada com auxílio de consultas SQL, nas bases de dados da ANS, com base nas especificações pré-determinadas, ou seja, a partir da prévia definição dos critérios, filtros e delimitações de campos, das tabelas e do intervalo de tempo para as extrações dos dados. Foi realizada a extração de dados das bases de dados de beneficiários de planos de saúde, de operadoras e de produtos, para análise e discussão dos dados relacionados às mudanças de planos de saúde no Brasil. Além disso, foram levantadas as estatísticas de acesso ao guia de planos da ANS e os resultados das buscas por termos selecionados, por haver relação com o tema mudança de plano de saúde na web com auxílio da ferramenta “google trends”. Esta pesquisa constatou a importância da grande base cadastral de beneficiários de planos de saúde, que pode ser analisada sob diversas óticas, para a compreensão do mercado da saúde privada, com a utilização de inúmeras variáveis e com focos diferentes. Como demonstraram os resultados, é possível a utilização dessa base para a compreensão da dinâmica das mudanças de plano de saúde e consequentemente para o aumento do conhecimento da saúde suplementar, o que traz importantes benefícios para o estabelecimento de diretrizes na área da saúde.

Palavras-chave: Agência Nacional de Saúde Suplementar; ANS; Mudança de plano de saúde; Regulação da saúde suplementar; Informação.

ABSTRACT

NERI, Lizzie Karen do Carmo. **Health plan change:** Information on the regulation of health insurance. 173f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Rio de Janeiro, 2016.

The society and the various types of organization need to generate, process and apply efficiently knowledge-based information appropriate for achieving productivity and competitiveness. With the understanding that effective regulation of the health insurance market requires information and thorough understanding of its dynamics, the research aimed to survey and analyze the health plan changes made by consumers between 2010 and 2014 based on the information sent by health insurance providers to the National Agency of Supplemental Health (ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar), and discuss how this information can contribute to the Regulation of Health Insurance, proposes the use of ANS information systems for the processing and analysis of data related to plan changes health of beneficiaries among operators to contribute to the knowledge of the private health plans market and assist in setting priorities and formulating guidelines in healthcare. Data collection was performed using SQL queries in the ANS database based on predetermined specifications, i.e. from the previous definition of the criteria, filters and boundaries of fields, tables and time interval for the extraction of data. It was held extraction of data in databases of health plans, providers and products for analysis and discussion of data related to health insurance changes in Brazil. In addition, they raised access statistics to guide the ANS plans and results of searches for selected terms to have relation with the theme health plan change on the web with the help of google trends tool. This survey found the importance of large cadastral base of beneficiaries of health plans, which can be analyzed in various, optical and understanding of the private healthcare market, and with the use of numerous variables and with different focuses. As shown by the results, using this basis for understanding the dynamics of health plan changes and consequently to the increase in supplementary health knowledge is possible, which has important benefits for the establishment of guidelines in health care.

Keywords: National Health Agency; Agência Nacional de Saúde Suplementar; ANS; Change of health insurance; The health insurance regulation; Information.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Campos obrigatórios e opcionais (RDC nº 3/2000)	43
Quadro 2 – Campos obrigatórios e opcionais (RN nº 17/2002).....	44
Quadro 3 – Campos de dados de identificação pessoal e de endereço do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS	47
Quadro 4 – Campos de dados contratuais do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS	48
Quadro 5 – Termos pesquisados e selecionados com utilização do “google trends”	80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição de beneficiários por tipo de cobertura do plano de saúde no período de 2005 a 2015.....	16
Gráfico 2 - Taxa de cobertura de planos médico-hospitalares no Brasil: capitais, regiões metropolitanas (RM'S) e interior no período de 2005 a 2015.....	17
Gráfico 3 - Número de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil	55
Gráfico 4 - Distribuição dos beneficiários de planos médico-hospitalares por modalidade da operadora no período de 2005 a 2015	57
Gráfico 5 - Distribuição dos beneficiários de planos médico-hospitalares por época de contratação.....	58
Gráfico 6 - Distribuição de beneficiários de planos privados de assistência médica por tipo de contratação do plano no período de 2005 a 2015	61
Gráfico 7 - Buscas por termos relacionados a mudança de plano de saúde na web no período de 2005 a 2015 no Brasil.	81
Gráfico 8 - Adaptações de plano de saúde no período de 2010 a 2014 no Brasil	85
Gráfico 9 - Migrações de plano de saúde no período de 2010 a 2014 no Brasil	86
Gráfico 10 - Mudanças de plano de saúde por tipo de contratação do plano na operadora de origem e destino no período de 2010 a 2014 no Brasil	88
Gráfico 11 - Relação entre a média no número de beneficiários e o número de mudanças de plano de saúde por tipo de contratação do plano no período de 2010 a 2014 Brasil	89
Gráfico 12 - Mudanças de plano de saúde por porte da operadora de origem e de destino no período de 2010 a 2014	90
Gráfico 13 - Relação entre a média no número de beneficiários e o número de mudanças de plano de saúde por porte da operadora no período de 2010 a 2014	91
Gráfico 14 – Relação entre a média no número de beneficiários e o número de mudanças de plano de saúde por modalidade da operadora no período de 2010 a 2014.....	92
Gráfico 15 - Mudanças de plano de saúde por modalidade da operadora de origem e de destino no período de 2010 a 2014 no Brasil	93
Gráfico 16 - Total de mudanças de plano de assistência médica por faixa etária dos beneficiários no período de 2010 a 2014 no Brasil	95
Gráfico 17 - Média de beneficiários de plano de assistência médica por faixa etária no período de 2010 a 2014 no Brasil	95

Gráfico 18 - Média do número de beneficiários com planos de assistência médica por Unidade da Federação de residência no período de 2010 a 2014 no Brasil	96
Gráfico 19 - Média do número de beneficiários com plano de saúde por Unidade da Federação de residência no período de 2010 a 2014 no Brasil	97
Gráfico 20 - Município de origem dos beneficiários que mudaram de plano de assistência médica no período de 2010 a 2014 no Brasil	98
Gráfico 21 - Município de destino dos beneficiários que mudaram de plano de assistência médica no período de 2010 a 2014 no Brasil	99
Gráfico 22 - Proporção das mudanças de planos de assistência médica de maior e menor preço no período de 2010 a 2014	101
Gráfico 23 - Proporção das mudanças de planos de assistência médica de maior e menor preço por faixa etária no período de 2010 a 2014	102
Gráfico 24 - Total de filhos com até doze meses de vida incluídos como dependentes nos planos de assistência médica, por tempo de inclusão após as mudanças contratuais dos titulares dos planos, no período de 2010 a 2014.....	103
Gráfico 25 - Proporção de filhos por tempo de vida, incluídos como dependente de plano de assistência médica em até seis meses após as mudanças contratuais realizadas pelos titulares no período de 2010 a 2014	104
Gráfico 26 - Mudanças de plano informadas à ANS no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014	105
Gráfico 27 - Variação anual dos acessos ao guia de planos da ANS no período de setembro de 2011 a dezembro de 2014.....	106
Gráfico 28 - Variação anual das pesquisas realizadas em ferramentas de busca da web no Brasil relacionadas ao tema "Mudança de plano de saúde" no período de setembro de 2011 a dezembro de 2014.....	106
Gráfico 29 - Variação mensal dos acessos ao guia de planos da ANS no período de setembro de 2011 a dezembro de 2014.....	107
Gráfico 30 - Variação mensal das pesquisas realizadas em ferramentas de busca da web no Brasil relacionadas ao tema “mudança de plano de saúde” no período de setembro de 2011 a dezembro de 2014.....	108

LISTA DE SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

BBS – Bulletin Board System

BI- Business Intelligence

CCO- Código de Controle Operacional do SIB

CADOP - Cadastro de Operadoras

CNPJ- Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CNS- Cartão Nacional de Saúde

CPF- Cadastro de Pessoa Física

CPT- Cobertura Parcial Temporária

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DIOPS – Documento de Informações Periódicas de Operadoras

DIPRO- Diretoria de Produtos da ANS

DLP- Doença ou Lesão Preexistente

E-SIC - Sistema Eletrônico de Serviço de Informação ao Cidadão

EHR - Electronic Health Records

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEC - Instituto de Defesa do Consumidor

IDSS - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar

IESS - Instituto de Estudos em Saúde Suplementar

NTRP - Nota Técnica de Registro de Produtos

QUALISS - Qualificação da Saúde Suplementar

RPS - Registro de Planos de Saúde

RDC- Resolução da Diretoria Colegiada

RN - Resolução Normativa

RO - Resolução Operacional

SCPA - Cadastro de Planos Antigos

SIB - Sistema de Informações de Beneficiários

SIBTAB - Transferência Automática de Beneficiários

SIP - Sistema de Informações de Produtos

SQL - Structured Query Language

SUS - Sistema Único de Saúde

TIC - Tecnologias da Informação e da Comunicação

TISS - Troca de Informações da Saúde Suplementar

TUSS - Terminologia Unificada da Saúde Suplementar

TXT- Text (extensão do arquivo)

UF – Unidade da Federação

XML - Extensible Markup Language (extensão do arquivo)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
2.1 SOCIEDADE, INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO	26
2.2 GESTÃO E INFORMAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES	30
2.3 A UTILIZAÇÃO DAS BASES DE DADOS PARA A TOMADA DE DECISÃO.....	33
2.4 A INFORMAÇÃO PARA O ESTADO	36
2.5 INFORMAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR	39
2.5.1 Sistemas de Informação na Saúde Suplementar	40
2.5.1.1 Sistema de Informação de Beneficiários – SIB	41
2.5.1.2 Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – DIOPS.....	50
2.5.1.3 Sistema de Informações de Produtos - SIP	51
2.5.1.4 Sistema de Registro de Produtos - RPS.....	51
2.5.1.5 Nota Técnica de Registros de produtos - NTRP	51
2.5.1.6 Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS.....	53
2.5.1.7 Qualificação de prestadores - QUALISS	53
2.5.2 Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.....	55
2.5.3 Tipos de Planos de Saúde	57
2.5.4 Informação para a regulação da saúde suplementar	62
2.5.4.1 Mudança de plano na mesma operadora	63
2.5.4.2 Migração de plano	63
2.5.4.3 Adaptação do contrato antigo	64
2.5.4.4 Mudança de plano entre diferentes operadoras	64
2.5.4.5 Portabilidade regular	65
2.5.4.6 Portabilidade especial e extraordinária	66

2.5.4.7 Mudança de plano sem exercício da portabilidade	68
3 MÉTODO	70
3.1 ABORDAGEM	70
3.2 COLETA DOS DADOS	71
3.2.1 Consultas às bases de dados	71
3.2.2 Acesso ao guia de planos da ANS e busca por termos relacionados às mudanças de plano de saúde em ferramentas de pesquisa da web	78
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	81
3.3.1 Extração nas bases de dados	81
3.3.2 Acessos ao guia de planos da ANS e pesquisa por termos relacionados às mudanças de plano de saúde na web	82
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
4.1 MIGRAÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PLANO.....	83
4.2 MUDANÇAS DE PLANO ENTRE DIFERENTES TIPOS DE CONTRATAÇÃO E ENTRE OPERADORAS DE DIFERENTES PORTES E MODALIDADES	86
4.3 MUDANÇAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOS BENEFICIÁRIOS DE DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS	93
4.4 MUDANÇAS DE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E A RELAÇÃO COM O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DOS BENEFICIÁRIOS.....	96
4.5 MUDANÇAS ENTRE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE DIFERENTES FAIXAS DE PREÇO.....	100
4.6 MUDANÇAS DE PLANO DE SAÚDE E O PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	102
4.7 A RELAÇÃO ENTRE AS BUSCAS DE TERMOS DE PESQUISA NA WEB, ACESSO AO GUIA DE PLANOS E ATUALIZAÇÃO DA BASE DE DADOS DA ANS.....	104
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICE A – Ficha de especificação para consultas às bases de dados da ANS	124
APÊNDICE B – Esquema das “queries” utilizadas nas consultas	127
ANEXO A – Histórico de versões do SIB	150
ANEXO B – Instruções de preenchimento do SIB	164

1 INTRODUÇÃO

Informação baseada em conhecimentos, gerada, processada e aplicada, de forma eficiente, pela sociedade e pelos diversos tipos de organização, é necessária para obtenção apropriada de produtividade e competitividade. “Sem dúvida, informação e conhecimento sempre foram elementos cruciais no crescimento da economia, e a evolução da tecnologia determinou, em grande parte, a capacidade produtiva da sociedade e os padrões de vida, bem como formas sociais de organização econômica.” (CASTELLS, 1999, p. 119)

De acordo com Lemos (1999, p. 128), progressivamente a capacidade de transformar informação em conhecimento é considerada vital para a produtividade e competitividade dos agentes econômicos, o que se refletiu na valorização dos recursos intangíveis na economia, especialmente nos aspectos relacionados à educação e ao treinamento da força de trabalho e do conhecimento adquirido em pesquisa e desenvolvimento. Dentro desta mesma lógica, Castells (1999, p. 165) enfatiza que a produtividade e a competitividade na produção informacional se baseiam na geração de conhecimentos e no processamento de dados. E que a geração de conhecimentos e a capacidade tecnológica são as ferramentas fundamentais para a concorrência entre empresas, organizações e países.

Quanto à relação existente entre informação e saúde, deve-se considerar primeiramente que o direito à saúde é garantido no artigo 196 da Constituição Federal (CF 88) como direito de todos e dever do Estado. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (MELLO et al., 2012, p.3)

Segundo o mesmo autor, trata-se de dispositivo constitucional, que respalda inúmeras decisões jurídicas, as quais reconhecem a obrigação do Estado de fornecer assistência à saúde, no que for necessário para conservar a vida dos indivíduos.

Com base na referida constituição, a prestação dos serviços de saúde pelo Estado deve ser sempre de modo universal e igualitária. No entanto, as deficiências existentes nos serviços públicos demonstram que ainda não foram alcançados os propósitos da universalização. Nesse sentido, Mello et al. (2012, p.4) entende que diante da “deficiência crônica no setor público”, avanços do tratamento, especialização e aumento dos custos na atenção à saúde, torna a saúde suplementar um elemento fundamental para amenizar o problema da saúde pública.

Para Andrade et al. (2015, p. 17), o Estado está diante de uma tarefa desafiante, que é a regulação do mercado de seguros de saúde, assistência de saúde privada ou da chamada saúde suplementar.

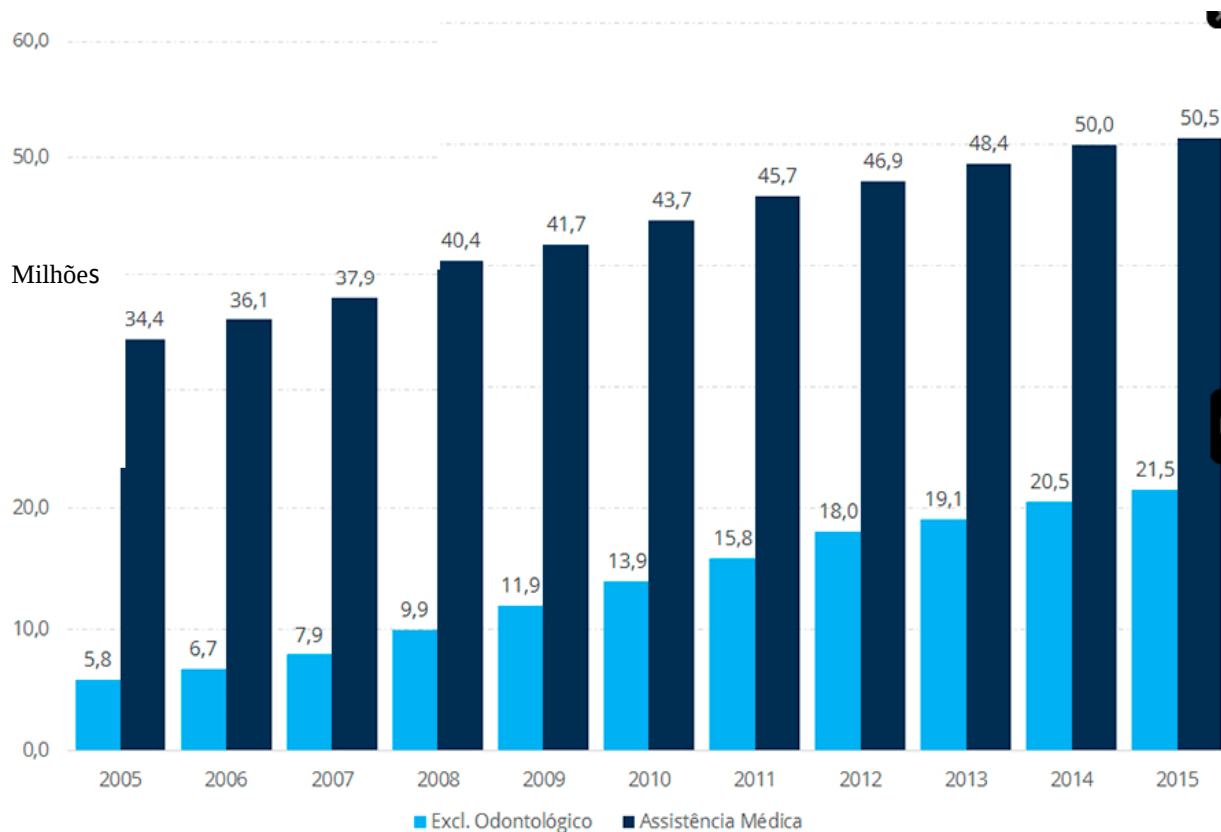
A regulação da saúde suplementar não é algo trivial em parte alguma do mundo. Pelo contrário, trata-se de missão complexa dadas as peculiaridades do objeto de trabalho - a saúde - e as relações de mercado. No caso brasileiro, esta missão apresenta-se com cores bastante mais fortes, tendo em vista as rápidas mudanças demográfica e epidemiológica por que passa o país, as dinâmicas e realidades regionais, as questões econômicas, sociais e legais, de tal forma que a atuação da Agência deve se dar em espectro mais abrangente que apenas no campo econômico-financeiro, incluindo a atenção à saúde e a busca da eficiência e efetividade deste subsistema, em consonância com os objetivos e os planos nacionais de saúde. (ANDRADE, 2015, p. 11)

Um pouco mais de um quarto da população brasileira está coberta por planos de assistência médica, com taxa de cobertura maior nas capitais e nas regiões metropolitanas e menor no interior dos estados (Gráfico 2). Segundo o IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), essa diferença está associada ao mercado de trabalho formal, mais desenvolvido nas áreas de maior atividade econômica, porém o crescimento da taxa da cobertura, de 2005 a 2015, tem sido relativamente maior no interior, revelando que esse é um mercado promissor para o setor de saúde suplementar. (IESS, 2015)

Existem, atualmente, 1,4 mil operadoras de planos de saúde com registro ativo e 50,8 milhões de consumidores em planos de assistência médica. Estes dados representam uma cobertura de cerca de 26,3% da população brasileira. Em relação aos planos exclusivamente odontológicos, em junho de 2014, eram mais de 21,0 milhões de vínculos de beneficiários, os quais representavam cobertura de mais de 10,8% da população brasileira. Desde o ano de 2003, o número de beneficiários de planos de assistência médica vem crescendo constantemente. Em 2014 foram realizadas 56 milhões de terapias, 280,3 milhões de consultas médicas, 9,7 milhões de internações e 763 milhões de exames complementares. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015a)

De acordo com a análise feita pelo IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar) e demonstração do Gráfico 1, o número de beneficiários de planos de saúde tem crescido consideravelmente desde 2005. De acordo com o Instituto, o número de beneficiários em planos de assistência médica cresceu 46,8% entre junho de 2005 e junho de 2015. Quanto aos planos exclusivamente odontológicos, o Instituto concluiu que a expansão foi ainda maior, de 3,7 vezes em junho de 2015 (IESS, 2015).

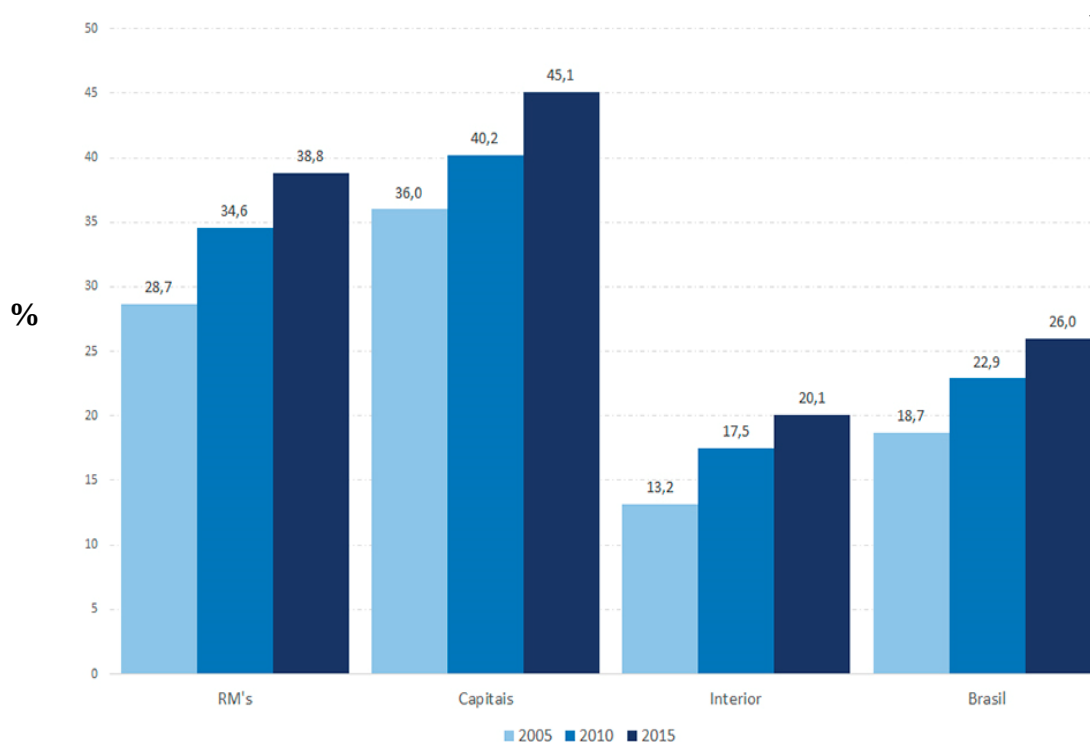
Gráfico 1 – Distribuição de beneficiários por tipo de cobertura do plano de saúde no período de 2005 a 2015



Fonte: ANS/Tabnet¹. Elaboração: IESS. Mês base: junho de 2015.

¹ Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/anstabnet/index.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

Gráfico 2 - Taxa de cobertura de planos médico-hospitalares no Brasil: capitais, regiões metropolitanas e interior no período de 2005 a 2015



Fonte: ANS/Tabnet. Elaboração: IESS. Mês base: junho de 2015.

Órgão de regulação do mercado de saúde suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem como função fundamental manter o equilíbrio do setor com a utilização de diversas ferramentas de gestão estratégica e de fiscalização nas interações frequentes com os consumidores, operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde privada em hospitais, laboratórios e consultórios. Suas principais ações envolvem criação de normas, fiscalização e troca de informações com operadoras, prestadores e beneficiários de planos de assistência à saúde. Agências reguladoras como a ANS foram instituídas no contexto de nova organização do Estado Brasileiro a partir da segunda metade da década de noventa. Trata-se de um novo modelo estatal que contribui para reconfigurar o papel do governo e da participação da sociedade. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2003, p. 3)

No âmbito das atribuições da ANS, saúde suplementar refere-se à atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do Poder Público. O termo saúde suplementar é definido por Gabriel Schulman da seguinte forma:

A esfera de atuação dos planos de saúde. A locução denomina, por conseguinte, a prestação de serviços de saúde, realizada fora da órbita do Sistema Único, vinculada

a um sistema organizado de intermediação mediante pessoas jurídicas especializadas (operadoras de planos de saúde). Em palavras mais adequadas às interfaces entre público e privado, a saúde suplementar configura a prestação privada de assistência médico-hospitalar na esfera do subsistema da saúde privada por operadoras de planos de saúde. (SCHULMAN, 2012, p.201)

O setor de planos privados de saúde é definido como suplementar, no Brasil, devido à opção de se pagar um seguro privado, apesar da existência da contribuição compulsória para a seguridade social para acesso ao serviço público de saúde (BAHIA; VIANA, 2003, p.12). Porém, segundo os autores Pietrobon, Prado e Caetano (2008, p. 269), poderia ser classificado de complementar, ao se admitir a limitação do sistema de saúde público e o sistema privado complementa a cobertura de determinados serviços.

A ANS tem como missão “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país”. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015b)

Tem como visão: “Ser reconhecida como indutora de eficiência e qualidade na produção de saúde”. E tem ainda como valores institucionais: “a transparência e ética dos atos, o conhecimento como fundamento da regulação, o estímulo à inovação para busca de soluções e sustentabilidade setorial e o foco no compromisso social”. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015b)

A Agência reguladora publica periodicamente a taxa de rotatividade, a qual é a representação do tempo de permanência dos beneficiários no mesmo plano de saúde e que é baseada no total de adesões e cancelamentos de planos de saúde informados na base de dados do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), a foi maior entre os planos de assistência médica de contratação coletiva em 2014. A rotatividade foi maior entre as operadoras nas modalidades de medicina de grupo (42%) e menor nas de autogestão (8%) (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015a, p. 18)

O SIB é composto pelo aplicativo de envio e processamento de dados (sistema informatizado) e pelas tabelas de cadastro. É formado também por dados de identificação pessoal, endereço e informações contratuais dos consumidores de planos de saúde. Trata-se de uma grande base de dados composta por mais de 300 milhões de registros de beneficiários (vínculos contratuais), dos quais, mais de 72 milhões são de registros ativos, ou seja, vínculos de contratos de planos de saúde vigentes. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015 j)

A taxa de rotatividade demonstra quanto tempo um beneficiário permaneceu em determinado plano, mas não permite conhecer a dinâmica de mudanças entre os planos e entre as operadoras. As mudanças de plano de saúde podem ocorrer, na mesma operadora, quando o beneficiário decide mudar para um plano com uma rede de prestadores mais ampla ou com cobertura nacional, ou trocar de um plano antigo (anterior à Lei 9.656/98) para um novo (coberto pela Lei 9.656/98), com cobertura assistencial mais ampla e com regras mais estabelecidas. Pode ocorrer também entre operadoras diferentes, quando por opção, determinação da ANS ou por incorporações de empresas e transferência de carteira, os beneficiários passam de uma operadora para outra. (RN 295/2012; RN 252/2011)

Periodicamente é enviado à ANS grande volume de dados sobre as operadoras e os beneficiários, incluindo as mudanças de plano, em atendimento às obrigações estabelecidas na Resolução Normativa (RN) nº 295 de 09 de maio de 2012 e na Instrução Normativa (IN) nº 50/DIDES, de 26 de setembro de 2012. A obrigatoriedade no envio de informações cadastrais de beneficiários pelas operadoras à ANS entrou em vigor em 24/01/2000, com a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 3, de 20 de janeiro de 2000.

Nesse sentido, como Beuren² (1998) apud Bigaton (2005) acredita, quem detém a informação e sabe usá-la, como um recurso estratégico, para a definição das ações, conseguirá uma maior eficiência e se tornará mais competitivo, dado que a informação possibilita um maior controle das operações empresarias, tornando-se fundamental no apoio às estratégias e processos de tomada de decisão.

Varajão (2005, p.7) enfatiza a importância da informação para o alcance dos objetivos de qualquer organização: “a informação é o recurso estruturante da nova sociedade emergente. As pessoas e a informação são os ativos que diferenciarão as organizações, num mundo de grande competição, constituindo recursos valiosos e instrumentos de poder que não podem ser ignorados”. Varajão cita ainda o seguinte texto dos autores Mckeown e Leitch (1993)³ para exemplificar o pensamento:

De todos os recursos da organização, incluindo os financeiros, humanos e logísticos, a informação é provavelmente o mais valioso, porque descreve estes recursos físicos e o mundo em que se encontram. A posse dos recursos

² BEUREN, I.M. *Gerenciamento da informação: um recurso estratégico no processo de gestão empresarial*. São Paulo: Atlas, 1998.

³ MCKEOWN, P.G; LEITCH, R.A. *Management information systems: managing with computers*. Dryden, 1993.

físicos sem informação acerca deles tem pouca utilidade, dado não ser possível a sua utilização eficaz. (VARAJÃO, 2005, p.7)

Varajão (2005, p. 49) valoriza os fatores extrínsecos para considerar o valor da informação e cita a seguinte frase dos autores Eaton e Bawden (1991): “a informação não tem um valor intrínseco, depende do contexto, dos seus utilizadores e do seu uso em situações particulares”.

Para Lima (2005, p. 77), a disseminação de informações pode ser importante ferramenta nas mãos da ANS para reduzir as desigualdades de informação: “A produção de informações sobre operadoras, produtos e beneficiários do mercado de saúde suplementar interfere saudavelmente nas discussões e nas tomadas de decisão dos clientes usuários”.

Apesar da relevância existente, ao se abordar um tema que envolve ao mesmo tempo aspectos complexos como a atenção à saúde do cidadão, informação, conhecimento e regulação da saúde suplementar, as discussões acadêmicas que envolvam a relação entre informação e a regulação da saúde suplementar ainda são bastante escassas, porém alguns trabalhos exploraram essa temática, como o estudo de Lima (2005)⁴, cujo objetivo principal da investigação foi a demonstração da informação como elemento estratégico no processo de regulação dos mercados, o qual inclui o mercado de saúde suplementar, no qual há assimetrias de informação entre os atores envolvidos. Neste mesmo trabalho, o cadastro de beneficiários da ANS foi apontado como importante fonte para estudos e pesquisas epidemiológicas, com verificação da frequência de eventos vitais, mediante sistemas de notificação de nascidos vivos, de notificação compulsória de agravos e de informações de mortalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

O IDEC sugere que a ANS faça o monitoramento, disponibilize ao mercado as informações captadas e, em conjunto com sociedades científicas ou técnicas, trabalhe para a ampliação dessa oferta. Adotado por todas as operadoras privadas, esse procedimento pode trazer um impacto muito positivo na qualidade da promoção e da assistência à saúde. (LIMA, p. 80, 2005)⁵

A referida pesquisa, apresentou, dentre outras conclusões, a de que é necessário entender a implantação dos diferentes e importantes sistemas de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como parte do processo de construção da regulação, da regulamentação e da fiscalização do mercado de assistência suplementar à saúde. Desse

⁴ LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro. Informação e regulação da assistência suplementar à saúde. (Tese de Doutorado) ECO / UFRJ, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/trabalhos-academicos#sthash.nPsBIC6S.dpuf>>. Acesso em: 8 ago. 2015.

⁵ IDEC – Instituto de Defesa do Consumidor

modo, para o autor, o cadastro de beneficiários pode ser considerado importante fonte de informação na área da saúde:

O cadastro de beneficiários demorou alguns anos antes de se consolidar como uma base de dados segura e confiável sobre as pessoas cobertas pelos planos privados de assistência à saúde. O temor das operadoras privadas de apresentarem o cadastro de seus clientes, que poderiam chegar ao conhecimento dos concorrentes, atrasou a sua organização e melhoria. (LIMA, p. 70, 2005)

Dias (2004) também se dedicou, em sua pesquisa, à questão da informação na regulação da saúde suplementar e realizou um estudo de caso em uma das operadoras de modalidade autogestão⁶, que tem características particulares que estão descritas no capítulo destinado à conceituação dos tipos de operadoras de plano de saúde, conforme critérios estabelecidos nas normas da ANS. Uma das conclusões da autora referiu-se aos estudos sobre as informações disponíveis nos bancos de dados das operadoras. Em seu ponto de vista, estas informações podem contribuir significativamente para a criação de indicadores da saúde dos beneficiários de planos de saúde, inclusive na promoção da saúde, detecção precoce de doenças, qualidade dos produtos comercializados e na gestão desses planos. Defende, que a ANS pode utilizar essas informações para subsidiar as ações regulatórias, já que possibilitará maior conhecimento operacional do mercado regulado, melhoria nos processos de captação de dado sem perda de equilíbrio entre complexidade da solicitação e benefícios obtidos. (DIAS, 2004, p. 37)

Dias (2004, p. 84) ainda verificou, com sua pesquisa, que a metodologia de captação de dados da ANS está orientada por uma postura autoritária, pois requisita, de maneira compulsória, o envio de informações periódicas como o DIOPS (documento de informações periódicas de operadoras), SIP (Sistema de Informações de Produtos) e SIB (Sistema de Informações de Beneficiários), que são sistemas de informação da ANS. A autora ainda destaca que os resultados médios divulgados pela ANS sobre o setor são de pouca utilidade para os consumidores ou empresas contratantes que estariam interessados em avaliar o desempenho dos planos de saúde.

Outra questão discutida no trabalho de Dias (2004, p.91) é sobre a competitividade existente, no mercado da saúde suplementar, em semelhança com qualquer outro mercado

⁶ Autogestão: entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado exclusivamente a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas; associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014a)

existente. Na visão da referida autora, as operadoras precisam se preocupar com a utilização das informações e não se limitar ao envio de informações pela obrigatoriedade imposta pelas normas do agente regulador.

O estudo da literatura e os resultados obtidos nas pesquisas citadas corroboram para o entendimento de que é necessário conhecimento profundo do mercado de saúde suplementar, para que sua regulação seja feita para possibilitar intervenções e induções mais eficientes e antecipadas.

Partindo-se do reconhecimento de que a base cadastral de beneficiários, planos e operadoras da ANS, após tratamento e análise dos dados, podem ser uma grande fonte de informação sobre a saúde suplementar, e que há um déficit de conhecimento sobre a dinâmica do mercado, no que se refere às mudanças de plano de saúde dos beneficiários entre as operadoras, foram formulados os seguintes questionamentos que nortearam o desenvolvimento dessa pesquisa e a busca de respostas que pudessem fundamentar a premissa de que há grande fonte de informação ainda inexplorada e que tem grande potencial para aumentar o conhecimento sobre a saúde suplementar:

- a) As características relacionadas às operadoras ou ao tipo de plano contratado podem ser determinantes para a maior ou menor movimentação de consumidores entre operadoras e planos?
- b) Há alguma peculiaridade nas mudanças de planos realizadas por beneficiários de operadoras de diferentes portes e modalidades?
- c) Há alguma diferença nas mudanças de planos realizadas entre planos antigos e novos, coletivos e individuais?
- d) O planejamento familiar pode ser determinante na decisão da troca de plano de saúde?
- e) O preço do plano de saúde, idade do consumidor e município de residência dos beneficiários podem ser determinantes para a decisão da troca de plano de saúde?

Para buscar respostas aos questionamentos realizados, este estudo foi estruturado para atender ao seguinte objetivo geral: levantar e analisar as mudanças de planos de saúde realizadas pelos consumidores entre os anos de 2010 e 2014, com base nas informações enviadas pelas operadoras de planos de saúde à ANS, além de discutir como podem as informações contribuir para a regulação da saúde suplementar. Dessa forma, como objetivos específicos foram definidos:

- a) Analisar e discutir a dinâmica das mudanças de plano realizadas por beneficiários de operadoras de diferentes portes e modalidades e entre planos de tipo de

contratação individual e coletiva; plano antigo (anterior à Lei 9.656/98) e plano novo (posterior à Lei 9.656/98);

- b) Analisar e discutir a relação existente entre as mudanças de plano de saúde e a faixa etária dos beneficiários, faixa de preço do plano, município de residência dos beneficiários, inclusão de dependente (filho) no plano e vínculo empregatício; e
- c) Verificar e analisar a existência de uma relação entre estatísticas de acesso ao guia de planos, buscas por termos relacionados às mudanças de planos de saúde na web e informações sobre as mudanças de planos dos beneficiários enviadas pelas operadoras à ANS.

O estudo tem caráter descritivo, ao considerar a potencialidade de descrever o fenômeno de forma integral e por ser o método que cuida da descrição das características de determinada população ou fenômeno e também por permitir o estabelecimento de relações entre variáveis e fatos. (PEREIRA, 2012)

A partir do entendimento da importância da informação para subsidiar ações estratégicas na área da saúde suplementar e a existência de uma grande base de dados sobre os consumidores de planos de saúde e operadoras com potencial de gerar conhecimento, esta dissertação, requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação (IBICT/PPGCI), está baseada no levantamento e na análise das mudanças de planos de saúde a partir das bases de dados da ANS.

A ANS dispõe de imensa base dados cadastrais dos beneficiários e das operadoras, que pode ser minerada para contribuir com o conhecimento da dinâmica da saúde suplementar. Com o tratamento dos dados armazenados, é possível se extraírem informação e conhecimento sobre as mudanças de plano de saúde, ação que irá contribuir para definição de estratégias, planejamento e melhor regulação do mercado pela Agência. Essas informações poderão colaborar diretamente para as ações da agência reguladora e para o meio acadêmico e também para a integração e o estabelecimento das diretrizes da saúde pública e privada, operadoras de planos de saúde, prestadores de serviço em saúde e consumidores de planos de saúde. E, em última instância, para o fortalecimento do sistema nacional de saúde brasileira.

De acordo com Stair & Reynolds (2012, p. 193), a utilização de bancos de dados para objetivos de inteligência de negócios é diretamente relacionada à mineração de dados. Segundo os autores, a “inteligência de negócios” (*BI- business intelligence*) envolve reunir

informações corretas e suficientes - de maneira oportuna e de forma utilizável - e analisá-las, para que possam ter efeito positivo sobre estratégias, táticas ou operações de negócio.

Um dos principais objetivos da tecnologia de mineração de dados é oferecer seus resultados de uma forma fácil de serem interpretados pelos usuários finais. Utilizar a sumarização de dados, para facilitar o entendimento dos dados, é uma estratégia muito usual, que facilita e identifica inúmeras características nos dados em estudo. Uma das principais abordagens para descrição de informações é a visualização, principalmente quando o conjunto de dados a ser explorado não está organizado em uma forma padrão. Os resultados da sumarização e da visualização são normalmente utilizados em conjunto com outras funcionalidades. (CORTÊS, PORCARO E LIFSCHITZ, 2002, p.9).

Para o alcance dos objetivos dessa pesquisa, os levantamentos foram precedidos de uma fase de especificação, ou definição dos critérios, filtros e formas de apresentação dos resultados que foram obtidos com auxílio de ferramenta de gerenciamento de banco de dados relacional e linguagem SQL (Structured Query Language)⁷. Foram realizadas consultas diretamente nas bases de dados da ANS, quais sejam, SIB, CADOP e RPS (registro de plano de saúde) para análise e discussão dos dados relacionados às mudanças de planos de saúde no Brasil. Além disso, os levantamentos foram expandidos para além dos dados registrados na ANS, que são dados informados pelas operadoras de planos de saúde. Foram mensuradas as buscas pelos termos relacionados à “mudança de plano de saúde”, na web, no período de 2010 a 2014, com utilização da ferramenta métrica “google trends”. Os resultados da busca pelos termos na web foram confrontados com os resultados das mudanças de plano informados à ANS, nesse mesmo período, e com a estatística de visitação do guia ANS de planos de saúde⁸, que contém orientações para o exercício da portabilidade de carências e mudanças de plano em geral localizado no sítio da ANS, também no período de 2010 a 2014, obtida pela área de tecnologia de informação da ANS com auxílio da ferramenta métrica “google analytics”.

As definições dos critérios para as extrações dos dados foram baseadas na análise da documentação do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB), do Sistema de Informações de Produtos (SIP) e do CADOP (Cadastro de Operadoras). Com base no estudo

⁷ Um banco de dados relacional é um mecanismo de armazenamento, que permite a persistência de dados e opcionalmente a implantação de funcionalidades. Em um banco de dados relacional, todos os dados são armazenados em tabelas. Essas tabelas têm a mesma estrutura repetida em cada linha (como uma planilha de dados) e são as relações entre as tabelas que fazem uma “tabela relacional”. A linguagem SQL (Structured Query Language) é a linguagem de consulta utilizada na interação entre o usuário e o banco de dados. Foi criada para atender a todos os bancos de dados relacionais e permitir que usuários possam acessar qualquer banco usando a mesma base de conhecimento. (ALVES, 2014; DAMIN, 2014)

⁸ Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/guiadeplanos/>. Acesso em: 8 ago. 2015.

da documentação e da legislação pertinente e por intermédio da experiência da equipe de analistas de sistema responsáveis por todas as extrações de dados solicitados internamente e externamente à ANS, as especificações foram estruturadas, de forma a contemplar o objetivo proposto, e a criar relatórios com os resultados solicitados no formulário de demanda (apêndice A). Os documentos com registros das versões do SIB e com instruções do preenchimento do mesmo forneceram importante subsídio para a definição dos critérios da pesquisa e para a análise dos resultados (anexos A e B).

Para a análise e interpretação dos dados coletados na base, foram realizadas comparações de grandezas estatísticas das variáveis de interesse com utilização de ferramentas e software para auxílio dos agrupamentos, organização, estatística e geração de tabelas de frequência. Foram realizadas com base nos levantamentos da documentação dos sistemas, relatórios, notas técnicas e análise de normas que estabelecem os principais sistemas de informação da ANS.

Foi analisada e discutida a dinâmica das mudanças de planos realizadas por beneficiários de operadoras de diferentes portes e modalidades e entre planos de tipo de contratação individual e coletiva, alteração (adaptação) de plano antigo (anterior à Lei 9.656/98) para plano novo (posterior à Lei 9.656/98). Também foram analisadas e discutidas as relações existentes entre as mudanças de plano por beneficiários de diferentes faixas etárias e municípios de residência; entre planos de diferentes faixas de preço; por titulares de planos de saúde que incluíram filhos no plano e por beneficiários com vínculo empregatício. Também foram verificadas e analisadas a existência de uma relação entre as estatísticas de acesso ao guia de planos, buscas por termos relacionados às mudanças de planos de saúde na web, e as informações sobre as mudanças de planos dos beneficiários enviadas pelas operadoras à ANS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo dedica-se à análise da literatura existente e diretamente relacionada ao tema e aos objetivos da presente pesquisa, para permitir melhor compreensão, subsidiar as discussões dos principais aspectos relacionados à importância da informação e do conhecimento no contexto social e das organizações, além de promover o entendimento das relações existentes entre o Estado, a regulação do mercado de planos privados de assistência à saúde e a utilização da informação como fundamento para a gestão estratégica e para a tomada de decisão na área da saúde. São abordados também aspectos conceituais específicos da saúde suplementar para fundamentar as escolhas metodológicas e auxiliar os debates dos resultados.

2.1 SOCIEDADE, INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO

Informação e conhecimento são considerados pilares das transformações sociais e das mudanças de paradigma e ainda passaram a desempenhar na atualidade um novo e estratégico papel, na chamada era do conhecimento, que apresenta elementos dinâmicos e uma série de inovações de ordem social, tecnológica, organizacional, econômica e política. (LASTRES; ALBAGLI, 1999, p. 8) E como afirmam Lastres e Ferraz (1999, p.28), “informação e conhecimento sempre constituíram importantes pilares dos diferentes modos de produção”. Estes autores entendem que é justificável, diante das atuais configurações, a denominação “Era”, “Sociedade” ou “Economia da informação e do conhecimento”, resultante de uma “revolução informacional”.

Verifica-se que, no mundo contemporâneo, os impactos globais trazidos pelas Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) fizeram surgir uma nova sociedade de indivíduos cada vez mais conectados, que se comunicam, adquirem e produzem serviços e se beneficiam do conhecimento e da gama de informações disponíveis na rede mundial de computadores, configurando uma nova era: a da informação. (ROVER, 2008)

Trata-se de uma mudança de paradigma. Nesse sentido Castells (1999) acredita que “A primeira característica do novo paradigma é que a informação é sua matéria-prima: *são tecnologias para agir sobre a informação*, não apenas informação para agir sobre a tecnologia, como foi o caso das revoluções tecnológicas anteriores. ” (CASTELLS, 1999, p.108, grifo do autor)

Para Castells (1999), as novas tecnologias têm grande influência em todas as atividades da sociedade, inclusive moldando as relações coletivas. O autor destaca os aspectos centrais do paradigma da tecnologia da informação, como forma de serem utilizados como diretriz para as futuras transformações sociais, pois entende que esse conjunto representa a base da sociedade da informação. Entre outros aspectos, o autor entende que a lógica de redes se adaptou bem à complexidade existente nas interações que há entre tecnologia e diversos tipos de relações e sistemas. A flexibilidade é um dos aspectos valorizados na visão do autor, a saber, “essa lógica de redes, contudo é necessária para estruturar o não estruturado, porém preservando a flexibilidade, pois o não estruturado é a força motriz da inovação na atividade humana”. (CASTELLS, 1999, p. 108)

A sociedade e os diversos tipos de organização precisam gerar, processar e aplicar - de forma eficiente - a informação com base em conhecimentos para obtenção apropriada de produtividade e competitividade. “Sem dúvida, informação e conhecimento sempre foram elementos cruciais no crescimento da economia, e a evolução da tecnologia determinou, em grande parte, a capacidade produtiva da sociedade e os padrões de vida, bem como formas sociais de organização econômica.” (CASTELLS, 1999, p. 119)

De acordo com Lemos (1999, p. 128), progressivamente a capacidade de se transformar informação em conhecimento é considerada vital para a produtividade e competitividade dos agentes econômicos, o que se refletiu na valorização dos recursos intangíveis na economia, especialmente nos aspectos relacionados à educação e ao treinamento da força de trabalho e do conhecimento adquirido em pesquisa e desenvolvimento. Dentro desta mesma lógica, Castells (1999, p. 165) enfatiza que a produtividade e a competitividade na produção informacional baseiam-se na geração de conhecimentos e no processamento de dados. E que a geração de conhecimentos e a capacidade tecnológica são as ferramentas fundamentais para a concorrência entre empresas, organizações e países.

Verificam-se intensas mudanças na dinâmica dos mercados, nas tecnologias e nas formas organizacionais. Além disso, Lemos (1999, p. 128) acredita que, apesar do processo de globalização e disseminação das tecnologias de informação e comunicação, apenas informações e alguns conhecimentos podem ser facilmente transferíveis, pois estão limitados nos grupos, regiões e organizações. Para a autora, é imprescindível o domínio do conhecimento para acompanhamento das novas tecnologias e dinâmicas organizacionais por parte de empresas, países e regiões.

A aptidão para se usufruir dos recursos ofertados pelas novas configurações da revolução tecnológica e era do conhecimento não é universal, conforme analisa Tigre (1999, p. 103), pois depende de uma capacitação para o qual talvez o Terceiro Mundo não esteja preparado. Para o autor, “[...] aceitar passivamente uma ordem neoliberal, que “condena todo o Terceiro Mundo, papel de proletariado *off-line*, é no mínimo prematuro, diante das inúmeras janelas de oportunidades abertas pelas novas tecnologias.” (TIGRE, 1999, p. 103)

Para Castells (1999, p. 44), a intervenção estatal pode desencadear, na sociedade, em poucos anos, um processo acelerado de modernização tecnológica, capaz de provocar grandes mudanças na economia, poder militar e bem-estar social. Para o autor, as tecnologias, em especial as que são estratégicas, em cada período histórico, e a habilidade com que são utilizadas contribuem decisivamente para as transformações da sociedade. Porém de acordo com Maldonado (1999, p. 117), as evidências indicam que os principais movimentos que vêm caracterizando a nova dinâmica tecnológica internacional estão concentrados nos países mais avançados, em detrimento dos menos desenvolvidos, incluindo o Brasil.

Com relação ao conhecimento, Lemos (1999, p. 131) diferencia o conhecimento codificado do tácito. Aquele é definido como sendo o que “[...] pode ser transformado em uma mensagem, podendo ser manipulado como uma informação”. Já o conhecimento tácito é definido pela autora como sendo aquele que “[...] não pode ser explicitado formalmente ou facilmente transferido; refere-se a conhecimentos implícitos, a um agente social ou econômico, como as habilidades acumuladas por um indivíduo, organização ou um conjunto deles, que compartilham atividades e linguagem comum.” [...] (LEMOS, 1999, p. 131)

Lastres e Ferraz (1999, p.34) relacionam as características mais importantes do novo paradigma e da disseminação das tecnologias da informação e comunicação na dinâmica econômica: A complexidade dos novos conhecimentos e tecnologias utilizados pela sociedade; a aceleração na geração e codificação do conhecimento; a maior velocidade, confiabilidade e baixo custo de transmissão, armazenamento e processamento das informações; o aprofundamento do nível do conhecimento tácito, aumentando as exigências na capacitação e treinamento; aumento da flexibilidade e controle dos processos de produção; as mudanças nas formas de gestão e de organização empresarial com consequente aumento da flexibilidade e integração de diferentes funções da empresa; e as exigências de novas estratégias e políticas, novas formas de regulação e novos formatos de intervenção governamental. A Tabela 1, a seguir, resume os principais aspectos abordados pelos autores.

Tabela 1- Principais características dos sucessivos paradigmas tecno-econômicos

<i>Fase</i>	<i>Primeiro</i>	<i>Segundo</i>	<i>Terceiro</i>	<i>Quarto</i>	<i>Quinto</i>
Início e término	1770/80 a 1830/40	1830/40 a 1880/90	1880/90 a 1920/30	1920/30 a 1970/80	1970/80 a ?
Descrição	mecanização	força a vapor e ferrovia	energia elétrica, engenharia pesada	produção em massa, "fordismo"	tecnologias da informação
Fator-chave ¹	alugão e ferro fundido	carvão e transporte	aço	petróleo e derivados	microeletrônica, tecnologia digital
Setores alavancadores de crescimento	têxteis e seus equipamentos, fundição e moldagem de ferro, energia hidráulica	máquinas e navios a vapor, máquinas ferroviárias, equipamentos ferroviários	engenharia e equipamentos elétricos, engenharia e equipamentos pesados ²	automóveis e caminhões, tratores e tanques, indústria aeroespacial, bens duráveis, petroquímicos	equipamentos de informática e telecomunicações, robótica, serviços info intensivos, softwares
Infra-estrutura	canais, estradas	ferrovias, navegação mundial	energia elétrica	auto-estradas, aeroportos, caminhos aéreos	redes e sistemas "information highways"
Outros setores crescendo rapidamente	máquinas a vapor, maquinaria	aço, eletricidade, gás, corantes sintéticos, engenharia pesada	indústria automobilística e aeroespacial, rádio e telecomunicações, metais e ligas leves, bens duráveis, petróleo e plásticos	fármacos, energia nuclear, microeletrônica, telecomunicações	biotecnologia, nanotecnologia, atividades espaciais
Países líderes	Grã-Bretanha, França e Bélgica	Grã-Bretanha, França, Bélgica, Alemanha e EUA	Alemanha, EUA, Grã-Bretanha, França, Bélgica, Suíça e Holanda	EUA, Alemanha, outros países da CEE, Japão, Rússia, Suécia, Suíça	Japão, EUA, Alemanha, Suécia, outros países da CEE, Taiwan e Coreia
Países em desenvolvimento	Alemanha e Holanda	Itália, Holanda, Suíça, Áustria — Hungria	Itália, Áustria — Hungria, Canadá, Suécia, Dinamarca, Japão e Rússia	países do Leste Europeu, Brasil, México, Argentina, Coreia, China, Índia, Taiwan	Brasil, México, Argentina, China, Índia, Indonésia, Turquia, Venezuela, Egito

Fonte: Lastres e Ferraz (1999, p.34)

2.2 GESTÃO E INFORMAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES

De acordo com Varajão, informação é “tudo aquilo que reduz a incerteza a respeito de alguma coisa. A informação proporciona orientação, instrução e conhecimento a respeito de algo, permitindo planejar e programar o comportamento ou funcionamento do sistema”. (VARAJÃO, p.45, 2005)

A informação pode ser definida, segundo o autor, como um conjunto de dados inseridos num contexto útil, de modo que, quando fornecidos de forma adequada a um determinado propósito, proporciona orientação, instrução e conhecimento ao seu receptor, ficando este mais habilitado para decidir ou desenvolver determinada atividade.

Informação, como abordado no modelo de Shannon (1948), consiste em um conjunto de símbolos, que são mais ou menos recorrentes, os quais determinam a existência da mesma. Assim, segundo esse autor, a quantidade de informação gerada é inversamente proporcional à probabilidade de ocorrência do símbolo. A mensagem nesses moldes é o resultado da seleção de vários símbolos. Trata-se de uma formulação matemática para informação, na qual se abordam também as características de uma fonte de informação e seu codificador; e, ainda, o canal de comunicação, suas imperfeições e ruídos.

Diversas definições e discussões foram essenciais para a consolidação da denominação da informação, como, por exemplo, a abordagem do Valor Agregado de Taylor (1986), que consiste na valorização da informação, a partir do significado que o indivíduo atribui à mesma, e ainda tem como embasamento o ambiente informacional que poderá ser geográfico (definido fisicamente), organizacional ou sociocultural. (TAYLOR, 1986)

O artigo de Taylor, publicado em 1966, “Professional Aspects of Information Science and Technology”, serviu de base para as definições de Ciência da Informação de Borko (1968). O modelo de valor agregado de Taylor é um modelo dirigido para o usuário que considera que os dados ganham utilidade e significado de informação com a implantação de processos que sejam centrados nos usuários e nos ambientes onde estes estão inseridos, ou seja, a partir do "ambiente informacional". (TAYLOR, 1966)

Para Taylor (1986), o ambiente de informação é aquele que afeta o fluxo de informações de mensagens, dentro e fora de qualquer definição de entidade ou grupo de clientes e determina o critério pelo qual o valor das informações será julgado nesses contextos. Nesse modelo, considera-se que é a partir do ambiente e das peculiaridades dos usuários, incluindo aspectos sociais, intelectuais, econômicos e culturais, que será possível o

desenvolvimento de sistemas de informação eficazes e úteis para a realidade dos indivíduos. O valor da informação dependerá do contexto e dos diferentes perfis de usuários. O usuário, cliente ou consumidor é o agente que busca ou recebe informação de um sistema de informação. É ele que estabelece critérios para julgar o valor da informação. Para uma organização, por exemplo, será preciso analisar os tipos de problemas, as necessidades de informação, os padrões profissionais e os estilos dos termos informacionais da organização, antes de desenvolver um sistema de informação, que atenda às necessidades de curto e longo prazo. A partir daí, será possível avaliar, por exemplo, os custos e benefícios na compra de determinados *hardwares* e *softwares*, e o nível de complexidade de um projeto, que seja adequado para cada realidade. (TAYLOR, 1986)

A informação é definida por Taylor (1986) como o resultado da estrutura, relações entre os dados e das regras e condições usadas nessas relações. Assim, os dados “inúteis” são transformados em informação útil e produtiva, que será capaz de educar, informar e contribuir para o crescimento profissional e cultural. O autor também alerta para a necessidade de se observarem os aspectos informais das comunicações e compreenderem os fluxos de informação, centros de alimentação e estilos de gestão, que podem variar, por exemplo, entre uma organização pública, privada, com ou sem fins lucrativos. Além disso, o autor chama de filtros de informação os indivíduos que têm determinadas influências em decorrência de fama e/ou poder e por isso têm maior acesso e influência no fluxo de informação. Dessa forma, os aspectos e variáveis que não são estabelecidos formalmente são considerados de relevância para a implantação de um projeto de valor agregado, que forneça benefícios e efetivas soluções aos usuários.

Quanto ao conceito de dado e informação, Varajão (2005, p. 44-45) estabelece uma analogia, na qual o dado é similar à matéria-prima e a informação ao produto final. Desse modo, os dados não são informação, até que sejam processados e organizados de forma a possibilitar sua compreensão e utilização. E, como a utilidade e compreensão variam em função do receptor, o que é informação para um receptor, pode ser um dado para outro receptor. O autor entende então que a utilização da informação dependerá da percepção, experiência e capacidade do seu receptor, não conduzindo todos os dados em informação relevante. Apesar disso, a função principal da informação, para o autor, é o aumento do conhecimento e a redução da incerteza do seu utilizador. “Numa definição empírica, podemos dizer que informação é tudo aquilo que reduz incerteza sobre um dado fato, lugar ou acontecimento, passado, presente ou futuro”.

Segundo Varajão (2005, p. 43-57), a grande questão da tecnologia da informação (TI) nas organizações se refere à gestão, não à técnica. Para o autor, torna-se necessária a clareza quanto à existência das diferentes dimensões da organização, da dimensão do negócio e da dimensão tecnológica. Desse modo, com a compreensão dos desafios e complexidades existentes, torna-se possível a utilização das tecnologias como suporte do seu sistema de informação (SI). A questão da gestão é reforçada por Amaral (1994)⁹ apud Varajão (2005), que defende que há uma boa correlação entre o sucesso das organizações e a forma como são geridas as tecnologias de informação. Ward (1995)¹⁰ apud Varajão (2005) reforça a importância dos SI em todos os níveis de decisão nas organizações para que estas sejam competitivas.

Quanto à informação, no âmbito da relação entre o governo e o cidadão, verifica-se que a temática vem sendo reforçada no programa do “e-gov”, ou governo eletrônico. Para compreender o Governo Eletrônico, parte-se da definição simples de “Governo” e “Eletrônico”. O “Governo” apresenta-se como “a gestão do poder público, em suas esferas ‘municipal’, ‘estadual’ e ‘federal’; e funções ‘legislativa’, ‘executiva’ e ‘judiciária’, enquanto o termo “Eletrônico” concentra-o nos limites da linguagem digital” (HOESCHL, 2004, p.11).

Os objetivos estratégicos do Governo Eletrônico são variados. Hoeschl (2004, p. 9) apresenta uma lista, que enfatiza a melhoria da qualidade: a segurança e a rapidez dos serviços para o cidadão; a simplificação dos procedimentos e a diminuição da burocracia; o avanço da cidadania; a democracia da informação; a transparência e a otimização das ações do governo; a educação para a sociedade da informação; a facilidade de acessar o governo; a integração das informações para o cidadão; a geração de empregos na iniciativa privada; a otimização no uso e a aplicação dos recursos disponíveis; a integração entre os órgãos do governo; a aproximação com o cidadão; o desenvolvimento do profissional do serviço público; o aperfeiçoamento dos modelos de gestão pública e a universalização do acesso da informação.

Os projetos de Governo Eletrônico devem ser norteados pelas obrigações “que o poder público tem para com o cidadão”, devendo proporcionar-lhes “qualidade e eficiência nos serviços oferecidos” (CASTELLA, 2004, p.58), “ganhos em comodidade, economia de tempo, redução de burocracia e transparência.” (CARDOSO JÚNIOR, 2004, p. 108)

⁹ AMARAL, L.A.M. *Praxis: um referencial para o planejamento de sistemas de informação*. (Tese de Doutorado) - Universidade do Minho, Minho, 1994.

¹⁰ WARD, J. *Principles of information systems management*. Abingdon: Routledge, 1995.

Também devem ser analisadas as potencialidades do Governo Eletrônico “na criação de mecanismos de consulta ao cidadão e de revigoramento do processo, por meio da expansão das instâncias de discussão e acesso à informação, proporcionadas pelo próprio governo. ” (CARDOSO JÚNIOR, 2004, p.108-109)

O Grupo de Trabalho *Novas Formas Eletrônicas de Interação* lançou em 2000 um documento intitulado “Proposta de Política de Governo Eletrônico para o Poder Executivo Federal”, do qual constam as metas e prioridades para o período de 2000-2003. (BRASÍLIA, 2000)

Também foram criados, entre 2000 e 2002, grupos de trabalho envolvidos com o programa de “e-gov”. No entanto a institucionalização do Governo Eletrônico no Brasil veio ocorrer em 2000 após a criação do “Comitê Executivo do Governo Eletrônico”. O tema sofreu grandes avanços e, para viabilizar a coordenação, planejamento e implantação dos projetos na área, foram criados, no ano de 2003, os Comitês Técnicos no âmbito do Comitê Executivo do Governo Eletrônico. (MEDEIROS, 2004)

Uma das iniciativas nesse sentido foi a implantação, em abril de 2014, do aplicativo “Comprova”¹¹ que permite o acesso dos consumidores de plano de saúde às suas informações cadastrais informadas pelas operadoras à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Trata-se de uma interface localizada no espaço do consumidor, no site da ANS, que disponibiliza consultas e emissões de comprovantes de dados cadastrais enviados pelas operadoras à ANS pelo Sistema de Informações de Beneficiários. Os consumidores de planos de saúde podem consultar seus dados cadastrais, mediante algumas informações, quais sejam, nome completo, data de nascimento, nome da mãe e número do CPF. Durante a consulta, as informações de cada beneficiário de planos de saúde são disponibilizadas para os cidadãos, que passam a atuar como fiscais da qualidade dessa informação, no momento em que participam ativamente da identificação de qualquer incorreção na informação enviada ao órgão regulador pelas operadoras de plano de saúde.

2.3 A UTILIZAÇÃO DAS BASES DE DADOS PARA A TOMADA DE DECISÃO

De acordo com Stair & Reynolds (2012, p. 193), a utilização de bancos de dados para objetivos de inteligência de negócios é diretamente relacionada à mineração de dados. Segundo os autores, a Inteligência de negócios (*BI-business intelligence*) envolve reunir

¹¹ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/comprova-comprovante-de-dados-caadastrais-do-consumidor>. Acesso em: 9 ago. 2015.

informações corretas suficientes de maneira oportuna e de forma utilizável e analisá-las para que possam ter efeito positivo sobre estratégias, táticas ou operações de negócio. De acordo com esses autores, os dados têm potencial para subsidiar a tomada de decisão com uso dos depósitos e da mineração dos dados.

Cortês et al. (2002, p. 2) também apresentam a mineração de dados no contexto da inteligência de negócios. Para os mesmos, a mineração de dados é parte de um processo maior de pesquisa denominado busca de conhecimento em banco de dados. Além disso, entendem que a mineração de dados está se tornando cada vez mais popular, como uma ferramenta de descoberta de informações, que pode revelar estruturas de conhecimento que subsidiam decisões em situações de incerteza. Os autores também discutem a metodologia para preparação e exploração dos dados, interpretação dos resultados e assimilação dos conhecimentos minerados.

Para Cortês et al. (2002, p.1), a mineração de dados pode ser definida como um processo altamente cooperativo entre homens e máquinas, que tem como objetivo a exploração de grandes bancos de dados, com o objetivo de extrair conhecimento por intermédio do reconhecimento de padrões e relacionamento entre variáveis, cujo conhecimento pode ser obtido por técnicas comprovadamente confiáveis e validados pela expressividade estatística.

Diversos tipos de armazenamentos de dados podem ser utilizados no processo de mineração. E a definição dos tipos de padrões ou relacionamentos da mineração dependerá do tipo de dado armazenado e disponível. A funcionalidade da mineração de dados irá especificar que tipo de padrões ou relacionamentos entre os registros e suas variáveis pode ser utilizado na mineração. Essa funcionalidade pode ser entendida como resultados (“outcomes”) ou tarefas (“tasks”). (CORTÊS; PORCARO; LIFSCHITZ, 2002, p. 3)

A mineração de dados (data mining) é, para Stair & Reynolds (2012), uma ferramenta ou método de análise de informações que envolve a descoberta automatizada de padrões e relações em um depósito de dados. Ou seja, de um imenso acúmulo de dados pode-se extrair informação. Com isso, um dos objetivos da mineração dos dados é extrair tendências e padrões para avaliar, prever e/ou medir estratégias no ambiente organizacional. Os dados brutos úteis para a tomada de decisão nas organizações são armazenados em diversos locais e formatos. Tais dados são, inicialmente, captados, armazenados e gerenciados por sistemas de processamento. (STAIR; REYNOLDS, 2012, p.190-192)

Apesar da imensa potencialidade que uma grande base de dados pode ter, como afirmado pelos autores Tan, Steinach e Kumar (2009, p. 23), existem aspectos que precisam

ser reconhecidos, ao tratar os dados para a obtenção da informação, pois os dados muitas vezes estão bem distantes da perfeição. Segundo estes autores, alguns possíveis problemas se referem a ruídos, ausência de pertinência e/ou representatividade do fenômeno ou da população estudada, perda, inconsistência e duplicação dos dados.

Os autores Tan, Steinach e Kumar (2009, p.44) também entendem que “Não é uma atitude realista esperar que os dados sejam perfeitos. Podem existir problemas, devido a erro humano, limitações nos dispositivos de medição ou falhas no processo de coleta de dados. Podem estar faltando valores, existir objetos ilegítimos ou duplicados e múltiplos objetos de dados, que correspondam a um único objeto”. Os autores exemplificam como um problema de duplicação que precisaria ser tratado, a existência de dois registros diferentes para uma pessoa que tenha morado recentemente em dois endereços diferentes. No entanto de acordo com os mesmos, o trabalho de mineração tolera certo nível de imperfeição nos dados quando há um adequado tratamento para a compreensão e melhora da qualidade dos mesmos.

Questões de qualidade de dados que muitas vezes precisam ser abordadas incluem a presença de ruídos nos dados e dados sem pertinência; a perda, inconsistência ou duplicação de dados, além de dados com alguma tendência ou, de alguma outra forma, que não sejam representativos do fenômeno ou da população que os dados devem descrever. (TAN; STEINACH; KUMAR, 2009, p. 23)

Vários aspectos de diferentes níveis de complexidade estão relacionados com a mineração dos dados, como, por exemplo, a classificação com base nas características dos dados com auxílio da discriminação e caracterização. Trata-se da obtenção dos resultados, por intermédio da atribuição de um valor a um atributo no registro, em função de um ou mais atributos do mesmo. E ainda, a sumarização de um atributo de estudo por uma característica de um ou mais atributos. (CORTÊS; PORCARO; LIFSCHITZ, 2002, p. 7)

Já o agrupamento (“clustering”) visa a segmentar um conjunto de dados num número de subgrupos homogêneos ou “clustering”. O objetivo é formar grupos baseados no princípio de que esses grupos devem ser os mais homogêneos em si e mais heterogêneos entre si. A diferença fundamental entre a formação e agrupamento e a classificação é que no agrupamento não existem classes predefinidas para classificar os registros em estudo. Os registros são agrupados em função de suas similaridades básicas, ou seja, quando se deseja formar agrupamentos, seleciona-se um conjunto de atributos (variáveis) e em função da

similaridade desses atributos são formados os grupos. (CORTÊS; PORCARO; LIFSCHITZ, 2002, p.8)

Segundo os autores Tan, Steinach e Kumar (2009, p.3), a mineração de dados é o processo de descoberta automática de informações úteis em grandes depósitos de dados. As técnicas de mineração de dados são organizadas, para agir sobre grandes bancos de dados, com o intuito de descobrir padrões úteis e recentes, que poderiam permanecer ignorados de outra forma. Elas também fornecem capacidade de previsão de resultados. Os autores também destacam que nem todas as tarefas de descoberta de informação são consideradas mineração de dados, já que a procura de registros individuais mediante uso de sistema de gerenciador de bancos de dados ou a busca de determinadas páginas da web, por intermédio de consulta em um mecanismo de busca na internet são tarefas relacionadas à área da recuperação de dados. Embora sejam importantes e possam envolver o uso de algoritmos e estruturas de dados sofisticadas, essas tarefas se baseiam em técnicas tradicionais da ciência da computação e em recursos para criar estruturas de dados em formato de índice para organizar e recuperar de forma eficiente as informações. Contudo a mineração de dados tem sido usada para melhorar os sistemas de recuperação de informações. (TAN; STEINACH; KUMAR, 2009, p.3)

2.4 A INFORMAÇÃO PARA O ESTADO

A contribuição do estado para a produção e reprodução dos instrumentos de construção da realidade social, influência nas padronizações e instituições sociais, e ainda, para o estabelecimento do senso comum ao instaurar formas de percepção e de pensamento comuns, são bastante enfatizados por Bourdieu (1996, p. 116-117).

Quanto à influência do Estado nas relações sociais e ambientais, Bourdieu, (1996, p.118-119), em contraposição a Max Weber, entende que o reconhecimento da legitimidade do Estado não é consequência da consciência esclarecida, mas da incorporação no inconsciente dos estabelecimentos de estrutura e de acordos; ou seja, de acordo com o autor, existe um fenômeno chamado “acordo pré-reflexivo” que explica a facilidade com que os dominantes impõem sua dominação. Destaca ainda que os mais numerosos são governados pelos menos numerosos em uma relação de submissão e anulação de sentimentos e paixões em favor dos dirigentes. A força está do lado dos governados e a opinião do lado dos governantes. Para o autor, é essa opinião que apoia o governo.

A informação como instrumento de poder e dominação do Estado não é assunto tão recente. As estatísticas oficiais, que todos os Estados começam a coletar e armazenar, a partir da metade do século XVIII, incluem além das informações de finanças, impostos e população, informações sobre nascimentos, casamentos, mortes, ocupação, entre outros. O foco estava voltado para o gerenciamento fiscal, a preocupação com a centralização e com a “ordem” interna em relação à “rebelião, à vagabundagem e ao crime”. (GIDDENS, 2008, p.200-201),

Segundo Bobbio (1985, p.56), a questão da definição e reconhecimento do Estado está muito vinculada ao Estado Moderno e, para melhor entendimento e interpretação pelos antropólogos, utiliza-se o termo “organização política ou sistema político”. Também de acordo com o autor, o tema do Estado pode ser abordado de diferentes pontos de vista. Uma das formas, envolve a distinção entre a doutrina sociológica e a doutrina jurídica do Estado. A primeira inclui a organização social e a segunda restrita à produção jurídica.

Na concepção de Weber (1982, p. 97), a definição do Estado não pode se basear em seus fins, já que estes são comuns às associações não políticas. Para o autor, o que caracterizaria uma associação política e posteriormente o Estado são os aspectos peculiares como o uso de força física.

A construção do Estado-nação é abordada por Bourdieu (1996, p.104-105) com outro enfoque, onde a questão cultural é considerada vital para seu estabelecimento. Para o autor, ao longo da história, o Estado é que concentra a informação e o conhecimento e a cultura é utilizada para unificar. Dessa forma, segundo o autor, o Estado contribui para a unificação do mercado cultural ao unificar todos os códigos: jurídico, linguístico, métrico e de comunicação (especialmente burocrática). Essa unificação tende a contribuir para a construção da identidade nacional, com auxílio da educação escolar.

Giddens (2008, p.201) concorda com o direito enfatizado por Weber, no qual os códigos de lei impressos, dentro de uma cultura da escrita, aumentaram a incorporação do direito dentro da prática de administração de Estado, além da aplicação da padronização dos procedimentos jurídicos para as atividades da maioria da população.

Bourdieu cita Thomas Bernhard (1988) para ilustrar sua “dúvida hiperbólica ao Estado” e enfatizar a influência do Estado no desenvolvimento social, econômico e cultural:

A escola é a escola do Estado, na qual transformamos jovens em criaturas do Estado, isto é, nada mais do que cúmplices do Estado. Quando entro na escola, entro no Estado e, como o Estado destrói os seres, entro na instituição de destruição dos seres [...] O Estado me fez entrar nele obrigatoriamente, como fez com todos os outros e me tornou dócil em relação a ele, Estado, e fez de mim um homem estatizado, um homem regulamentado e registrado e vestido e diplomado e pervertido e deprimido como todos os outros. Quando vemos homens, só vemos homens estatizados,

servidores do Estado, que, durante toda sua vida, servem ao Estado e, assim, toda sua vida servem à contra-natureza. (BOURDIEU, 1996, p. 92-93)

Bobbio (1985, p.69) expõe como características do Estado Moderno, a concepção weberiana, que inclui o aparato administrativo para prestação de serviços públicos e o monopólio legítimo da força.

As transformações do papel do Estado envolveram o distanciamento das antigas funções de provisão e de instância única de decisão e o surgimento de uma nova instância de regulação estatal. (VIANA et al., 2003, p.203)

No âmbito da regulação estatal, há aspectos inerentes às trocas de informações entre os atores do mercado regulado.

Assimetrias de informações entre duas partes que transacionam ocorrem quando uma parte detém mais informações do que a outra, seja *ex ante* em relação às características do que está sendo comprado ou vendido, seja *ex post* em relação ao comportamento dos indivíduos depois de firmado o contrato. Os modelos de seleção adversa tratam de problemas de informações imperfeitas associadas ao primeiro caso, enquanto que os de risco moral abordam os problemas de informações relacionados ao segundo. (STIGLITZ, 1985)

A necessidade da regulação governamental na área da saúde pode ser justificada pela definição dos autores Liporace & Daniliauskas:

Do ponto de vista político e econômico, regulação governamental significa a imposição de regras à ação de atores privados (eventualmente estatais) que atuam em determinados mercados. Essas regras podem ser determinadas, por meio de atos normativos, sanções, supervisão ou, eventualmente, pela própria inação. A regulação, mais do que somente corrigir imperfeições mercadológicas, incide sobre uma série de produtos e serviços que são caros aos cidadãos. A regulação, portanto, incide sobre áreas de interesse público, a fim de preservar e promover direitos fundamentais – como o acesso a serviços essenciais e à proteção da saúde e da vida. (LIPORACE; DANILIAUSKAS, 2011, P.12)

As ações regulatórias visam, em última instância, a assegurar que as atividades desempenhadas por agentes do mercado consigam se sustentar economicamente e socialmente. No entanto, de acordo com Campos & Santiago (2003, p.149), existe grande desconfiança quanto ao valor da ação reguladora do governo, exceto no campo da saúde, no qual a presença do poder público encontra boa receptividade diante da necessidade da melhoria das ofertas dos serviços. De acordo com Giovanella, Ribeiro e Costa (2003, p. 161), o regime de regulação está relacionado às iniciativas de defesa dos consumidores por parte de entidades civis e de instituições e organizações públicas. Nesse sentido, segundo os autores, essa configuração busca compensar a assimetria entre empresas e consumidores no mercado de planos de saúde.

De acordo com Viana et al. (2003, p. 204), a teoria neoclássica assume o postulado da informação perfeita entre compradores e vendedores, o que não aconteceria no mercado da saúde devido à existência da assimetria de informação entre médico e paciente. Ou seja, a autorregulação do mercado não se aplicaria ao setor da saúde. Dessa forma, cabe à autoridade pública controlar o sistema e o conjunto das normas de competição do mercado.

Os autores Viana et al. (2003, p. 204) também entendem que as ações do Estado envolvem a promoção do mercado, a competição, as ações antitruste e também o bloqueio do mercado, no caso de haver ações que interferem na competição como a proibição da seleção de consumidores saudáveis e ricos e exclusão dos doentes e pobres. Entendem, além disso, que a maioria dos países da América do Sul possui estruturas de administração fracas, com muitos partidos políticos e convive com tendência à corrupção. Este é um motivo pelo qual a expansão do mercado acontece de forma mais complexa. Neste contexto, para os autores, a administração pública carece de uma mudança na cultura política e institucional e precisa incluir a sociedade no controle da produção e da distribuição de bens públicos, para que a regulação seja efetiva e cumpra seu papel de controlar e equilibrar possíveis distorções na prestação dos serviços e influências negativas à saúde da população e do ambiente.

2.5 INFORMAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

No Brasil o setor privado de assistência à saúde passou a ser alvo de regulação, em janeiro de 1999, com a aplicação da lei 9.656/98. Mas apesar da existência de um sistema de saúde pública e privada no Brasil e o compartilhamento dos mesmos provedores de serviços (hospitais, clínicas e laboratórios) e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, etc.), esta regulação tem foco na utilização dos planos privados de assistência à saúde. (VIANA et al., 2003, p. 219)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com o propósito de regular, controlar, normatizar e fiscalizar o setor de assistência suplementar à saúde, na forma da Lei nº 9.656/98, a fim de produzir o equilíbrio nas relações existentes entre os consumidores, operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço de saúde. (BARROSO, 2012, p. 258)

Para Mathias (2012, p.95), é inegável a relevância do sistema suplementar para a sociedade brasileira por questões econômicas e sociais. Segundo Giovanella, Ribeiro e Costa (2003, p. 161), a intervenção do governo federal no mercado de saúde suplementar e a criação

da Agência Nacional de Saúde Suplementar, para regular esse setor, associa-se a outras iniciativas institucionais, ao longo da década de 1990, com repercussão direta no processo de regulação.

2.5.1 Sistemas de Informação na Saúde Suplementar

Segundo Stair & Reynolds, um sistema é um conjunto de elementos que interagem para realizar objetivos. Nessa linha, os próprios elementos e seus relacionamentos determinarão como um sistema funcionará. São compostos por entradas, mecanismos de processamento, saídas e realimentação.

Um sistema de informação (SI) é um conjunto de elementos ou componentes inter-relacionados que coleta (entrada), manipula (processo), armazena e dissemina dados (saída) e informações e fornece uma reação corretiva (mecanismo de realimentação) para alcançar um objetivo. O mecanismo de realimentação é o componente que ajuda as organizações a alcançar seus objetivos, como aumentar os lucros ou melhorar os serviços ao cliente. (STAIR; REYNOLDS, 2012, P.7)

Para Taylor (1986), a concepção de sistemas de informação deve deixar de focar somente no conteúdo e na tecnologia. Precisa também atender às demandas originadas a partir dos usuários e dos ambientes onde estão inseridos. Dessa forma, para o autor, os sistemas e as soluções propostas serão mais sensíveis à realidade dos usuários e mais efetivos na resolução dos problemas. O autor define sistema de informação como “uma série de processos formais, pelos quais a utilidade potencial de uma mensagem específica é aumentada, isto é, o valor é “adicionado” e como um processo formalmente projetado para organizar, armazenar, recuperar, exibir, analisar e interpretar mensagens. Dessa forma, para Taylor (1986), é necessário investir energia, tempo e dinheiro para que “dados inúteis” sejam convertidos em “conhecimento produtivo, um processo de valor agregado”. O autor entende, então, que a partir da compreensão dos ambientes e seus problemas serão obtidas informações úteis para a resolução.

A ANS dispõe de sistemas de informações responsáveis pela compreensão do mercado de saúde suplementar, os quais são compostos por beneficiários, operadoras, planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014a)

Talvez onde se tenha observado o maior avanço da agência reguladora tenha sido na sua capacidade de capturar, armazenar, processar e analisar as informações do setor de saúde suplementar. A ANS formatou e operou diversos sistemas de informação,

durante esse período, e possui maior quantidade e qualidade de informações. No entanto, persistem problemas nos seus sistemas, que merecem ser avaliados. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007)

As principais informações exigidas das operadoras pela ANS, de forma periódica, estão relacionadas às informações de beneficiários, por meio do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), às informações de operadoras por meio do DIOPS e às relacionadas aos resultados assistenciais com base no Sistema de Informações de Produtos. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014a)

Após consulta pública e oficinas regionais, foi publicada a RN nº 114 de 26 de outubro de 2005, que estabelece um padrão para a troca de informações assistenciais, a TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar). A expectativa, com a publicação dessa norma, foi bastante otimista no que se refere à ampliação do aumento do conhecimento do mercado da saúde suplementar. “A norma permitirá a relação entre as operadoras e os prestadores de saúde e daquelas com a ANS, possibilitando o acompanhamento pelas empresas e pela Agência das informações como perfil de morbidade, mortalidade, quantitativos de procedimentos, dentre outros, por beneficiário. ” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007)

Os Sistemas de Informação da ANS têm como função predominante obter dados das operadoras de planos de assistência à saúde, de seus beneficiários e de prestadores de serviços para que estes gerem subsídios para a compreensão das formas de funcionamento, fiscalização e acompanhamento de suas atividades. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007)

2.5.1.1 Sistema de Informação de Beneficiários - SIB

O SIB é o sistema informatizado composto por um canal de transmissão de arquivos entre as operadoras de planos e ANS e por um Cadastro de Informações de Beneficiários de planos de Assistência à Saúde. Por intermédio desse sistema, as operadoras de planos privados de saúde enviam, mensalmente, para a ANS, dados de vínculos de beneficiários aos planos, incluindo a movimentação de inclusão, alteração e cancelamento desses vínculos. Um beneficiário pode possuir mais de um plano e assim constar do sistema tantas vezes quantos forem os vínculos que possuir com planos privados de assistência à saúde. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

As informações cadastrais são enviadas pelas operadoras, mensalmente, pelo SIB, em atendimento às obrigações estabelecidas na RN nº 295 de 09 de maio de 2012 e na IN nº 50/DIDES, de 26 de setembro de 2012.

A obrigatoriedade no envio de informações cadastrais de beneficiários pelas operadoras para a ANS entrou em vigor em 24/01/2000, com a publicação da RDC nº 3/2000, quatro dias antes da Lei de criação da ANS, para atender a operacionalização do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse ressarcimento se refere aos atendimentos prestados na rede pública de saúde aos consumidores de planos privados de assistência à saúde, conforme está estabelecido no artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

A partir do marco de criação da rotina de envio de informações dos beneficiários pelas operadoras, o sistema foi aprimorado e novas rotinas foram estabelecidas. Inicialmente não se exigia o número do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e o número do plano. Posteriormente essas e outras informações foram acrescentadas ao escopo de informações obrigatórias. Abaixo segue síntese da evolução das normas do SIB.

a) RDC nº 3, de 20 de janeiro de 2000

Esse documento estabeleceu o envio de arquivos com dados do cadastro de beneficiários destinados à Agência Nacional de Saúde Suplementar, em área BBS¹² (Bulletin Board System) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS-MS). Os campos obrigatórios e opcionais são listados no Quadro 1.

¹² Interface virtual do Ministério da Saúde (MS) com acesso restrito onde estão localizados arquivos de dados e programas disponibilizados pelo departamento de informática do SUS (DATASUS) (Ministério da Saúde, 2007, p. 33).

Quadro 1 – Campos obrigatórios e opcionais (RDC nº 3/2000)

OBRIGATÓRIOS	OPCIONAIS
Nome completo do beneficiário	Complemento do endereço
Data de nascimento	Nome da mãe do beneficiário
Sexo	Número do Cartão Nacional de Saúde
Endereço (logradouro código de endereçamento postal	Cadastro de Pessoas Físicas (CPF)
Município de residência	Número de registro do plano no Ministério da Saúde ou na ANS
Unidade da Federação	
Data de adesão ao plano	
Número ou código de identificação do beneficiário no plano	

b) RN nº 17, de 11 de novembro de 2002

Essa resolução revogou a RDC nº 3/2000 e teve alterações introduzidas pelas Resoluções Normativas – RN nº 37, de 2003, e RN nº 53, de 2003. A norma estabeleceu o início dos envios de informações à ANS em novo formato. Os seguintes dados (quadro 2) passaram a ser obrigatórios e opcionais:

Quadro 2 – Campos obrigatórios e opcionais (RN nº 17/2002)

OBRIGATÓRIOS	OPCIONAIS
Titularidade do plano (abril de 2003)	Número do plano anterior a 02/01/1999
Nº de inscrição no CPF para titular do plano de saúde, no caso de PIS/PASEP ou CNS não informado (fevereiro de 2004)	Data de término da Cobertura Parcial Temporária (CPT) ¹³
Nome da mãe; PIS/PASEP ou Cartão Nacional de Saúde em registros de dependente do plano de saúde (fevereiro de 2004)	Existência de CPT

Foi publicada posteriormente a RN 88, de 04 de janeiro de 2005, que revogou a RN Nº 17/2002, RN nº 37/2003 e RN nº 53/2003. Anos depois foi publicada a RN 187, de 09 de março de 2009, que revogou a RN 88/2005 e estabeleceu os campos obrigatórios e respectivas críticas equivalentes às vigentes atualmente (RN nº 295/2012). A obrigação do envio do SIB, até a vigência dessa norma, começa após sessenta dias do registro da operadora.

A partir da RN 233, de 13 de outubro de 2010, a obrigação para envio do SIB passa a ser após sessenta dias do registro do primeiro produto. A RN 250, de 25 de março de 2011, revogou a RN 187/2009 e a RN 233/2010. Em junho de 2011, foram implementadas melhorias no sistema de informação (SIB) e os arquivos passaram a ser processados no formato XML (Extensible Markup Language) e não mais em TXT (text).

A RN 295/2012 estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS - e dispõe sobre o formato XML como padrão para a troca de informações entre operadoras e o SIB/ANS.

¹³ A Cobertura Parcial Temporária (CPT) é um tipo específico de cobertura de plano de assistência à saúde, a qual, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, há a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal (RN nº 162/2007).

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofrendor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007.

Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=comlegislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1223>. Acesso em: 9 ago. 2015.

Em junho de 2012, foi implantada a transferência automática de beneficiários. Conhecido como SIB TAB, sua funcionalidade movimenta de forma automática os registros dos beneficiários ativos entre as operadoras cedente e adquirente, em um processo de incorporação, após autorização da transferência dos produtos pela Diretoria de Produtos da ANS (DIPRO). Anteriormente as movimentações eram realizadas pelas próprias operadoras mediante envio do SIB para cancelar (operadora cedente) e para incluir (operadora adquirente). (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015, j)

O artigo 2º, inciso V, da RN 295/2012, estabelece o Código de Controle Operacional (CCO) como o código que identifica univocamente os vínculos armazenados na base de dados de beneficiários das operadoras na ANS. Cada vínculo está relacionado a um CCO e à contratação de cada um dos planos pelos beneficiários. Se um beneficiário tem um plano odontológico e outro hospitalar da mesma operadora, essa informação é tratada como se fossem dois vínculos, ou seja, dois números de CCO. Dessa forma, a quantidade de vínculos é maior que a quantidade de beneficiários informada na base de dados do Sistema de Informações de Beneficiários.

As operadoras de planos são obrigadas a informar à ANS quaisquer alterações na sua base de dados de beneficiários mensalmente nos termos da RN 295/2012. Essas atualizações podem estar relacionadas à inclusão de novos beneficiários, cancelamentos e reativações de vínculos contratuais, ou às mudanças de dados cadastrais dos seus beneficiários, como alteração de nome e endereço. Ademais, as mudanças de plano devem ser informadas à ANS pelo aplicativo do SIB:

a) Inclusão de beneficiário (inclusão): refere-se ao envio e inserção pela operadora de registro de beneficiário que não existia no Cadastro da Operadora na ANS;

b) Retificação dos dados cadastrais de beneficiário (retificação): refere-se à correção, atualização ou complementação de dados cadastrais de beneficiário no Cadastro da Operadora na ANS, motivada por erro de informação, mudança de endereço ou outra alteração de seus dados cadastrais;

c) Mudança contratual: refere-se a alterações de dados do contrato do beneficiário no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS, motivadas por: migração de plano (mudança de plano anterior à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para plano posterior à Lei nº 9.656/98); adaptação de contrato (adaptação de plano anterior à Lei nº 9.656/98 às regras de plano posterior à Lei nº 9.656/98); mudança de plano (mudança de um plano posterior à Lei nº 9.656/98 para outro plano posterior à Lei nº 9.656/98) e portabilidade de carência entre

planos da mesma operadora, na forma estabelecida pela Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009;

d) Cancelamento de beneficiário (cancelamento): refere-se à mudança da situação do beneficiário de ativo para inativo no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS e;

e) Reativação de beneficiário (reativação): refere-se à mudança da situação do beneficiário de inativo para ativo no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS.

A base de dados do SIB é composta por dados de identificação pessoal, endereço e contratual de cada um dos beneficiários de planos de assistência à saúde. A obrigatoriedade de cada campo varia se o beneficiário é titular ou dependente do plano; maior ou menor de dezoito anos e também de acordo com o tipo de movimentação cadastral realizada pela operadora. Os dados de preenchimento obrigatório e opcionais não são os mesmos para a inclusão de um registro inexistente na base, para a atualização de um registro já existente e para o cancelamento (inativação de um registro), por exemplo. Os trinta e dois campos do SIB, conforme os Quadros 3 e 4 abaixo, estão publicados no anexo da IN 50/2012.¹⁴

¹⁴ Disponível em: [http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task= Texto Lei&for mat=raw&id=2250](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&for mat=raw&id=2250). Acesso em: 3 set. 2015.

Quadro 3 – Campos de dados de identificação pessoal e de endereço do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS

Obrigatoriedade de preenchimento dos campos de dados para realização dos procedimentos de atualização cadastral do SIB/ANS																	
Código do campo de dado no SIB	Campos de dados	Obrigatoriedade de preenchimento dos campos de dados - PROCEDIMENTOS															
		Inclusão			Retificação			Mudança Contratual			Cancelamento			Reativação			Sem Movimento
		Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	
Identificação Pessoal																	
30	CCO - Código de Controle Operacional	N	N	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N
8	Código de Identificação do Beneficiário na operadora	O	O	O	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
1	Nome do beneficiário	O	O	O	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2	Data de nascimento do beneficiário	O	O	O	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
3	Código de sexo do beneficiário	O	O	O	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
4	Número no CPF do beneficiário	O	O	R	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
5	Número no PIS/PASEP do beneficiário ou Número de Identificação do Trabalhador – NIT	R	R	R	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
6	Nome da mãe do beneficiário	R	R	R	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
36	Número da Declaração de Nascido Vivo	Op	N	Op	Op	N	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
7	Número do Cartão Nacional de Saúde	O(*)	O(*)	O(*)	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
18	Código de identificação do beneficiário titular na operadora para beneficiários informados como dependentes (não-titulares)	N	O	O	N	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Identificação de Endereço																	
21	Indicação de endereço residencial ou profissional	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
22	Logradouro do beneficiário	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
33	Número do logradouro	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
34	Complemento do logradouro	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
35	Bairro	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
26	Código do município do logradouro indicado	O	O	O	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
27	CEP	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
28	Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
29	Código do município de residência do beneficiário, caso o endereço informado seja indicado como endereço profissional	Op	Op	Op	Op	Op	Op	R	R	N	R	R	N	R	R	N	N

Fonte: Anexo da IN 50/2012

Quadro 4 – Campos de dados contratuais do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS

Obrigatoriedade de preenchimento dos campos de dados para realização dos procedimentos de atualização cadastral do SIB/ANS (continuação)

Código do campo de dado no SIB	Campos de dados	Obrigatoriedade de preenchimento dos campos de dados - PROCEDIMENTOS															
		Inclusão			Retificação			Mudança Contratual			Cancelamento			Reativação			Sem Movimento
		Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	Titular	Dep. Maior de 18 anos	Dep. Menor de 18 anos	
Identificação Contratual																	
9	Número do registro do plano na ANS (RPS)	R	R	R	Op	Op	Op	R	R	R	N	N	N	N	N	N	N
10	Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)	R	R	R	Op	Op	Op	R	R	R	N	N	N	N	N	N	N
11	Número do plano origem RPS (portabilidade)	R	R	R	Op	Op	Op	R	R	R	N	N	N	N	N	N	N
12	Data de contratação do plano	O	O	O	Op	Op	Op	O	O	O	N	N	N	N	N	N	N
31	Data de cancelamento do plano	N	N	N	Op	Op	Op	N	N	N	O	O	O	N	N	N	N
32	Código do motivo do cancelamento do plano	N	N	N	Op	Op	Op	N	N	N	O	O	O	N	N	N	N
20	Data de reativação do plano	N	N	N	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	O	O	O	N
14	Indicação de existência de Cobertura Parcial Temporária	Op	Op	Op	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N
15	Indicação de itens de procedimentos excluídos da cobertura	Op	Op	Op	Op	Op	Op	Op	Op	Op	N	N	N	N	N	N	N
16	Número no CNPJ da pessoa jurídica contratante do plano coletivo	R	R	R	Op	Op	Op	R	R	R	N	N	N	N	N	N	N
17	Número no CEI do contratante do plano coletivo	R	R	R	Op	Op	Op	R	R	R	N	N	N	N	N	N	N
13	Relação de Dependência	O	O	O	Op	Op	Op	O	O	O	N	N	N	N	N	N	N
19	Reservado à ANS	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Legenda:

O - preenchimento obrigatório do campo;

O(*) - preenchimento obrigatório do campo "Número do Cartão Nacional de Saúde" a partir de 30 de junho de 2015.

N - preenchimento do campo não se aplica;

R - preenchimento restritivo do campo;

Op - preenchimento opcional do campo.

Fonte: Anexo da IN 50/2012

Cadastro de beneficiários da saúde suplementar: base para o registro eletrônico da saúde suplementar

Um dos campos obrigatórios do SIB é o Cartão Nacional de Saúde (CNS), que é um documento numerado para cadastro e identificação de usuários de serviços de saúde, seus procedimentos médicos, resultados de exames, diagnósticos e identificação dos profissionais de saúde e prestadores de serviço. O número do CNS passou a ser exigido das operadoras para compor o conjunto de informações obrigatórias dos beneficiários de planos de saúde, a partir de 1º de janeiro de 2016, com a publicação da RN 376 de 28 de abril de 2015.

De acordo com Ceschin (2014, p. 104), “um dos grandes desperdícios na saúde, se não o maior de todos, é o *desperdício de informação*” (grifo nosso). O autor se refere à falta de identificação unívoca de cada cidadão e de sua história na saúde pública e privada. O Cartão Nacional, se implantado totalmente, poderá ser importante instrumento de informação para a saúde da população. Trata-se da implantação do prontuário eletrônico, no qual são registradas em um único local, com possibilidade de acesso em qualquer época e local por profissionais de saúde e pacientes da histórica clínica, estado de saúde, exames, cirurgias, alergias etc., o que contribui para melhor diagnóstico e tratamento. Ceschin (2014, p.104) ressalta que países como Estados Unidos e Inglaterra já estão fazendo grandes investimentos na certificação e utilização de prontuários eletrônicos de saúde – os Electronic Health Records (EHR) – e na integração de sistemas de informação entre os prestadores de serviço e seus patrocinadores, operadoras e o governo.

As deficiências da prestação estatal na assistência à saúde impulsionam a atuação privada, verificando-se que a cobertura por planos de saúde abarca um em cada quatro brasileiros. O resultado aproximado é obtido com base em informações disponíveis no Caderno de Informações da Saúde Suplementar, publicado em junho de 2009, tomando por base o cotejo entre a população de cento e oitenta e nove milhões e seiscentos mil habitantes, em 2008, apontada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e os vínculos de planos de saúde, os quais totalizam pouco mais de cinquenta milhões, conforme registra a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). *Reconhece-se a imprecisão* decorrente da circunstância de que estão incluídos planos odontológicos e diante da possibilidade (sem estimativas) *de pessoas possuírem mais de um vínculo*. (SHULMAN, 2009, p.1, grifo nosso).

Índice de desempenho da saúde suplementar – IDSS

O IDSS é utilizado para medir o desempenho das operadoras e é calculado a partir de indicadores instituídos pela Agência. Esses indicadores são agregados em quatro dimensões, com pesos diferentes: 40% para a dimensão Atenção à Saúde; 20% para a dimensão Econômico-financeira; 20% para a dimensão Estrutura e Operação e 20% para a dimensão Satisfação do Beneficiário. O Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS) varia de zero a um. Os valores próximos a 1 (um) indicam que a atuação da operadora está em conformidade ao estabelecido pela ANS. Valores próximos a 0 (zero) indicam que a atuação da operadora está distante do esperado pela ANS. Todos os critérios de cálculo de cada indicador estão descritos nas Fichas Técnicas, publicadas como Anexo II da Instrução Normativa nº 15, de 20 de dezembro de 2013. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

O IDSS considera, na dimensão estrutura e operação, dentre outros, o aspecto que mede a qualidade dos dados cadastrais de beneficiários de uma operadora, relativa aos campos de identificação do beneficiário e de identificação do plano ao qual está vinculado, conforme seu cadastro no Sistema de Informações de Beneficiários. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

A qualidade do preenchimento dos campos “nome do beneficiário”, “data de nascimento do beneficiário”, “plano” e “número no Cadastro de Pessoa Física – CPF” são considerados no cálculo. Quanto maior o valor do indicador, maior a qualidade dos dados da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS, tanto em relação aos dados de beneficiários como aos dados de planos, aumentando a possibilidade de identificação de indivíduos e respectivas coberturas. O objetivo é avaliar e acompanhar a qualidade dos dados da operadora no Cadastro de Beneficiários na ANS em relação à identificação de beneficiários e de planos; e incentivar a operadora a aprimorar a qualidade dos seus dados no Cadastro de Beneficiários na ANS. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

2.5.1.2 Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – DIOPS

O DIOPS é um sistema, pelo qual as operadoras de planos privados de saúde, trimestralmente, informam para a ANS seus dados cadastrais e econômico-financeiros. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014)

Os dados do DIOPS atualizam o CADOP (Cadastro de operadoras), onde ficam armazenados os dados das operadoras de planos privados de saúde. Este é composto por dados sobre as operadoras, tais como: número do registro da operadora na ANS, CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica), endereço, natureza, classificação, modalidade, representantes, administradores, composição de capital e tipos de taxas. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014)

2.5.1.3 Sistema de Informações de Produtos - SIP

O SIP é um sistema, pelo qual as operadoras de planos privados de saúde, trimestralmente, enviam para a ANS informações sobre a assistência prestada aos beneficiários. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014)

2.5.1.4 Sistema de Registro de Produtos - RPS

RPS é o sistema de cadastramento de registro de planos privados de assistência à saúde, o qual contém os dados de todos os planos privados de saúde registrados na ANS, inclusive os estabelecimentos de saúde que compõem suas redes credenciadas. A partir do ano de 2007, ele contém dados do Sistema de Cadastro de Planos Antigos (SCPA). (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014)

2.5.1.5 Nota Técnica de Registros de produtos - NTRP

A NTRP é o documento que justifica a formação inicial dos preços dos planos de saúde por meio de cálculos atuariais. A NTRP deve acompanhar a solicitação de registro do produto, ficando vigente até que seja efetuada sua atualização, deve manter perfeita relação com as condições do contrato de prestação de serviço de assistência à saúde e contemplar os itens abaixo:

- a) Objetivo da NTRP, incluindo seu público alvo e abrangência;
- b) Detalhamento de todas as coberturas do produto e de outras coberturas opcionais, quando for o caso;
- c) Definição de todos os parâmetros e variáveis utilizados, incluindo especificação das tábuas biométricas, quando for o caso;

- d) Especificação das informações referentes a carências, franquias, coparticipações, seguros, cosseguros e resseguros¹⁵;
- e) Percentual de variação da contraprestação pecuniária por mudança de faixa etária;
- f) Critério técnico (metodologia) adotado para a correta precificação do plano ou produto e justificativa para sua utilização;
- g) Descrição da margem de segurança estatística e sua justificativa técnica;
- h) Descrição da margem de lucro e despesas não assistenciais, inclusive comissionamento, despesas com marketing, despesas administrativas, impostos e demais despesas;
- i) Justificativa técnica dos ajustes nos preços e
- j) Descrição do banco de dados utilizado e especificação do período de observação.

(RDC nº 28/2000)

A operadora também deve apresentar um quadro-resumo contendo o nome do (s) plano (s) referente (s) à NTRP, o número de registro do (s) plano (s) na ANS, quando houver, o tipo de segmentação e de contratação. Esse quadro deverá constar das bases técnicas da NTRP, as quais contemplam as premissas do plano (RDC nº 28/2000). Foi instituída para acompanhamento permanente das práticas de formação de preços, dessa forma, sendo considerado instrumento importante para prevenir práticas comerciais lesivas ao mercado, de forma a garantir uma efetiva regulação da assistência suplementar à saúde. (RDC nº 28/2000).

¹⁵ Carência: É o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato, conforme previsto no inciso V do artigo 12 da Lei nº 9656, de 1998, nos termos desta Resolução. (RN nº 252, de 29 de abril de 2011)

Coparticipação: É a participação na despesa assistencial a ser paga pelo beneficiário, diretamente à operadora, após a realização do procedimento. Nos planos em que há coparticipação, além da mensalidade, o beneficiário arca com parte do valor de alguns procedimentos quando utilizá-los. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014)

Franquia: É o estabelecimento de um valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de reembolso, nem de pagamento à rede credenciada ou referenciada. A franquia estipulada é paga pelo beneficiário de plano de saúde diretamente ao prestador de serviços de saúde. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014)

2.5.1.6 Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS

A TISS foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos entre os agentes da saúde suplementar. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

O objetivo do TISS é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

O padrão TISS tem por diretriz a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde preconizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Ministério da Saúde, e a redução da assimetria de informações para os beneficiários de planos privados de assistência à saúde. O padrão TISS está organizado em cinco componentes:

- 1) Organizacional: Estabelecimento de conjunto de regras operacionais.
- 2) Conteúdo e estrutura: Estabelecimento da arquitetura dos dados utilizados nas mensagens eletrônicas e no plano de contingência, para coleta e disponibilidade dos dados de atenção à saúde.
- 3) Representação de conceitos em saúde: Estabelecimento do conjunto de termos para identificar os eventos e itens assistenciais na saúde suplementar, consolidados na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS.
- 4) Segurança e Privacidade: O componente de segurança e privacidade do Padrão TISS estabelece os requisitos de proteção para assegurar o direito individual ao sigilo, à privacidade e à confidencialidade dos dados de atenção à saúde. Tem como base o sigilo profissional e segue a legislação.
- 5) Comunicação: O componente de comunicação do Padrão TISS estabelece os meios e os métodos de comunicação das mensagens eletrônicas definidas no componente de conteúdo e estrutura. Adota a linguagem de marcação de dados XML - Extensible Markup Language. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

2.5.1.7 Qualificação de prestadores - QUALISS

O QUALISS visa a estimular a qualificação dos prestadores de serviços na saúde suplementar e aumentar a disponibilidade de informações. O intuito é ampliar o poder de avaliação e de escolha de prestadores de serviços por parte das operadoras e dos beneficiários

de planos de saúde. Este programa foi desenvolvido pela ANS em parceria com os representantes dos prestadores, dos consumidores, das operadoras, das instituições de ensino e pesquisa, da Anvisa e do Ministério da Saúde. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

O QUALISS foi estruturado em dois componentes: Divulgação da qualificação dos prestadores de serviços e monitoramento da qualidade dos prestadores de serviços. O monitoramento constitui um dos itens da divulgação da qualificação, e foi planejado para se desenvolver em etapas. Após a conclusão da segunda etapa, encerrou-se o processo de desenvolvimento do programa, e a experiência acumulada está sendo utilizada na revisão e reestruturação do novo modelo. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

A divulgação da qualificação consiste em fixação, pela ANS, de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da atenção à saúde oferecida pelos prestadores de serviços na saúde suplementar; inclusão obrigatória, por parte das operadoras, dos atributos de qualificação de cada prestador de serviços em todo o seu material de divulgação sobre rede assistencial e divulgação pela ANS à sociedade sobre a importância dos atributos de qualificação de prestadores de serviços para a orientação de suas escolhas. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

Tem como objetivos: aumentar o poder de avaliação e escolha por parte dos beneficiários dos planos de saúde, por meio da disponibilização de informação sobre qualificação e estimular a adesão dos prestadores de serviços (profissionais e unidades de saúde) a programas que melhorem seus desempenhos e os qualifiquem. As operadoras de planos de saúde deverão disponibilizar em todos os seus canais de comunicação (portal na internet, livreto etc.) informações sobre os atributos de qualificação dos prestadores que compõem sua rede assistencial. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

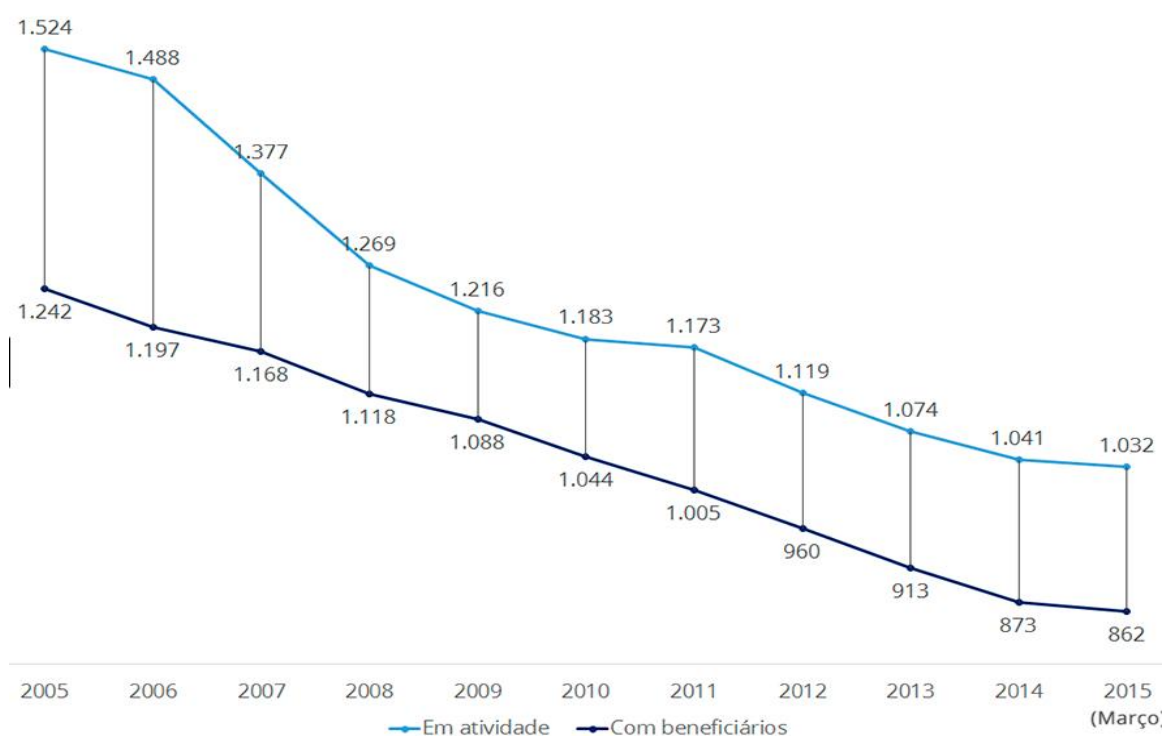
A forma de divulgação dos atributos é padronizada pela ANS, para que cada um deles, sua definição e sua importância na melhoria da qualidade dos serviços de saúde estejam claros para todos os usuários, e para quem desejar adquirir um plano de saúde. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

2.5.2 Operadoras de Planos de Assistência à Saúde

Existem 1.432 operadoras de planos de assistência à saúde com registros na ANS. Destas, 886 são médico-hospitalares, ou seja, oferecem cobertura para atendimento ambulatorial, hospitalar com ou sem odontologia e 344 são exclusivamente odontológicas, que são as operadoras que comercializam apenas planos odontológicos. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014a)

Com base em dados mais recentes da ANS, o IESS verificou que há 862 operadoras com beneficiários e 1.032 operadoras médico-hospitalares com registro na ANS (em atividade). De acordo com o Instituto, cada operadora de assistência médica possui em média, 48,8 mil beneficiários de plano de saúde. (IESS, 2015)

Gráfico 3: Número de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares no Brasil



Fonte: ANS/TABNET e Caderno de Informações da saúde suplementar de junho de 2015. Elaboração: IESS

Uma operadora de plano de assistência à saúde é constituída de pessoa jurídica, sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa, ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na ANS, que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde. Dessa forma, as operadoras são classificadas quanto ao porte (que está relacionado

ao número de beneficiários informados à ANS por meio do Sistema de Informações da ANS) e quanto à modalidade. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014a)

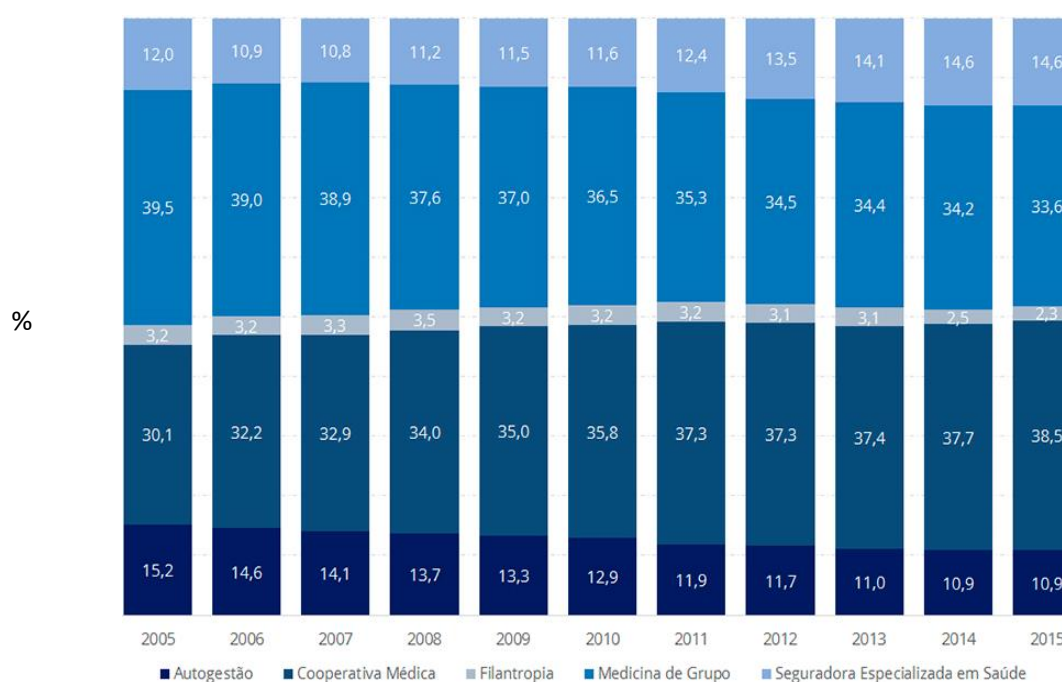
Quanto à modalidade, as operadoras são classificadas de acordo com sua natureza, organização, tipo de administração e atuação no mercado de planos de saúde. Segue a descrição de cada modalidade de operadora:

- a) Medicina de grupo: Operadora que se constitui em sociedade e que comercializa ou opera planos privados de saúde, excetuando-se as classificadas nas modalidades administradora, cooperativa médica, autogestão, filantropia e seguradora especializada em saúde.
- b) Cooperativa médica: Operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde.
- c) Seguradora especializada em saúde: Empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos, que comercializa seguros de saúde e oferece, obrigatoriamente, reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro que preveja a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo vedada a operação em outros ramos de seguro.
- d) Autogestão: Entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado exclusivamente a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas; associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos.
- e) Filantropia: Operadora que se constitui em entidade sem fins lucrativos, que opera planos privados de saúde e que tenha obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).
- f) Odontologia de grupo: Operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos odontológicos.
- g) Cooperativa odontológica: Operadora que se constitui em associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por odontólogos, e que comercializa ou opera planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos.

- h) Administradora de benefícios: Modalidade que destoa das anteriores, devido à sua forma de atuação. Trata-se de pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados coletivos de assistência à saúde. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014a)

De acordo com o IESS, e conforme a Gráfico 4 a seguir, os beneficiários de planos de assistência médica estão concentrados, principalmente, em operadoras do tipo cooperativas médicas e medicina de grupo.

Gráfico 4: Distribuição dos beneficiários de planos médico-hospitalares por modalidade da operadora no período de 2005 a 2015



Fonte: ANS/Tabnet Elaboração: IESS. Mês base: junho de 2015.

2.5.3 Tipos de Planos de Saúde

Os planos privados de assistência à saúde podem variar segundo o tipo de cobertura, a época e tipo de contratação do plano, segundo a abrangência geográfica de cobertura e segmentação.

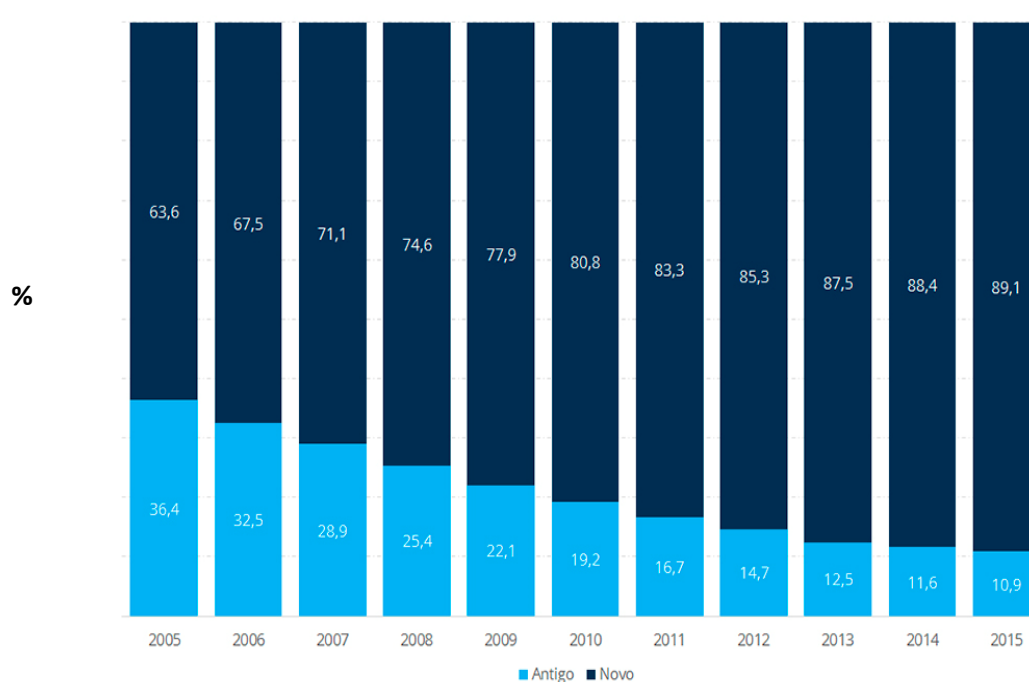
Época de contratação

a) Plano antigo: é aquele cujo contrato foi celebrado antes da vigência da Lei nº 9.656/98, valendo, portanto, o que está estabelecido em contrato. A Lei define que esse plano deve ser cadastrado na ANS para informar as condições gerais de operação estabelecidas em contrato.

b) Plano novo: plano privado de assistência à saúde comercializado a partir de 2 de janeiro de 1999, com a vigência da Lei nº 9.656/98. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014b).

De acordo com a análise do IESS (2015), a proporção de beneficiários de planos posteriores à lei 9.656/1998 (planos novos) tem aumentado, nos últimos dez anos e já atinge 89,1% da carteira de planos médico-hospitalares.

Gráfico 5: Distribuição dos beneficiários de planos médico-hospitalares por época de contratação



Fonte: ANS/Tabnet. Elaboração: IESS. Mês base: junho de 2015.

Tipo de contratação

a) Individual ou familiar: Plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar.

b) Coletivo empresarial: Plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

c) Coletivo por adesão: Plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014a)

Segue na Tabela 2, a seguir, o consolidado de beneficiários informados à ANS, que estão vinculados a planos de assistência médica (excluindo os exclusivamente odontológicos) anteriores à Lei 9.656/98 (antigos) e posteriores à Lei 9.656/98 (novos). E também os vinculados a planos de contratação individual/familiar e coletivos. Verifica-se a redução gradativa dos registros em que não há qualquer informação do tipo de contratação no período de doze 12 anos. Quanto aos dados relacionados ao tipo de contratação de plano, a tabela demonstra a existência de grande proporção de beneficiários em planos coletivos em comparação com o número de beneficiários com planos individuais, e a redução progressiva da proporção de beneficiários com planos individuais desde 2006. Com relação à época de contratação de plano de saúde, o número de beneficiários em planos antigos está reduzindo progressivamente, associado ao aumento no número de beneficiários com planos novos.

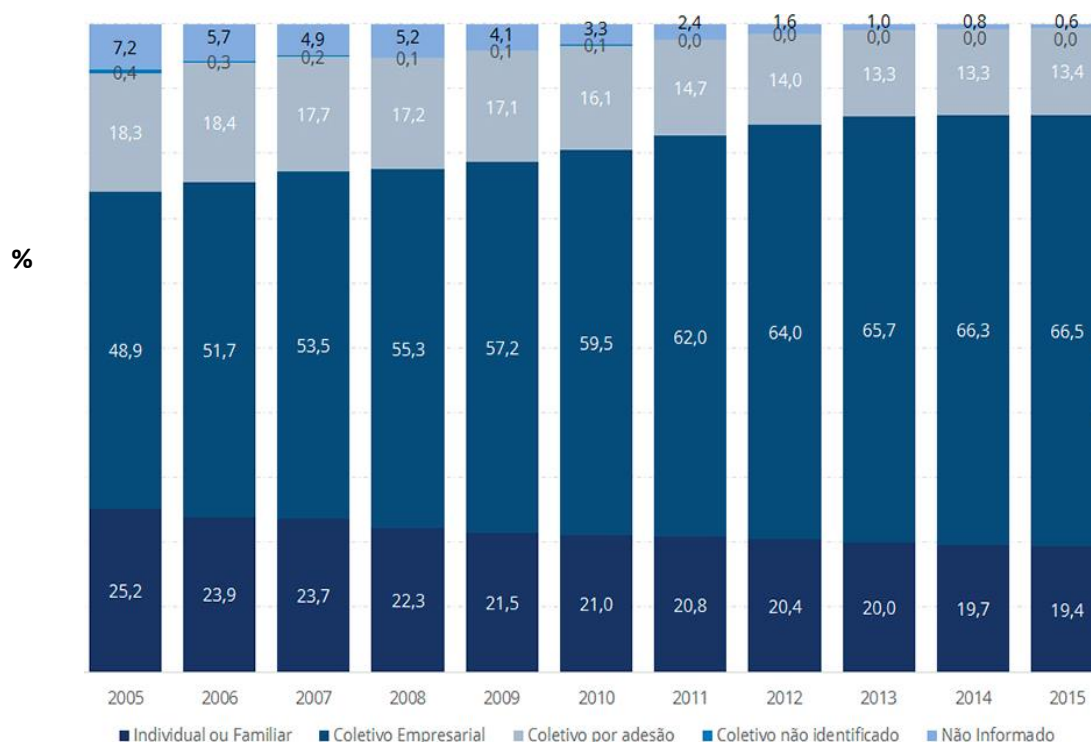
Tabela 2: Beneficiários de planos privados de assistência médica por tipo de contratação do plano, segundo a época de contratação do plano

Época de contratação do plano	Total		Coletivo		Individual		Não informado	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total								
dez/01	31.727.080	100,0	13.783.599	43,4	6.514.674	20,5	11.428.807	36,0
dez/02	31.513.309	100,0	16.092.752	51,1	7.128.755	22,6	8.291.802	26,3
dez/03	32.074.667	100,0	19.538.538	60,9	7.809.815	24,3	4.726.314	14,7
dez/04	33.840.716	100,0	22.561.686	66,7	8.345.889	24,7	2.933.141	8,7
dez/05	35.441.349	100,0	24.529.113	69,2	8.704.862	24,6	2.207.374	6,2
dez/06	37.248.388	100,0	26.448.081	71,0	8.891.440	23,9	1.908.867	5,1
dez/07	39.316.313	100,0	28.191.846	71,7	9.045.262	23,0	2.079.205	5,3
dez/08	41.468.019	100,0	30.586.603	73,8	8.966.805	21,6	1.914.611	4,6
dez/09	42.575.169	100,0	31.911.847	75,0	9.048.749	21,3	1.614.573	3,8
dez/10	44.923.443	100,0	34.187.495	76,1	9.382.890	20,9	1.353.058	3,0
dez/11	46.139.940	100,0	35.626.828	77,2	9.526.351	20,6	986.761	2,1
dez/12	47.848.867	100,0	37.578.778	78,5	9.686.245	20,2	583.844	1,2
dez/13	49.626.944	100,0	39.317.765	79,2	9.856.622	19,9	452.557	0,9
set/14	50.619.350	100,0	40.330.116	79,7	9.891.129	19,5	398.105	0,8
Novos								
dez/01	12.153.066	100,0	8.472.211	69,7	3.680.855	30,3	-	-
dez/02	14.260.273	100,0	10.060.272	70,5	4.200.001	29,5	-	-
dez/03	17.144.311	100,0	12.367.952	72,1	4.776.359	27,9	-	-
dez/04	20.563.224	100,0	15.100.775	73,4	5.462.449	26,6	-	-
dez/05	23.391.513	100,0	17.336.880	74,1	6.054.633	25,9	-	-
dez/06	25.885.109	100,0	19.426.413	75,0	6.458.696	25,0	-	-
dez/07	28.660.207	100,0	21.803.753	76,1	6.856.454	23,9	-	-
dez/08	31.693.857	100,0	24.652.953	77,8	7.040.904	22,2	-	-
dez/09	33.783.274	100,0	26.497.541	78,4	7.285.733	21,6	-	-
dez/10	36.660.631	100,0	28.935.042	78,9	7.725.589	21,1	-	-
dez/11	38.791.556	100,0	30.799.163	79,4	7.992.393	20,6	-	-
dez/12	41.364.148	100,0	33.121.554	80,1	8.242.594	19,9	-	-
dez/13	43.647.419	100,0	35.163.371	80,6	8.484.048	19,4	-	-
set/14	44.832.723	100,0	36.263.246	80,9	8.569.477	19,1	-	-
Antigos								
dez/01	19.574.014	100,0	5.311.388	26,2	2.833.819	14,0	11.428.807	58,4
dez/02	17.253.036	100,0	6.032.480	33,8	2.928.754	16,1	8.291.802	48,1
dez/03	14.930.356	100,0	7.170.586	46,2	3.033.456	19,8	4.726.314	31,7
dez/04	13.277.492	100,0	7.460.911	54,1	2.883.440	21,4	2.933.141	22,1
dez/05	12.049.836	100,0	7.192.233	57,0	2.650.229	21,6	2.207.374	18,3
dez/06	11.363.279	100,0	7.021.668	58,7	2.432.744	21,0	1.908.867	16,8
dez/07	10.656.106	100,0	6.388.093	58,7	2.188.808	20,3	2.079.205	19,5
dez/08	9.774.162	100,0	5.933.650	60,7	1.925.901	19,7	1.914.611	19,6
dez/09	8.791.895	100,0	5.414.306	61,6	1.763.016	20,1	1.614.573	18,4
dez/10	8.262.812	100,0	5.252.453	63,6	1.657.301	20,1	1.353.058	16,4
dez/11	7.348.384	100,0	4.827.665	65,7	1.533.958	20,9	986.761	13,4
dez/12	6.484.719	100,0	4.457.224	68,7	1.443.651	22,3	583.844	9,0
dez/13	5.979.525	100,0	4.154.394	69,5	1.372.574	23,0	452.557	7,6
set/14	5.786.627	100,0	4.066.870	70,3	1.321.652	22,8	398.105	6,9

Fonte: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014a

Segundo o IESS (2015), atualmente, a maior parte dos beneficiários de planos médico-hospitalares está vinculada a planos coletivos empresariais, ou seja, possui o plano de saúde como benefício na empresa em que trabalha. O Gráfico 6, a seguir, mostra que a participação dos planos empresariais no mercado é predominante e varia de 60 a 66 % no período de 2010 a 2014.

Gráfico 6: Distribuição de beneficiários de planos privados de assistência médica por tipo de contratação do plano no período de 2005 a 2015



Fonte: ANS/Tabnet Elaboração: IESS. Mês base: junho de 2015.

Abrangência geográfica

A abrangência geográfica de um plano é a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário e se diferencia como descrito a seguir:

- a) Municipal: compreende apenas um município de um estado.
- b) Grupo de municípios: compreende um determinado grupo de municípios em um ou mais estados.
- c) estadual: compreende todos os municípios de um estado.
- d) Grupo de estados: compreende um determinado grupo de estados (pelo menos dois), limítrofes ou não, e que não atinja a cobertura nacional.
- e) Nacional: compreende todo o território nacional. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014a)

Segmentação assistencial

O plano de saúde pode se diferenciar pelas seguintes segmentações:

- a) Ambulatorial (para consultas, inclusive pré-natal, exames e cirurgias sem internação);
- b) Hospitalar (internação);
- c) Odontológico (cobertura para tratamento odontológico sem internação hospitalar);
- d) Ambulatorial + hospitalar, com ou sem serviços de odontologia e obstetrícia (pré-natal, parto e pós-parto) ou
- e) Plano referência (inclui Assistência médica ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria. Sua cobertura mínima também foi estabelecida pela Lei 9.656/98, devendo o atendimento de urgência e emergência ser integral após as 24 horas da sua contratação. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015l)

2.5.4 Informação para a regulação da saúde suplementar

De acordo com ANDRADE et al. a dinâmica existente entre a saúde pública e privada no Brasil, ainda é pouco conhecida e, no que se refere à regulação da saúde suplementar, os autores entendem que há o envolvimento de diferentes aspectos, dentre estes, os relacionados à concorrência no mercado de seguros. Reforçam a visão de que há evidências da existência de uma dinâmica voltada para a concentração das operadoras de saúde médico-hospitalares.

Entre 2003 e 2013, segundo informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o número de operadoras médico-hospitalares com beneficiários caiu de 1.345 para 929, o que significa uma queda de 30%. Este movimento de concentração pode repercutir no sistema de diferentes formas, *cabendo ao regulador o papel de assegurar maior bem-estar para os consumidores*. Evidências mostram que não é óbvia a relação entre maior concorrência e bem-estar, cabendo, portanto, *compreender melhor as características desse mercado*. (ANDRADE et al., 2015, p. 17, grifo nosso)

Segundo Maurício Ceschin¹⁶, presidente da ANS na época da publicação da RN 252/2011, essa norma atingiu 13,1 milhões de beneficiários, que passaram a ter direito a

¹⁶ Maurício Ceschin foi presidente da ANS de 2010 a 2012.

mudar de plano de saúde sem cumprimento de novos prazos de carências. “A medida aumenta o poder de decisão do consumidor, faz crescer a concorrência no mercado e, em consequência, gera melhoria do atendimento prestado ao beneficiário de plano de saúde. ” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

Ao se falar sobre “mudar de plano” ou “trocar de plano”, deve-se ter em mente que os beneficiários podem fazer mudanças de plano sem necessariamente mudar de operadora de plano de saúde. As mudanças de plano de saúde, na mesma operadora, podem ser motivadas por uma adequação à Lei 9.656/98, situação em que o beneficiário está coberto por um contrato denominado “antigo” e deseja adequar o mesmo ampliando sua cobertura. (RN 295/2012). Outra forma de ampliar a cobertura é a mudança do plano registrado na ANS que passará de um plano com registro no cadastro de planos antigos (SCPA) para um plano com registro no Sistema de Registro de planos de saúde (RPS) que é o cadastro de planos “novos”. Nesse caso, o beneficiário opta por uma migração de plano, ou seja, a mudança de um plano antigo para um novo. (RN 295/2012)

Ao mudar de plano e de operadora, normalmente, o beneficiário precisa cumprir novos prazos de carência para consultas, exames, internação e parto, exceto quando há o exercício da portabilidade de carência comum, especial ou extraordinária. (RN 186/2009)

2.5.4.1- Mudança de plano na mesma operadora

Para efeito do monitoramento das mudanças contratuais na mesma operadora, a Resolução Normativa nº 295, de 9 de maio de 2012, estabelece que estas mudanças se caracterizam da seguinte forma: mudança de plano contratado após 1º de janeiro de 1999 para outro plano contratado após 1º de janeiro de 1999.

2.5.4.2 - Migração de plano

Migração é o direito concedido aos beneficiários de planos individuais/familiares ou coletivos por adesão antigos, ou seja, de contratos assinados antes de janeiro de 1999, de migrar para um plano de saúde novo da mesma operadora, sem que haja nova contagem de carência. O novo plano tem que ser compatível com o plano atual. Para verificar a compatibilidade, o beneficiário precisa consultar a opção “Migração de contrato de planos de

saúde” do menu principal, do “Guia de Planos da ANS” localizado no sítio da ANS¹⁷. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

É garantido ao responsável pelo contrato de planos individuais ou familiares e coletivos por adesão e também a cada beneficiário autonomamente o direito de migrar para um plano de saúde da mesma operadora, sem que haja nova contagem de carências. São requisitos para a migração de plano:

- a) Ser beneficiário de plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, contratado antes de janeiro de 1999, não adaptado à Lei nº 9.656/1998;
- b) O plano de destino ser compatível com o plano de origem - consultar a opção “Migração de contrato de planos de saúde” no menu principal do Guia ANS disponível em www.ans.gov.br > Plano de Saúde e Operadoras > Contratação e troca de planos > Escolha um plano e
- c) A faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior àquela em que se enquadra o plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

2.5.4.3- Adaptação do contrato antigo

Trata-se de um aditamento realizado a um contrato de plano de saúde celebrado até janeiro/1999, na mesma segmentação assistencial e na mesma operadora de planos de saúde, para ampliar o conteúdo desse contrato de forma a incluir todos os direitos e garantias previstos na Lei nº 9.656/1998. São requisitos para a adaptação de plano: Ser beneficiário de plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, contratado antes de janeiro/1999, não adaptado à Lei nº 9.656/1998. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

2.5.4.4- Mudança de plano entre diferentes operadoras

São as mudanças de plano realizadas por beneficiários de uma operadora de plano de assistência à saúde para outra. Essa mudança pode ser realizada com ou sem cumprimento de

¹⁷ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/guiadeplanos/>. Acesso em: 16 jun. 2015.

novos prazos de carência, dependendo do tipo de mudança realizada. (RN 296/2012; RN 186/2009)

2.5.4.5- Portabilidade regular

A portabilidade de carências é a possibilidade de contratar um plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, dentro da mesma operadora de planos de saúde ou em operadoras diferentes, sem cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. (RN 186/2009)

A Resolução Normativa Nº 186, de 14 de janeiro de 2009 dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Foi alterada pela Resolução Normativa nº 252, de 28 de abril de 2011, que ampliou a portabilidade para planos coletivos por adesão, além de normatizar a portabilidade especial de carências para beneficiários de operadoras extintas.

Nos termos da RN nº 252/2011, a portabilidade de carências é:

A contratação de um plano privado de assistência à saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS, em operadoras, concomitantemente à rescisão do contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, em tipo compatível. (RN nº 252/2011)

Com a vigência da RN 252/2011, a abrangência geográfica deixa de ser um pré-requisito para a portabilidade, dessa forma, beneficiários de plano com cobertura municipal podem usufruir da portabilidade para um plano com cobertura nacional, por exemplo. A nova norma ampliou o período para exercício da portabilidade de dois para quatro meses, a partir do mês de aniversário do contrato, além de reduzir a permanência mínima na operadora de origem de dois para um ano a partir da segunda portabilidade.

Para usar a portabilidade pela primeira vez, o beneficiário precisa estar no plano de saúde há pelo menos dois anos e no caso do cumprimento de cobertura parcial temporária (CPT), há três anos. O beneficiário não pode estar em carência no plano de origem para usar a portabilidade. A partir da segunda vez, o beneficiário deve estar por no mínimo um ano no plano. Pode ser feita de um plano individual para outro, de um plano coletivo por adesão para outro e de um plano individual para um plano coletivo por adesão e vice-versa. Também é

possível mudar de um plano com abrangência municipal, para um com atendimento em vários municípios, em um ou em vários estados, ou em todo o país - nacional. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014b)

Para a portabilidade, como plano de origem, são admitidos planos individuais ou familiares ou planos coletivos por adesão, contratados após 1º de janeiro de 1999 (novos), regidos pela lei nº 9.656/98, e planos anteriores a esta data que tenham sido adaptados à Lei. Como plano de destino são admitidos planos individuais ou familiares ou planos coletivos por adesão, compatíveis com o plano de origem, que estejam atualmente em comercialização no país, conforme resultado da pesquisa do Guia ANS. Seguem os requisitos para o exercício da portabilidade comum:

- a) Ser beneficiário de plano contratado a partir de janeiro/1999 e estar vinculado ao plano há pelo menos dois anos ou três anos em caso de cumprimento de cobertura parcial temporária;
- b) Estar em dia com a mensalidade do plano de origem e apresentar cópia dos três últimos boletos vencidos;
- c) O plano de destino deve ser compatível com o plano de origem. O beneficiário deve consultar a opção “Portabilidade” no menu principal do Guia de Planos da ANS (sítio da ANS¹⁸);
- d) A faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior àquela em que se enquadra o plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão;
- e) O beneficiário deve solicitar a portabilidade no prazo de quatro meses, que vai do primeiro dia do mês de aniversário do contrato até o último dia útil do terceiro mês subsequente; e
- f) Não considerar como plano de destino planos que estejam cancelados ou com comercialização suspensa. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

2.5.4.6- Portabilidade especial e extraordinária

Nos termos da RN 252/2011, a portabilidade especial de carências é:

A contratação de um plano privado de assistência à saúde, individual ou familiar ou coletivo por adesão, com registro de produto na ANS, na mesma ou em outra operadora, em tipo compatível, nas situações especiais tratadas no Capítulo II - A

¹⁸ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em 16 jun. 2015.

desta Resolução, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. (RN 252/2011)

As situações especiais definidas na referida norma incluem o estabelecimento da portabilidade especial de carências, nos casos de cancelamento compulsório do registro da operadora ou liquidação extrajudicial, após o insucesso da transferência compulsória de carteira, em que a Diretoria Colegiada da ANS poderá expedir Resolução Operacional (RO) com fixação de prazo de até sessenta dias para que os beneficiários da carteira da operadora a ser liquidada exerçam a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão de outra operadora.

Também nos termos da RN 252/2011, além das situações especiais relacionadas ao cancelamento do registro da operadora, o beneficiário vinculado a plano privado de assistência à saúde poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, no prazo de sessenta dias do falecimento do titular do contrato.

A portabilidade especial também poderá ser exercida por beneficiário ex-empregado demitido ou exonerado (sem justa causa) ou aposentado (e dependentes vinculados ao plano) durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998 (RN 252/2011).

Para a portabilidade especial, como plano de origem, são admitidos planos de todos os tipos de contratação, contratados em qualquer época. Seguem os requisitos para o exercício da Portabilidade Especial:

- a) Ser beneficiário de operadora com insucesso da transferência compulsória de carteira, em processo administrativo (regime especial de Direção Fiscal ou Direção Técnica), ou nos casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial sem regime especial prévio, que tenha sido objeto de Resolução Operacional específica da ANS;
- b) Morte do titular do contrato, no prazo de sessenta dias a contar do falecimento, ou ser ex-empregado demitido ou exonerado (sem justa causa) ou aposentado (e dependentes vinculados ao plano) e estar no período de manutenção da condição de beneficiário, garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998;

- c) Estar em dia com a mensalidade do plano de origem e apresentar cópia do comprovante de pagamento dos três últimos boletos vencidos no caso de morte do titular do contrato e no caso de ex-empregado, demitido ou exonerado (sem justa causa) ou aposentado. Nos demais casos de portabilidade especial, a adimplência será comprovada por meio da apresentação de cópia dos comprovantes de pagamento de pelo menos quatro boletos vencidos, referentes ao período de seis meses estabelecido caso a caso em Resolução Operacional específica;
- d) O plano de destino deverá ser compatível com o plano de origem. O beneficiário deverá consultar o Guia ANS;
- e) A faixa de preço do plano de destino deverá ser igual ou inferior àquela em que se enquadra o plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão. O beneficiário deverá consultar o Guia ANS; e
- f) Solicitar a portabilidade no prazo de sessenta dias (ou prorrogação), a contar da publicação de Resolução Operacional específica, salvo no caso de morte do titular, cujo prazo de sessenta dias é contado a partir do falecimento. E no caso de ex-empregado demitido ou exonerado (sem justa causa) ou aposentado, o prazo de sessenta dias é anterior ao do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

A portabilidade extraordinária é decretada em situações excepcionais, quando há necessidade de intervenção regulatória para garantir opções ao beneficiário, como, por exemplo, nos casos em que os planos disponíveis no mercado são insuficientes ou incompatíveis com o plano de origem. O prazo para a troca de operadora é de 60 dias. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015j)

2.5.4.7 - Mudança de plano sem exercício da portabilidade

Para as mudanças de plano sem exercício da portabilidade o consumidor deverá cumprir novos prazos de carência para consultas, exames, internação e parto. Trata-se de uma

opção de o beneficiário buscar uma nova operadora de planos de assistência à saúde que contemple suas necessidades de atendimento. (RN 186/2009)

Algumas possíveis variáveis que determinam a contratação de um plano de saúde são a questão financeira, proximidade com a rede de prestadores, estado de saúde do beneficiário e/ou dependente, e em especial, o financiamento do plano de saúde pelo empregador. Considera-se, também, que há uma estreita relação entre o crescimento da renda e o acesso aos planos privados de assistência à saúde. (SHULMAN, 2009, p. 277)

Para Shulman, as cláusulas de carência estabelecem um prazo, durante o qual determinadas prestações de serviço médico são “inexigíveis pelo contratante”. Entende a carência como um dispositivo que serve para impedir as contratações dos planos, na iminência da necessidade do atendimento, mas que também é utilizado para justificar, de forma equivocada, muitas negativas de atendimento.

Esse tipo de disposição visa inibir a possibilidade de que a contratação ocorra na iminência da necessidade do tratamento, ilustrativamente, a adesão no sétimo mês de gravidez com a finalidade estrita de custear os serviços médicos relativos ao procedimento do parto. Tal fundamento, contudo, tem sido elástico (ou distorcido) para negar uma série de proteções inclusive em situações de emergência e urgência, observando-se que as cláusulas de carência embora admitidas na Lei nº 9.656/98 são comumente objeto de contendas em juízos. (SHULMAN, 2009, p.227)

SHULMAN (2009, p.227) justifica a importância do tema relacionado à carência e à portabilidade pelos aspectos relacionados à limitação do risco, deveres de cobertura e dificuldades para as mudanças de operadoras de planos de saúde. No aspecto relacionado à dificuldade para mudar de operadora, para o autor, o tema gera preocupação, inclusive no quesito concentração do mercado de planos de saúde no país, de acordo com os registros da literatura.

No Brasil, dentre 1.264 operadoras, apenas 8 (0,6%) das operadoras detinham 21% dos “usuários” dos planos de saúde em março de 2006, o equivalente a cerca de 7,6 milhões de planos de assistência médica. Essa constatação é tão marcante que parece razoável imaginar que essas oito empresas, orbitando no setor oligopolista, tenham poder para pressionar aumento de preços... (OCKÉ-REIS, 2007, p.1043)

3 MÉTODO

3.1 ABORDAGEM

Para a coleta dos dados desta pesquisa, a pesquisadora e também servidora da ANS, lotada na área em que os dados foram extraídos, obteve autorização formal para a realização da pesquisa e publicação dos dados obtidos, uma vez que se trata de informações novas, extraídas diretamente nas bases de dados, e que não foram formatadas para publicação periódica em seus meios de comunicação, que costumam ser submetidas às áreas responsáveis para análise e autorização de publicação das informações.

Foi essencial estabelecer claramente a distinção da ação da pesquisadora da ação da servidora da ANS, pois esta estava em alinhamento com as diretrizes da Agência e aquela esteve com foco nas potencialidades das bases de dados evidenciadas, durante as atividades profissionais, revisão bibliográfica e experiências adquiridas, para a formulação de questões pertinentes de pesquisa no âmbito da Ciência da Informação.

Durante a coleta de dados deste estudo, a pesquisadora manteve em paralelo as atividades inerentes à função na Agência. A vantagem desse fato é a proximidade com o objeto de estudo, a clareza das possibilidades e das limitações e a otimização da coleta de dados, por ter sido possível colaborar com os analistas dos sistemas responsáveis pelas extrações dos dados para a definição dos critérios de consulta adequados para se atingir os objetivos propostos. Uma possível desvantagem seriam as influências no escopo da pesquisa, por se tratar de objeto de estudo e trabalho simultâneos. No entanto, o escopo da pesquisa está alinhado com os valores institucionais da Agência Reguladora - “a transparência e ética dos atos, o conhecimento como fundamento da regulação, o estímulo à inovação para busca de soluções e sustentabilidade setorial e o foco no compromisso social” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015b), o que sem dúvida ratifica o apoio institucional e a relevância desse trabalho acadêmico.

O estudo tem caráter descritivo, ao considerar a potencialidade de descrever o fenômeno, de forma integral, e por ser o método que cuida da descrição das características de determinada população ou fenômeno, e também por permitir o estabelecimento de relações entre variáveis e fatos. (PEREIRA, 2012, p.89)

Análise Descritiva representa a área de investigação nos dados que busca tanto descrever fatos relevantes, não-triviais e desconhecidos dos usuários, como analisar a base de dados, principalmente pelo seu aspecto de qualidade, para validar todo o processo da mineração e seus resultados, ou seja, o conhecimento encontrado. (CORTÊS; PORCARO; LIFSCHITZ, 2002, p. 4)

A análise descritiva, segundo Cortês, Porcaro e Lifschitz (2002, p. 26) envolve a análise de “outliers” (detecção de desvios) a fim de encontrar conjuntos de dados que não obedecem ao comportamento ou modelo dos dados para serem tratados ou descartados no processo de mineração de dados. Também é necessária, segundo o autor, a análise de desvios, para detectar mudanças de comportamentos, comparando com o padrão. Além disso, a análise prévia é a análise da base de dados, com o objetivo de identificar anomalias ou resultados raros, que possam influenciar os resultados da mineração de dados. Segundo os autores, o descobrimento é a análise com o objetivo de encontrar padrões escondidos, sem que necessariamente exista uma ideia ou hipótese clara previamente estabelecida.

3.2 COLETA DOS DADOS

A pesquisa foi baseada na extração nas bases de dados do SIB, CADOP e RPS, que são alguns dos principais sistemas de informação da saúde suplementar e de responsabilidade da ANS, para análise e discussão das informações relacionadas às mudanças de planos de saúde no Brasil. Também foram levantadas as estatísticas de acesso ao guia de planos da ANS e os resultados das buscas por termos relacionados às mudanças de planos de saúde na web com auxílio da ferramenta “google trends”.

3.2.1 Consultas às bases de dados

Para o alcance dos objetivos dessa pesquisa foi usada a ferramenta de gerenciamento de banco de dados relacional, que utiliza a linguagem SQL (Structured Query Language), a coleta dos dados foi realizada com auxílio de consultas SQL nas bases de dados da ANS com base nas especificações pré-determinadas, ou seja, a partir da prévia definição dos critérios, filtros e delimitações de campos, das tabelas e do intervalo de tempo para as extrações dos dados.

Um banco de dados relacional é um mecanismo de armazenamento, que permite a persistência de dados e opcionalmente a implantação de funcionalidades. Nesse tipo de banco, todos os dados são armazenados em tabelas, as quais têm a mesma estrutura repetida em cada linha (como uma planilha de dados) e são as relações entre as tabelas que fazem uma “tabela relacional”. (ALVES, 2014)

A linguagem SQL (Structured Query Language) é a linguagem de consulta utilizada na interação entre o usuário e o banco de dados. Foi criada para atender a todos os bancos de dados relacionais e permitir que usuários possam acessar qualquer banco usando a mesma base de conhecimento. Os comandos de SQL utilizados para a definição de dados são conhecidos como DDL (Data Definition Language). (DAMIN, 2014)

O formulário apresentado no apêndice A foi utilizado nas solicitações de consultas às bases de dados da ANS, para orientar a criação da estrutura da consulta na linguagem SQL, pelos analistas de sistema da ANS (apêndice B), e para possibilitar o controle das solicitações e resultados obtidos durante o período de coleta de dados. O esquema de queries do referido apêndice apresenta a estrutura lógica das consultas, para possibilitar a reprodução futura de consultas semelhantes, mas com inibição dos nomes principais das tabelas e identificações dos registros para o estabelecimento da segurança da informação.

As definições de critérios para as extrações dos dados foram baseadas na análise da documentação do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS (SIB), do Sistema de Informações de produtos (SIP) e do CADOP (Cadastro de operadoras). As documentações consideradas relevantes para a definição das consultas foram: Legislação relacionada aos sistemas de informações de beneficiários, registro de produtos (RPS), nota técnica de registro de produtos (NTRP) e CADOP (cadastro de operadoras); e as documentações básicas do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), com destaque para o modelo de dados, dicionário de dados e modelo de entidades e relacionamentos.

Os autores Tan, Steinach e Kumar (2009, p.53) entendem que o ideal, ao se trabalhar com um conjunto de dados, é a utilização de sua documentação correspondente para colaborar com as análises dos atributos e da relação existente nos mesmos. Alertam para o fato de que, se a documentação estiver ausente ou deficiente, haverá grande prejuízo na análise dos dados.

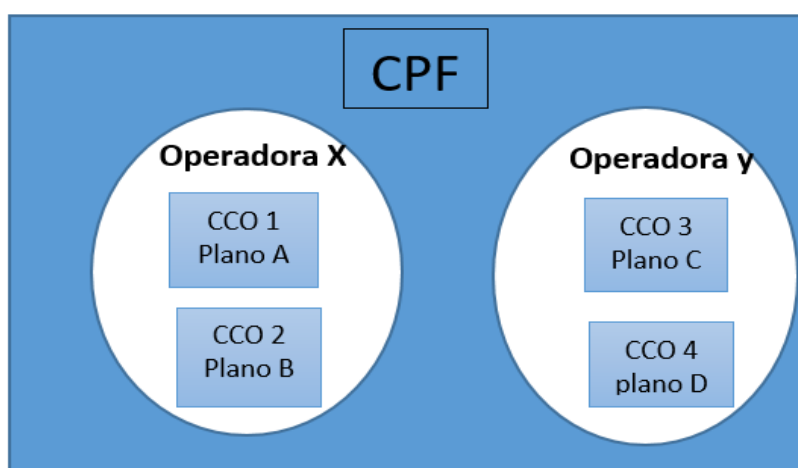
Com base no estudo da documentação e legislações específicas e correlatas, aliados à “expertise” da equipe de analistas de sistemas responsáveis por todas as extrações de dados solicitados internamente e externamente à ANS, as especificações foram estruturadas de forma a contemplar o objetivo proposto nesta pesquisa e a criação de relatórios com os resultados solicitados no formulário de demanda (apêndice A). Os documentos com registros

das versões do SIB e instruções do preenchimento do SIB forneceram importante subsídio para definição dos critérios da pesquisa e análise dos resultados (anexos A e B).

As mudanças de plano de saúde dos beneficiários são informadas pelas operadoras à ANS, por meio do Sistema de Informações de Beneficiários, com o envio de arquivos mensais, cujo conteúdo identifica que se trata de mudança contratual. As migrações e as adaptações de plano são informadas com a utilização desse movimento no SIB. Dessa forma, ficam registrados na base os vínculos de beneficiários que optaram pela migração e adaptação de plano. Também é obrigação das operadoras informar todas as mudanças de plano, além das migrações e adaptações, dessa mesma forma.

Existem mais de 300 milhões de vínculos (ativos e inativos) de planos de assistência à saúde, informados na base do SIB, porém estes números representam os vínculos, não a quantidade de consumidores que têm planos de saúde. O esquema abaixo faz um demonstrativo da relação existente entre os vínculos (CCO) e o número de CPF informado na base de dados de beneficiários da ANS. Um vínculo é representado por um número de identificação unívoca do registro, o código de controle operacional (CCO) na base; este é único para cada vinculação a plano registrado na ANS. Dessa forma, uma pessoa identificada na base, com seu CPF, está relacionada a um ou mais vínculos (CCO), dependendo de quantos planos tem ou teve em uma ou mais operadoras de planos de saúde, conforme a Figura 1 a seguir:

Figura 1- Relação existente entre o CPF e o CCO na base de dados do SIB¹⁹.



¹⁹ A Figura 1 exemplifica a situação de um beneficiário identificado pelo CPF e que tem quatro planos de saúde informados na base do SIB (odontológico ou de assistência médica), plano A e B na operadora X e plano C e D na operadora Y. Há geração de um CCO (código de controle operacional) para cada vinculação do beneficiário a planos de saúde. Esse código é único e não se repete na base de dados.

Nessa nova perspectiva, a base de dados com informações de beneficiários de planos de saúde pode ser explorada, com o intuito de acompanhamento do indivíduo, com inclusão das mudanças de planos realizadas na mesma operadora e entre operadoras diferentes ao longo do tempo. Os levantamentos e publicações realizados até então consideraram a quantidade de vínculos a determinados planos e operadoras, mas sem agregá-los por CPF (indivíduo). O CCO é um código que identifica cada vínculo, porém vários vínculos podem estar relacionados à mesma pessoa. Ao se limitar a monitorar tendências e dados obtidos a partir desses vínculos, perde-se a perspectiva do indivíduo e se verifica somente as alterações cadastrais e de planos realizadas em uma mesma operadora, devido à limitação imposta pela estrutura do Sistema de informação e exigência normativa para envio de informações periódicas à ANS.

Para efeito de conhecimento da dinâmica das mudanças de plano de saúde no Brasil, não é suficiente o levantamento dos movimentos de mudanças contratuais informados pelas operadoras, pois o que se obtém são as mudanças de planos realizadas pelos beneficiários dentro da mesma operadora. Para a compreensão da dinâmica das mudanças de plano entre operadoras diferentes é essencial a pesquisa de beneficiários, pelo CPF, para realização da pesquisa dos indivíduos com os diversos vínculos a planos de diferentes operadoras. Dessa forma, a pesquisa não se limitou a verificar as mudanças de plano informadas pelas operadoras em atendimento aos normativos vigentes.

Os critérios de definição de uma mudança contratual com a utilização do CPF precisaram ser formulados com base nas datas de primeira contratação e nas datas de cancelamento de cada plano para cada vínculo de beneficiário da base do SIB. Também foram utilizados na pesquisa registros com CPF informado e validado na base da Receita Federal, com as melhores classificações no nível de similaridade entre os dados no SIB e na Receita Federal. Isso possibilitou a identificação dos indivíduos – consumidores - na saúde suplementar e dos seus vínculos a planos de saúde.

Preparação para definição dos critérios

As definições dos critérios das consultas nas bases de dados da ANS percorreram as seguintes etapas:

- a) Estudo das normas vigentes e das alterações relacionadas às bases de dados de beneficiários de planos de saúde, de operadoras e planos registrados na ANS, e da nota técnica de registro de produto (NTRP);
- b) Estudo da documentação específica do SIB, tais como: modelo de dados, dicionário de dados, modelo de entidades e relacionamentos, documento de críticas e histórico de versões do SIB. O histórico de versões do SIB, que está localizado no espaço da operadora no site da ANS, permite uma visão das alterações realizadas no sistema de críticas, publicações, entre outros. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015l)
- c) Elaboração de formulário de demanda de consultas às bases de dados da ANS e preenchimento com todos os critérios para as consultas dos dados afim de se obterem os resultados da pesquisa (apêndice A);
- d) Envio de formulário com os critérios das consultas à equipe de analistas de sistemas da ANS por meio de e-mail institucional para consultas de dados. Trata-se de canal para solicitações e envio de resultados solicitados pelos servidores da Agência, Ouvidoria, e atendimento de solicitações originadas no Sistema Eletrônico de Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC);
- e) Reuniões presenciais para esclarecimentos e discussões com analistas de sistema para construção das consultas SQL;
- f) Reformulação do formulário de consulta, após as reuniões, quando se constataram necessidades de alterações que tornassem a especificação mais clara, ou nos casos em que, onde após estudo das tabelas, verificou-se a necessidade de reformulação do conteúdo do formulário de demanda; e
- g) Análise dos resultados apresentados em planilha “Excel”.

Definições gerais para as consultas

Após a preparação e as reformulações, foram definidos os seguintes critérios gerais para as consultas às bases de dados da ANS:

- a) Utilização de registros com CPF informado e validado na base da Receita Federal, com as melhores classificações no nível de similaridade entre os dados no SIB e na Receita, ou seja, níveis 1, 2 e 3. Isso possibilitou a identificação dos indivíduos (consumidores) na saúde suplementar e os seus vínculos a planos de saúde, pois os

dados do nome, data de nascimento e CPF são os mesmos nas bases do SIB e da Receita Federal.

- b) Exclusão dos dados referentes aos planos odontológicos e operadoras exclusivamente odontológicas, conforme se verifica no formulário de especificação de demanda (apêndice A), tendo em vista que o foco da pesquisa são as mudanças entre planos de assistência médica, não mudanças entre planos com cobertura muito distintas, como, por exemplo, mudanças realizadas de planos hospitalares e odontológicos e
- c) Delimitação do tempo, o qual compreende o período de 2010 e 2014, no qual se observaram mudanças de plano constantes do SIB.

Definições específicas para as consultas

Após as reformulações, foram definidos os seguintes critérios específicos para cada consulta listada a seguir:

a) Mudanças contratuais por modalidade e porte de operadora e tipo de contratação do plano

Foram extraídas da base de dados informações de todas as operadoras de planos de assistência à saúde, cujos beneficiários realizaram mudanças de plano na mesma operadora ou para operadora distinta. Também foram obtidas as informações dos seguintes campos: razão social, modalidade, porte e Unidade da Federação (UF) da sede das operadoras, além do tipo e da época de contratação do plano dos beneficiários que mudaram de plano.

b) Migrações e adaptações de contrato por operadora e plano

Foram extraídas, da base de dados, informações sobre as migrações de plano e adaptações de contrato dos beneficiários informados pelas operadoras à ANS. E foram obtidas as informações dos seguintes campos: razão social, porte, modalidade e UF da sede das operadoras de origem e de destino dos consumidores que efetivaram as mudanças de plano, e também o tipo de plano dos beneficiários das operadoras de origem.

Critérios que estabelecem a migração de plano nas consultas às bases de dados do SIB:

- a) A primeira contratação de plano foi anterior a 01/01/1999 e é cadastrado no SCPA (Cadastro de planos antigos);
- b) Havia movimento de mudança contratual registrado na base do SIB para a contratação de plano posterior à Lei 9.656/98;
- c) A data da migração correspondia à data da primeira mudança contratual, ou seja, a data da mudança do plano antigo para o plano novo e
- d) Existência ou não da adaptação de contrato anterior à migração de plano.

Critérios que estabelecem a adaptação de contrato nas consultas às bases de dados do SIB:

- a) A data da primeira contratação do plano foi anterior a 01/01/1999 e o plano é cadastrado no SCPA (Cadastro de planos antigos);
- b) Havia movimento de mudança contratual, registrado na base para a contratação de plano anterior à Lei 9.656/98, com data de contratação anterior ou posterior a 01/01/1999, para o mesmo plano cadastrado no SCPA;
- c) A data da adaptação correspondia, à segunda data da contratação para o mesmo plano registrado no SCPA durante o procedimento de mudança contratual e;
- d) Existência ou não de mudança contratual anterior à adaptação do plano.

c) Mudanças contratuais por faixa etária dos beneficiários

Foram extraídas, da base de dados, informações sobre as faixas etárias dos beneficiários que realizaram mudanças de plano de assistência médica. As faixas etárias consideradas são as definidas com a publicação da RN Nº 63/2003, a qual, desde dezembro de 2003, estabeleceu regras para o reajuste dos planos contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. As faixas etárias são as seguintes: 0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58 anos; e 59 anos ou mais.

d) Mudanças contratuais por faixa de preço do plano de origem

Foram extraídas, da base de dados, informações sobre as faixas de preço dos planos dos beneficiários que fizeram mudança de plano com classificações semelhantes, em termos de cobertura, tais como: entre planos ambulatoriais; entre planos hospitalares; entre planos

ambulatoriais + hospitalares (com ou sem obstetrícia); e entre planos com a classificação referencial e entre essas múltiplas variações.

A fonte de informações sobre a faixa de preço foi a NTRP (nota técnica de registro de planos), que contém o preço máximo e mínimo de comercialização dos planos das operadoras para cada faixa etária.

e) Mudanças contratuais por município de residência dos beneficiários

Foram extraídas, da base de dados, informações sobre o município de residência dos beneficiários que mudaram de plano de saúde na operadora de origem e de destino. Os dados absolutos foram plotados para representação gráfica, em um mapa geográfico, que permite a visualização da concentração das mudanças de plano de saúde entre as regiões do Brasil e a comparação entre os municípios de origem e destino envolvidos nas mudanças de plano de assistência médica dos beneficiários.

f) Mudanças contratuais e inclusões de filhos com até 12 meses de vida

Foram extraídas, da base de dados, informações sobre as inclusões de filhos com até 12 meses de vida como dependentes de planos de assistência médica, no período de 2010 a 2014, após efetivação das mudanças contratuais dos titulares. Os resultados foram consolidados em intervalos de tempo de inclusão do filho como dependente no plano após a mudança contratual do titular (em até 6 meses, de 6 a 12 meses e após 12 meses da mudança do plano do titular).

3.2.2 Acesso ao guia de planos da ANS e busca por termos relacionados às mudanças de plano de saúde em ferramentas de pesquisa da web

Como forma de se obter informações que demonstrem a dinâmica da saúde suplementar, em especial no que se refere às mudanças de plano de saúde, com expansão para além dos dados registrados na ANS, que são dados informados pelas operadoras de planos de saúde, foram mensuradas as buscas pelos termos relacionados à “mudança de plano de saúde” na web, no período de 2010 a 2014, com utilização da ferramenta métrica “google trends”.

Os resultados da busca pelos termos na web foram confrontados com os resultados das mudanças de plano informados à ANS, nesse mesmo período, e com a estatística de visitação do guia de planos da ANS, também no período de 2010 a 2014, com auxílio da ferramenta métrica “google analytics” pela área de tecnologia de informação da ANS.

De acordo com Vanti (2005), a “webometria” é uma das áreas de estudo, que vem adquirindo importância crescente para as análises quantitativas na Internet e, mais especificamente, na web. E ainda, segundo os autores Thelwall, Vaughan e Björneborn (2003), a webometria trata dos aspectos quantitativos, tanto da construção, quanto do uso da web, que compreende quatro áreas principais de pesquisa: análise de conteúdo das páginas web; análise da estrutura dos “weblinks”; análise do uso da web (exploração dos programas que registram os comportamentos de pesquisa e busca na web); e análise de tecnologias na web (incluindo o desempenho dos motores de busca).

Foi verificada, com auxílio do “google trends”, a estatística de pesquisa para os termos “mudar plano saude”; “mudar plano de saude”; “mudança plano de saúde”; “mudança plano de saude”; “mudança de plano de saúde”; “mudar de plano de saúde”; “mudar de plano de saude”; “mudar plano de saúde”; “mudar de plano saúde”; e “mudança de plano de saude”.

Os seguintes termos não apresentaram resultados na pesquisa ou foram pouco significativos: “mudar plano de saúde”: “mudar de plano de saúde”; “mudar de plano saúde”; “mudar de plano de saude”; e “mudança de plano de saude”.

Conforme se verifica no Quadro 5 a seguir, os termos “mudar plano saude”; “mudar plano de saude”; “mudança plano de saúde”; “mudança plano de saude” e “mudança de plano de saúde” foram selecionados para mensuração das buscas pelo assunto “mudança de plano de saúde”, pois apresentaram resultados considerados significativos e diferentes de 0 (zero) no período de 2010 a 2014 (Gráfico 7). Os resultados para as buscas dos termos selecionados foram somados e agrupados para a elaboração dos gráficos de consolidação.

Quadro 5 – Termos pesquisados e selecionados com utilização do “google trends”

Termos pesquisados	Termos selecionados
Mudar plano saude	Sim
Mudar plano de saude	Sim
Mudança plano de saúde	Sim
Mudança plano de saude	Sim
Mudança de plano de saúde	Sim
Mudar de plano de saúde	Não
Mudar de plano de saude	Não
Mudar plano de saúde	Não
Mudar de plano saúde	Não
Mudança de plano de saude	Não

Gráfico 7 - Buscas por termos relacionados à mudança de plano de saúde na web no período de 2005 a 2015 no Brasil



Fonte: Google trends. Acesso em: 16 jul. 2015. 17:00

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

3.3.1 Extração nas bases de dados

As análises dos resultados foram realizadas, com base nos levantamentos da documentação dos sistemas, notas técnicas ou relatórios armazenados em repositórios digitais específicos e estudo de normas que estabelecem os principais sistemas de informação da ANS. Foi dada especial atenção ao estudo dos campos e das tabelas do Sistema de Informações de Beneficiários da ANS, por ser a base principal das informações sobre as mudanças de planos de beneficiários. É nessa base que estão registradas as mudanças contratuais informadas pelas operadoras de planos de saúde, além de outros dados importantes, como, por exemplo, o CPF de cada beneficiário de plano de saúde.

[...] deve-se ter bem claro qual a funcionalidade ou os resultados a que se deseja chegar. A escolha da funcionalidade, na maioria dos casos, exige a participação de pessoas que efetivamente entendam do negócio em estudo, mesmo que não sejam especialistas na utilização e manuseio computacional dos dados. Uma vez definidas as funcionalidades, parte-se para identificar a melhor técnica, a mais aderente para obtenção dos resultados. Diversas técnicas podem ser utilizadas para se chegar aos resultados pretendidos, entretanto, cada técnica possui suas características, suas peculiaridades e precisa de pessoas que saibam interpretar os resultados. Uma vez identificadas as funcionalidades e as melhores técnicas a serem aplicadas, deve-se escolher uma abordagem, uma metodologia de aplicação para condução de todos os processos”. (CORTÊS; PORCARO; LIFSCHITZ, 2002, p.22)

Os dados extraídos foram agrupados e consolidados. Além disso, foi feita uma verificação de um grupo de registros amostrais para identificação de inconsistências e de necessidade de nova consulta ou de alteração da especificação realizada anteriormente.

Para análise e interpretação dos dados coletados na base, foram realizadas comparações de grandezas estatísticas das variáveis de interesse com utilização de ferramentas e de software para facilitar agrupamentos, organização, estatística e geração de tabelas de frequência. Os gráficos foram elaborados com base nos resultados obtidos após consolidação dos dados extraídos diretamente das bases de dados da ANS e a partir do tabulador de dados localizado no sítio da ANS²⁰.

Verificaram-se pequenas diferenças no número absoluto das mudanças de plano entre as diferentes variáveis analisadas, uma vez que, cada relatório obtido foi baseado em critérios diferentes em alinhamento com a especificação estabelecida no formulário de demanda. Ressalta-se, portanto, que os resultados das consultas são dependentes da qualidade de preenchimento dos dados informados pelas operadoras. Dessa forma, campos vazios e/ou incorretos afetam o somatório geral das mudanças de plano, de acordo com a variável estudada.

3.3.2 Acessos ao guia de planos da ANS e pesquisa por termos relacionados às mudanças de plano de saúde na web

Os resultados obtidos da estatística de acessos ao guia de planos foram agregados por mês e ano e confrontados com os resultados da estatística de busca por termos relacionados às mudanças de plano de saúde do “google trends” e com os resultados das bases de dados da ANS para apresentação gráfica e discussão dos resultados.

²⁰ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/index.htm>. Acesso em: 26 abr. 2015.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram segmentados sete tópicos de resultados de acordo com a variável e o tema abordado. Para as adaptações e migrações de plano foi realizada uma análise temporal no período entre 2010 a 2014, a fim de evidenciar a evolução das mudanças de plano antigo para novo.

Em seguida houve a realização da análise e da discussão dos resultados relacionados às mudanças de plano dos beneficiários entre operadoras de diferentes portes e modalidades e também entre planos individuais e coletivos. Nessa variável foram analisadas as mudanças entre planos de diferentes tipos de contratação, nas quais se incluem os planos odontológicos comercializados por operadoras exclusivamente odontológicas para que a pesquisa tenha uma visão global das mudanças de plano entre todas as operadoras de todas as modalidades.

Os resultados relacionados à faixa etária, ao município de residência, à faixa de preço do plano dos beneficiários e os relacionados à inclusão de filho no plano de saúde efetuada após as mudanças contratuais dos titulares, excluíram as operadoras exclusivamente odontológicas (que comercializam somente planos odontológicos), para contemplar o foco da pesquisa, que é a análise das mudanças entre planos de assistência médica.

Importante salientar que existem diferenças no número absoluto das mudanças de plano entre as diferentes variáveis analisadas, pois há diferenças nos critérios das pesquisas e dependência da qualidade da informação dos registros de beneficiários, planos e operadoras.

Do último tópico constam a análise e a discussão dos resultados que demonstram a relação entre as buscas de termos relacionados ao tema “mudança de plano de saúde” na web, aos acessos ao guia de planos da ANS e ao envio de informações sobre as mudanças de planos pelas operadoras à ANS.

4.1 MIGRAÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PLANO

No período de 2010 a 2014, foram informados à ANS 517.785 adaptações e 6.955 migrações de plano de saúde. São valores que correspondem às informações prestadas à ANS pelas operadoras que cumpriram as obrigações de envio periódico do SIB e seguiram as recomendações para o correto procedimento de atualização da base cadastral de seus beneficiários.

Para os resultados da migração e adaptação, o foco de análise foi dado à tendência evolutiva dessas mudanças, uma vez que há normativos da ANS (RN 254/2011)²¹, que desestimulam o aumento do número de beneficiários cobertos por planos antigos, seja pela proibição da comercialização desses planos, seja pelo estímulo ao aumento das migrações de plano e adaptações de contrato.

Verifica-se, no Gráfico 8, que as adaptações, em números absolutos, são relativamente constantes, pois apresentam somente dois picos: um em agosto de 2012 e outro em setembro de 2013, os quais podem estar relacionados a alguma publicação de normativo ou a outra ação pontual do órgão regulador para incentivar as adaptações de plano e as atualizações de registros pendentes de regularização.

Apesar da publicação, em maio de 2011, da Resolução Normativa nº 254/2011, que dispõe sobre a adaptação e migração de contratos, não se verificam aumentos de adaptações na base de dados de beneficiários. Importante destacar que foi somente partir de 06 de junho de 2012 que o SIB ficou preparado para receber informação de adaptação com permanência do mesmo número cadastrado no Sistema de planos antigos da ANS (SCPA). Esse fato pode ser verificado no documento que foi publicado, no espaço da operadora localizado no site da ANS, com o título “Histórico de versões do aplicativo do SIB/ANS - formato XML” (Anexo A).

²¹ “[...] a ANS pretende incentivar os beneficiários a alterarem seus contratos para que tenham toda a segurança e as garantias trazidas pela regulamentação do setor, tais como regras de reajuste, garantia às coberturas mínimas obrigatórias listadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e portabilidade de carências.

As principais vantagens comuns à adaptação, que se realiza por meio de um aditivo contratual, e à migração, que é a celebração de um novo plano de saúde dentro da mesma operadora, são:

- acesso ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e às suas atualizações
- vedação de nova contagem dos períodos de carência
- limitação do reajuste anual por variação de custo para os planos individuais ao percentual divulgado e autorizado pela ANS
- adequação das faixas etárias ao estatuto do idoso
- maior potencial de efetividade na fiscalização por parte da ANS

Na adaptação, a operadora deve apresentar proposta ao beneficiário, demonstrando o ajuste do valor a ser pago relativo à ampliação das coberturas. Este ajuste poderá ser até o limite máximo de 20,59%.

Na migração, o consumidor deverá utilizar o Guia de Planos de Saúde para verificar as opções de planos compatíveis com o seu. O preço do plano compatível será o valor dos planos disponíveis no mercado.

A resolução é resultado da participação da sociedade no processo de elaboração. A ANS contou, ainda, com a contribuição de entidades representativas do setor, como: Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasau), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (ProTeste), entre outras. ”Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/579-ans-publica-regras-para-adaptacao-e-migracao-de-contratos#sthash.zoqho87c.dpuf>> Acesso em: 12 abr. 2016.

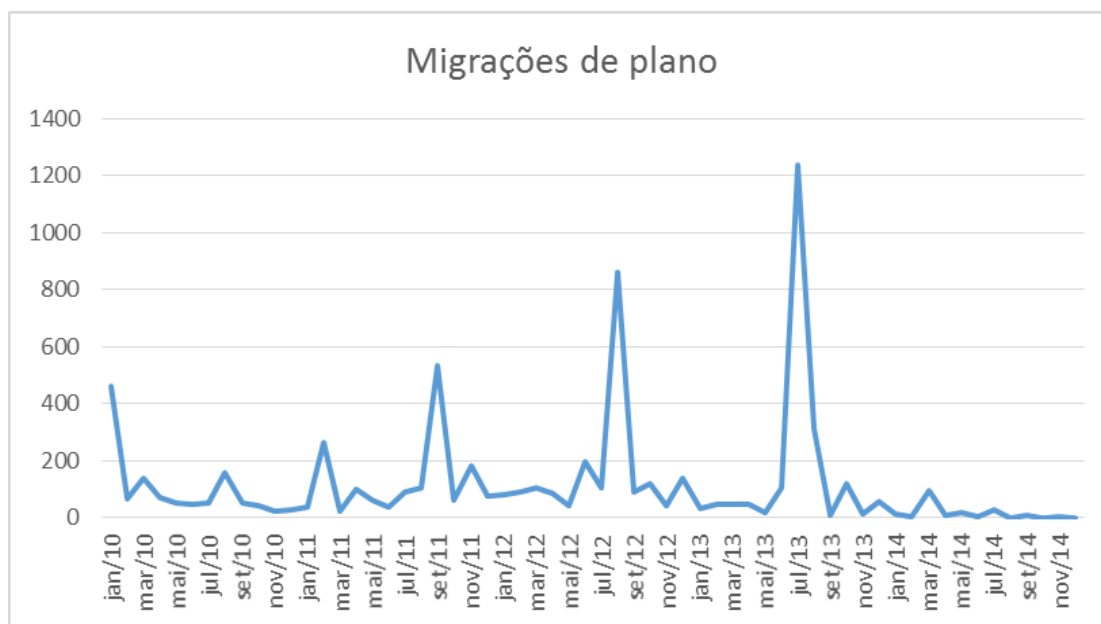
Apesar da possibilidade, de acordo com as regras do sistema, do envio de dados de forma retroativa²², a limitação do sistema pode ter impactado os resultados.

Gráfico 8: Adaptações de plano de saúde no período de 2010 a 2014 no Brasil



Na dinâmica das migrações, foram verificadas oscilações com vários picos e tendência de crescimento, no período de 2010 a 2013, e queda em 2014. Não há uma relação clara entre adaptações e migrações, apesar de ambos terem como princípio a ampliação e a regularização da cobertura do plano de saúde antigo às regras dos planos novos. Isso pode estar relacionado à forma de como a informação da dinâmica das mudanças chega à ANS, pois depende de um sistema com um conjunto de críticas exigidas, no ato das atualizações dos registros, ou ainda devido a alguma peculiaridade desse mercado, que merece maiores esclarecimentos.

²² O sistema permite o envio de dados com datas anteriores. É possível incluir, retificar ou mudar o plano para garantir que dados não informados no passado possam ser atualizados no presente pelas operadoras.

Gráfico 9: Migrações de plano de saúde no período de 2010 a 2014 no Brasil

O valor, que é consideravelmente menor das migrações, além de outros motivos, pode estar relacionado à forma como a informação do plano do beneficiário é enviada à ANS, já que, o envio equivocado, como, por exemplo, a utilização de inclusão (inclusão de registro novo na base), em vez de mudança contratual, para demonstrar a existência da migração do plano, impactaria nas mensurações e acompanhamentos dessas migrações de plano na saúde suplementar.

4.2 MUDANÇAS DE PLANO ENTRE DIFERENTES TIPOS DE CONTRATAÇÃO E ENTRE OPERADORAS DE DIFERENTES PORTES E MODALIDADES

Foram levantados na base do SIB 218.449.246 vínculos de beneficiários que realizaram mudanças contratuais na mesma operadora e em operadoras distintas no período de 2010 a 2014. Os resultados incluem os vínculos de beneficiários às operadoras que comercializam planos de assistência médica (com ou sem plano odontológico) e às operadoras exclusivamente odontológicas.

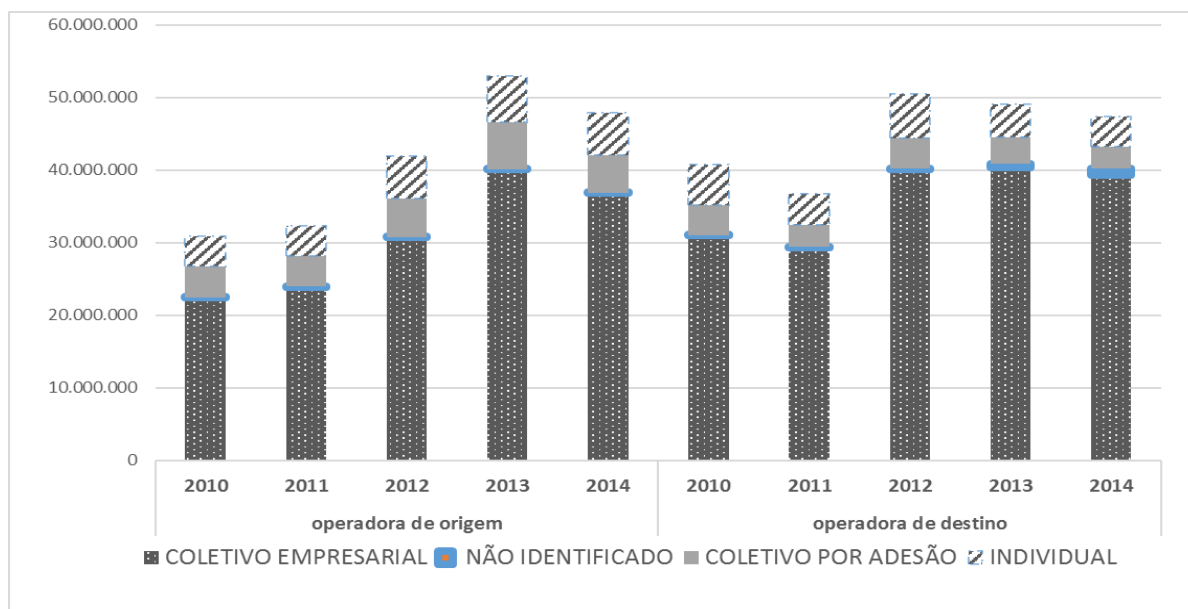
Verificou-se um aumento nas mudanças contratuais, de 2010 a 2013, seguido de uma queda em 2014, ao se analisar a base de dados das operadoras de origem dos beneficiários, cuja referência é a data de cancelamento do plano informada no SIB.

De modo geral, as mudanças contratuais identificadas na base das operadoras de destino dos beneficiários foram maiores em números absolutos (Gráfico 10). Ainda há em média 813.043 registros sem informação do plano, no período analisado, fato que inviabiliza o levantamento total das mudanças, cuja variável é o tipo de contratação do plano.

Ao se compararem as mudanças de planos realizadas por beneficiários vinculados a planos de diferentes tipos de contratação, foi verificado que 74,7% dos vínculos a planos com ocorrências de mudanças estavam relacionados a planos empresariais, que são intimamente relacionados aos vínculos empregatícios. No período de 2010 a 2014, a média do número de beneficiários cobertos por planos empresariais esteve em torno de 65,7%. Trata-se de um resultado que demonstra uma estreita relação entre mudança de emprego e mudança de plano de saúde.

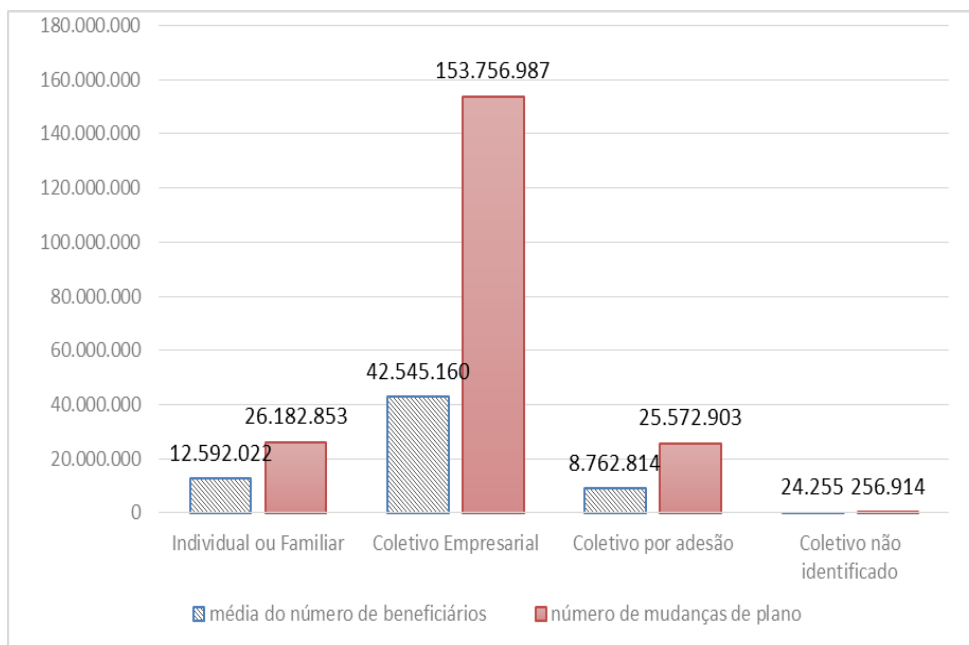
Quando se compara a contratação coletiva (plano empresarial e plano por adesão) com a contratação individual/familiar, a proporção chega a 87,2% para planos coletivos. O Gráfico 10 exhibe visualmente essa diferença entre as mudanças por tipo de contratação do plano de saúde.

Gráfico 10: Mudanças de plano de saúde por tipo de contratação do plano na operadora de origem e destino no período de 2010 a 2014 no Brasil



Já o Gráfico 11 abaixo faz um paralelo entre a média de beneficiários e as mudanças de plano por tipo de contratação, no período de 2010 a 2014, para permitir melhor observação da relação existente entre o número absoluto de vínculos a planos de saúde e o número de mudanças por tipo de contratação.

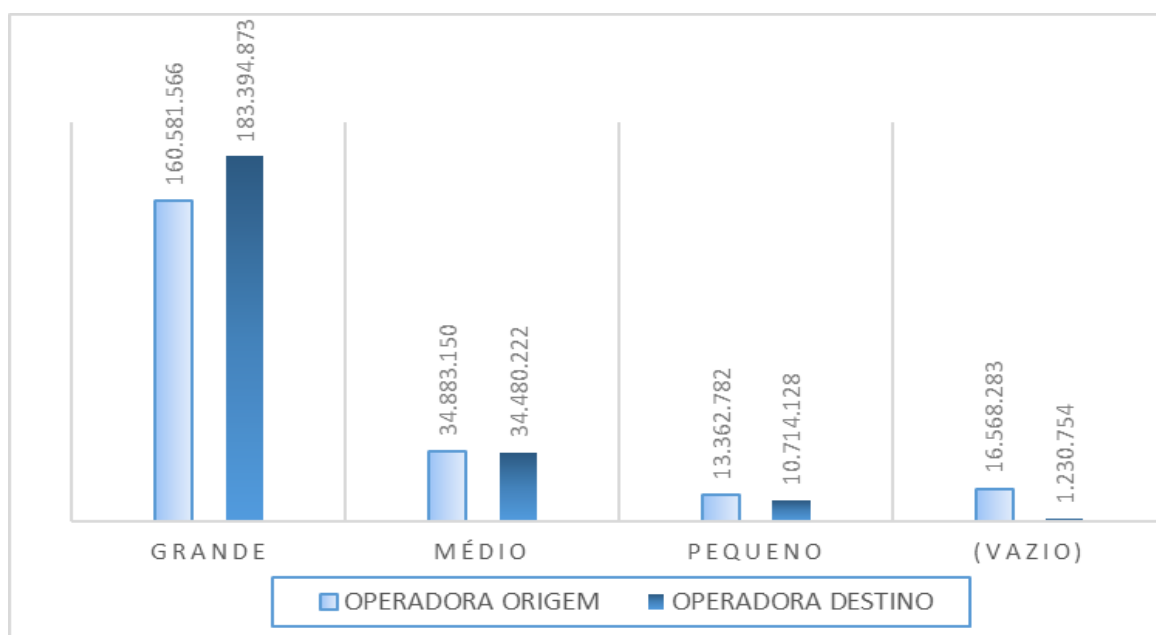
Gráfico 11: Relação entre a média no número de beneficiários e o número de mudanças de plano de saúde por tipo de contratação do plano no período de 2010 a 2014 no Brasil



O Gráfico 12 expõe a diferença existente entre o número de mudanças contratuais realizadas por beneficiários levantado na base de dados das operadoras de origem e de destino. A diferença no número de mudanças contratuais entre essas operadoras pode significar que há diferenças na qualidade da informação enviada pelas operadoras de origem e de destino à ANS, que podem afetar as consolidações dos dados e os resultados encontrados. No entanto cabe destacar que esses valores podem representar de fato que há uma dinâmica de mudanças de plano entre operadoras de diferentes portes.

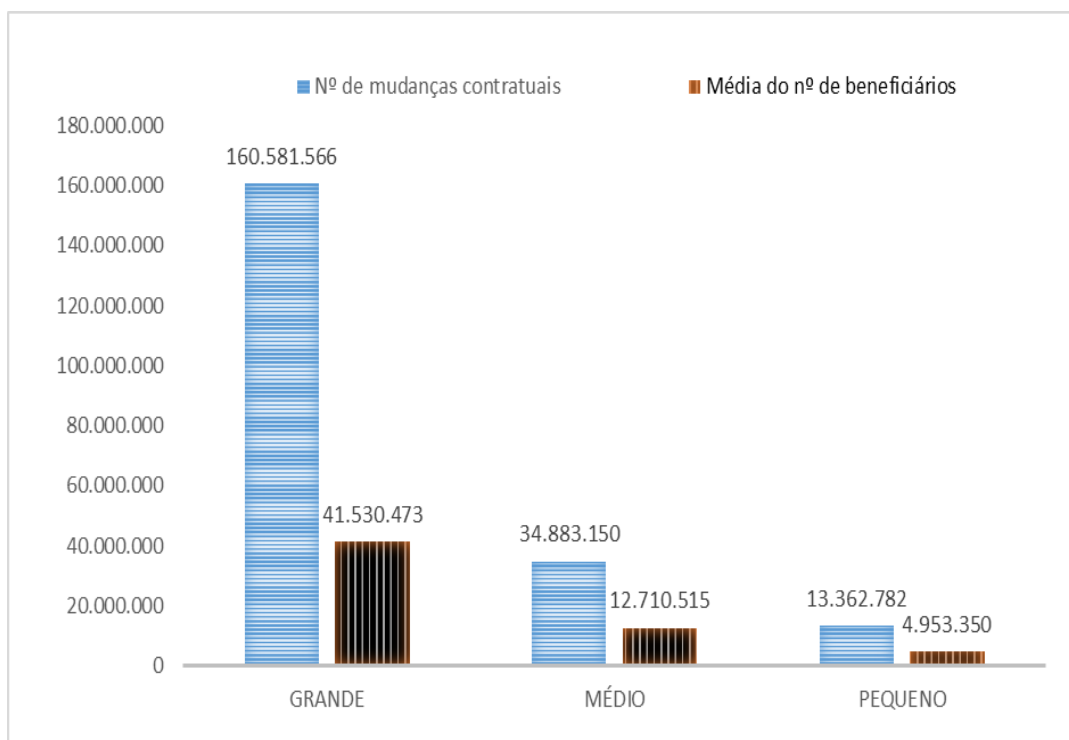
Nas operadoras de pequeno e médio portes não se verificou grande diferença no número de mudanças contratuais, entre as de origem e de destino, ao se comparar com os números de mudanças nas de grande porte. Esses resultados podem sugerir uma tendência de mudanças de plano dos beneficiários das operadoras de pequeno e médio porte para as operadoras de grande porte. As operadoras de grande porte podem, por exemplo, ser o destino de muitas mudanças contratuais, seja de forma opcional, com a portabilidade de carências praticada pelos beneficiários, seja por transferência compulsória da carteira, que é determinada pela Agência reguladora. (RN 112/2005)

Gráfico 12: Mudanças de plano de saúde por porte da operadora de origem e de destino no período de 2010 a 2014



Com o levantamento das mudanças contratuais pelo porte das operadoras, verificou-se que 71,2% das mudanças contratuais se deram entre beneficiários cobertos por planos de operadoras de grande porte. Somente 5,9 % das mudanças estavam vinculadas a operadoras de pequeno porte. Em média, 64,1% dos beneficiários de planos de saúde, incluindo os planos odontológicos, estavam vinculados a planos de operadoras de grande porte e 7,6% a planos de operadoras de pequeno porte no período de 2010 a 2014. O Gráfico 13 demonstra a relação existente entre a média do número vínculos de beneficiários e o número de mudanças contratuais entre os diferentes portes de operadora de plano de saúde.

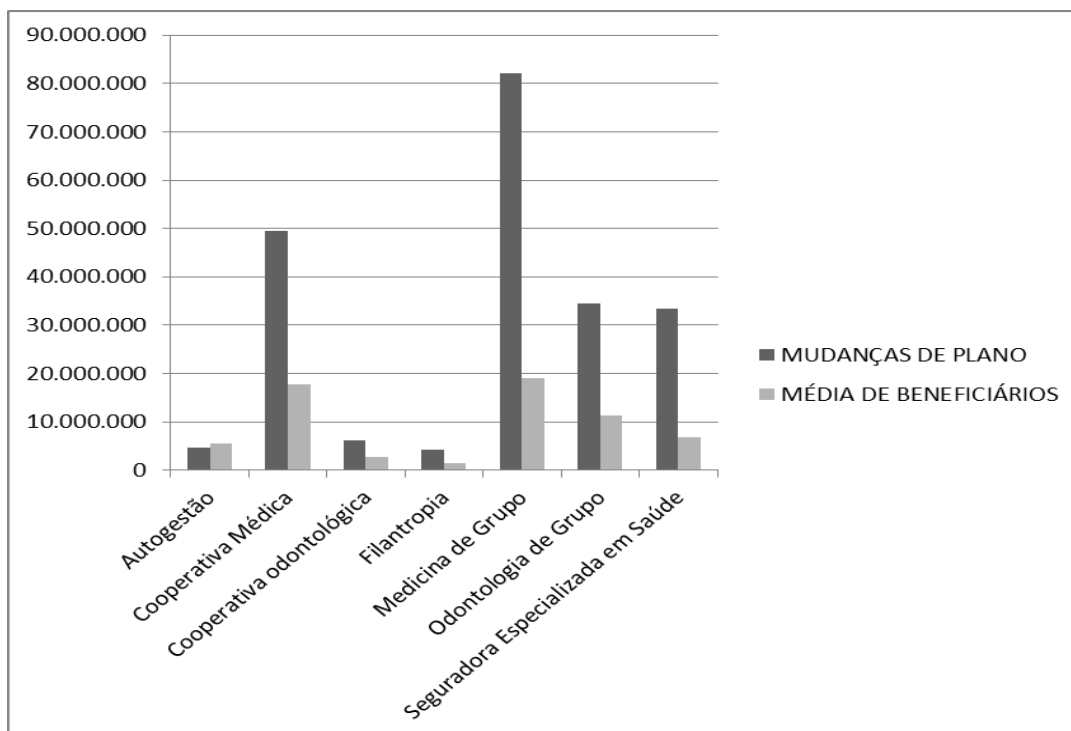
Gráfico 13: Relação entre a média no número de beneficiários e o número de mudanças de plano de saúde por porte da operadora no período de 2010 a 2014



Quanto às modalidades das operadoras, o Gráfico 14 a seguir estabelece uma relação entre a média do número de beneficiários em cada modalidade de operadora e o número de mudanças contratuais no período analisado. Verifica-se que a frequência das mudanças de plano é maior nas operadoras classificadas como medicina de grupo e seguradora especializada em saúde e é menor nas classificadas como autogestão²³. O resultado para autogestões pode estar relacionado à forma de funcionamento das operadoras e perfil dos seus beneficiários.

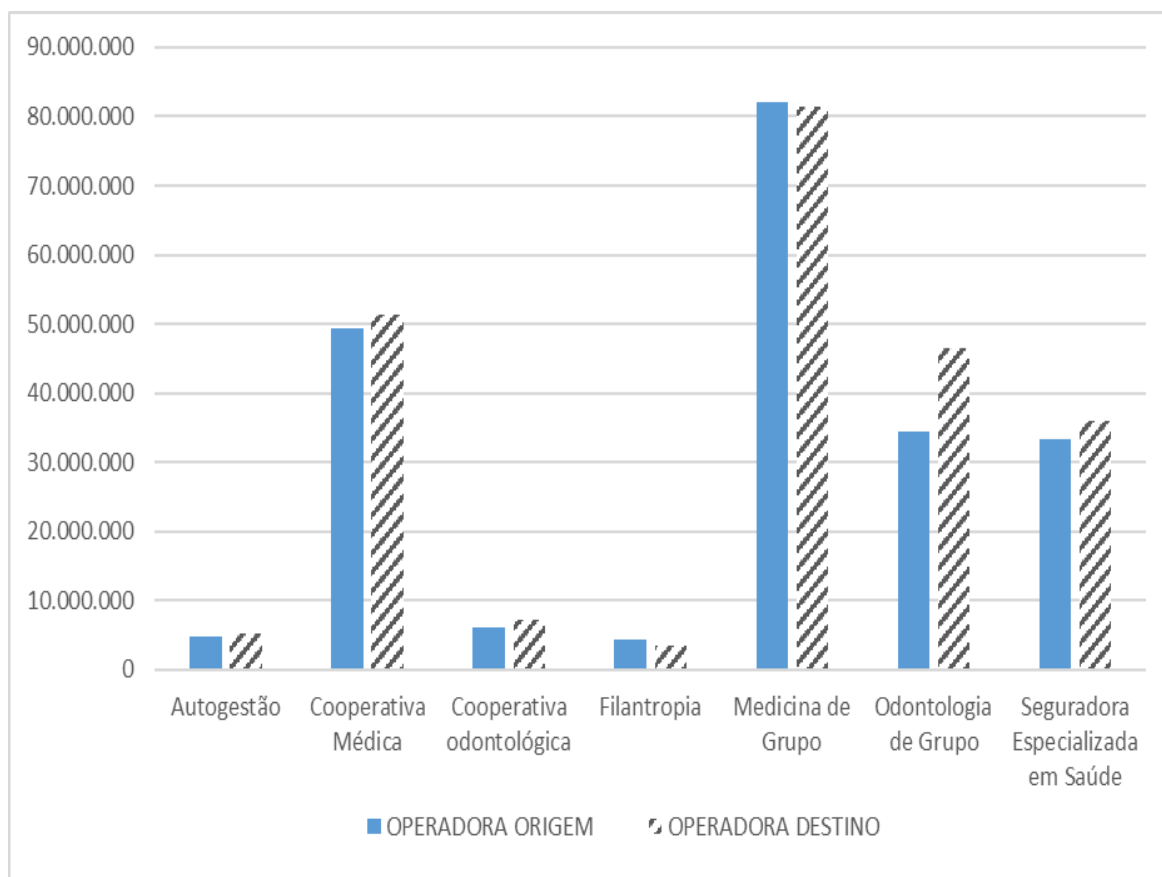
²³ “A autogestão em saúde é o segmento em que a própria instituição é a responsável pela administração do plano de assistência à saúde oferecido aos seus empregados, servidores ou associados e respectivos dependentes, sendo o único modelo que elimina a necessidade de contratação de intermediários. No plano de autogestão, o seu desenho é definido de acordo com a necessidade apresentada pelos seus beneficiários. O sistema permite a interferência direta da organização na escolha da rede credenciada, no acompanhamento da prestação de serviços...” Disponível em: <http://www.unidas.org.br/institucional/vantagens>. Acesso em: 13 abr. 2016.

Gráfico 14: Relação entre a média no número de beneficiários e o número de mudanças de plano de saúde por modalidade da operadora no período de 2010 a 2014



O Gráfico 15 - a seguir - sintetiza os resultados obtidos na base das operadoras de origem e de destino. Verificou-se que há pouca variação no número de mudanças de plano entre as operadoras de origem e de destino classificadas como medicina de grupo e autogestão, o que pode indicar que, as mudanças de plano ocorrem entre as operadoras dessas mesmas modalidades. No entanto há maior variação entre as operadoras de origem e de destino nas modalidades cooperativa médica, odontologia de grupo e seguradora especializada em saúde. Nesses casos, os valores foram maiores para as operadoras de destino, fato que pode indicar que há uma tendência na absorção de beneficiários de operadoras de outras modalidades. Estudos mais aprofundados seriam interessantes para validar essa possibilidade.

Gráfico 15: Mudanças de plano de saúde por modalidade da operadora de origem e de destino no período de 2010 a 2014 no Brasil



4.3 MUDANÇAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOS BENEFICIÁRIOS DE DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS

A faixa etária com maior frequência de mudanças de plano de assistência médica foi a de 24 a 28 anos (21,4%), seguida da faixa de 19 a 23 anos (18,6%) e da faixa de 29 a 33 anos (17,3%). As menores frequências foram encontradas nas faixas a partir de 54 anos.

O Gráfico 16, a seguir, resume os resultados obtidos para a pesquisa de mudanças de plano de assistência médica por faixa etária. Os resultados indicam que pode haver uma relação direta entre as mudanças de planos de saúde, relação empregatícia e faixa etária, pois a maior frequência das mudanças de plano se dá entre beneficiários com idade entre 19 e 33 anos e em planos empresariais conforme já exposto.

Em seguida, com o auxílio do Gráfico 17, é possível comparar a média do número de beneficiários de planos de saúde, por faixa etária, no período de 2010 a 2014, com o número

de mudanças de plano de saúde por faixa etária no mesmo período (Gráfico 16). Verifica-se que a proporção de beneficiários na faixa etária entre 0 e 18 anos é maior que as demais, porém é uma das faixas com menor número de mudanças de plano. No outro polo está a faixa de 59 anos ou mais, como a segunda maior faixa em proporção de beneficiários, e a segunda menor faixa em termos de mudanças de plano. Observa-se, no referido gráfico, que as mudanças de plano crescem ao se aproximar da faixa de 19 a 23 anos, atingem o pico na faixa de 24 a 28 anos e começam a declinar progressivamente até a faixa de 54 a 59 anos, com um pequeno aumento a partir de 59 anos. A diminuição progressiva das mudanças de plano de saúde com o aumento da faixa etária pode estar relacionada, de alguma forma, ao vínculo empregatício, se for considerado o quadro da saúde suplementar onde grande parte dos beneficiários de planos de saúde estão cobertos pelos mesmos em decorrência do vínculo empregatício. Nesse contexto, verifica-se que, de acordo com as normas vigentes (RN nº 252/2011), a portabilidade de carências, considerada importante mecanismo de estímulo às trocas de operadoras de planos de saúde, só é possível para beneficiários vinculados a planos, cuja contratação é individual/familiar ou coletivo por adesão, ou seja, que não estão vinculados aos vínculos empregatícios.

Com o avanço da idade, alguns fatores podem desestimular as mudanças de plano de saúde, quais sejam, aumento do valor do plano em virtude da faixa etária, aproximação da aposentadoria, exigência para a contagem de novos períodos de carência, tratamento de doenças crônicas em curso, com necessidade de cumprimento da cobertura parcial temporária (CPT), que é a restrição de cobertura com duração de até 24 meses.

São inúmeras as variáveis e não pode ser descartada a possibilidade de dificuldades impostas às pessoas com idade mais avançada, nas mudanças de operadoras, com ou sem exercício da portabilidade, em tratamento de saúde e com doenças crônicas pelas operadoras, o que seria uma infração com previsão de penalidades aplicadas pelo órgão regulador.

Gráfico 16: Total de mudanças de plano de assistência médica por faixa etária dos beneficiários no período de 2010 a 2014 no Brasil

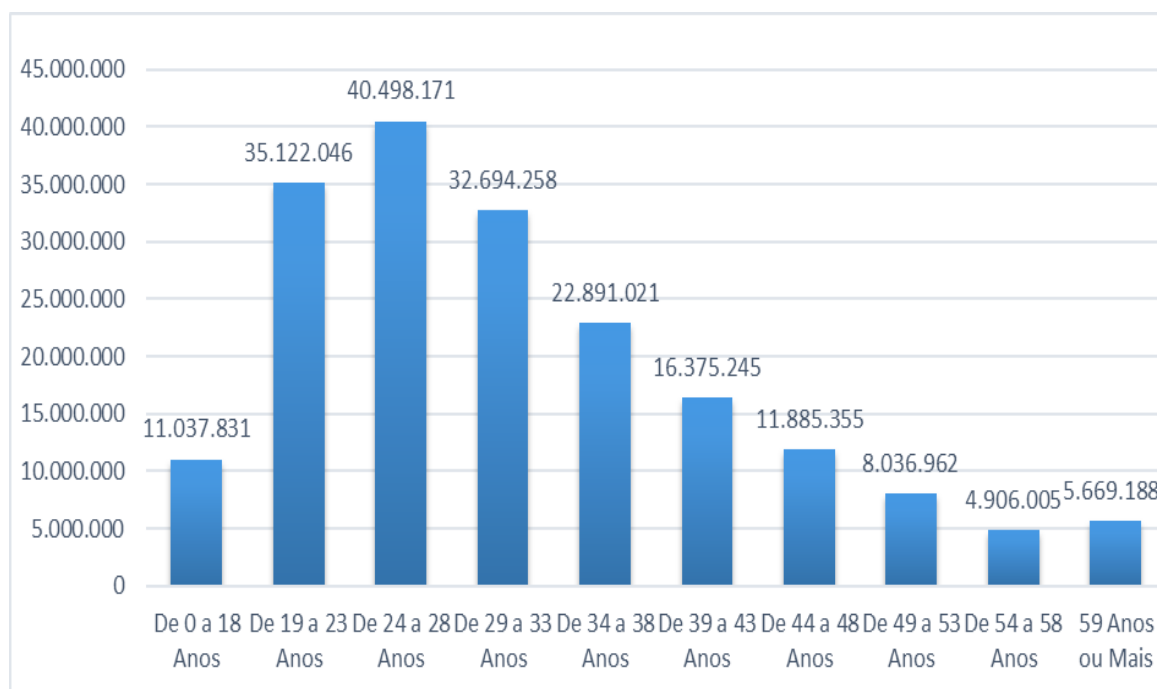
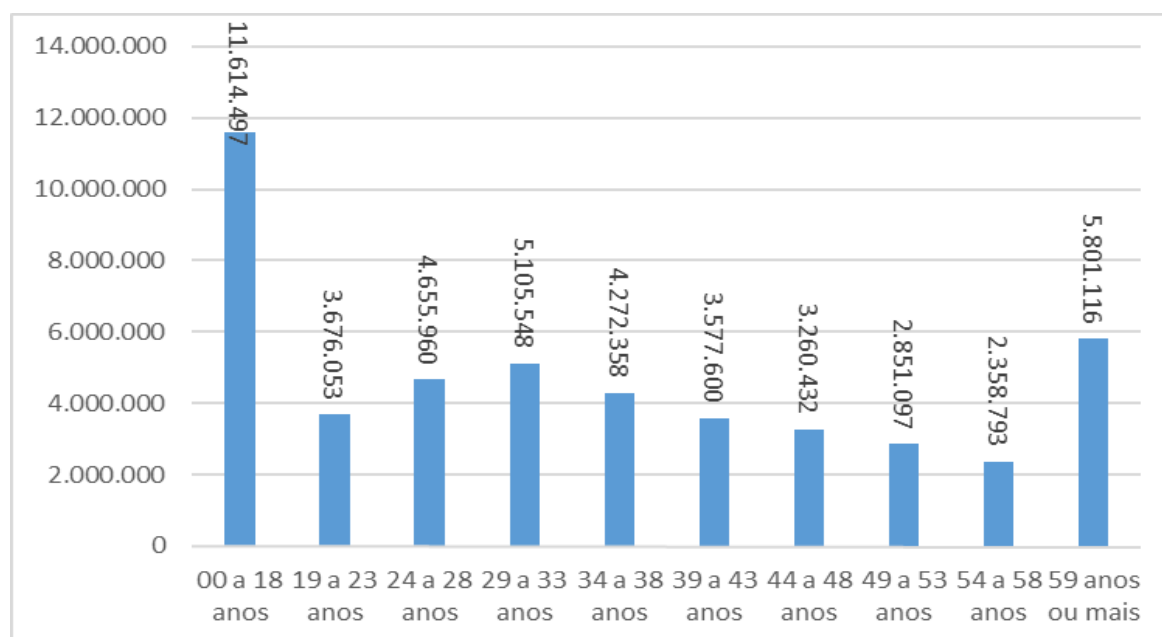


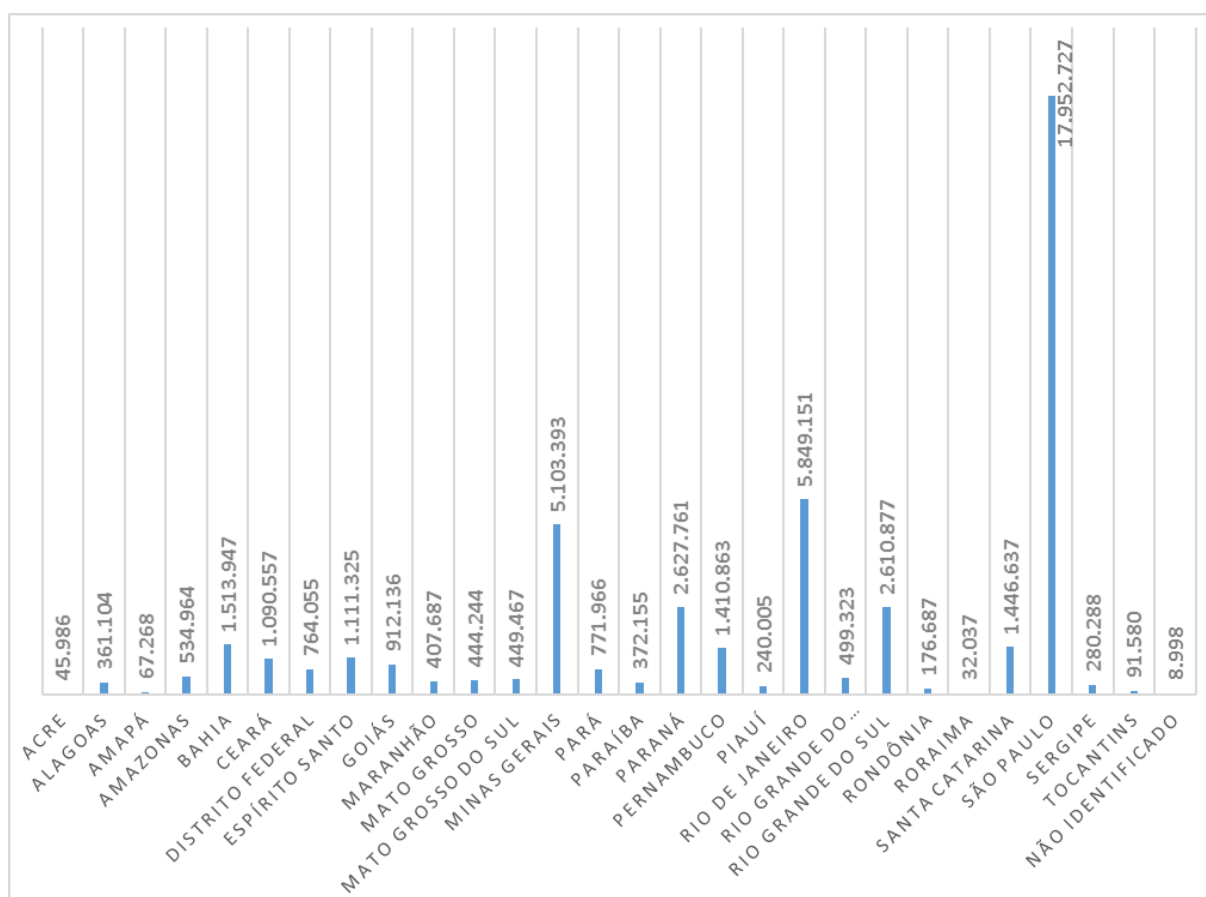
Gráfico 17: Média de beneficiários de plano de assistência médica por faixa etária no período de 2010 a 2014 no Brasil



4.4 MUDANÇAS DE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E A RELAÇÃO COM O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DOS BENEFICIÁRIOS

A maior taxa de cobertura de planos de saúde no Brasil, conforme já exposto no Gráfico 2 (p. 19), se refere às regiões metropolitanas e capitais. Nos resultados obtidos nesta pesquisa, em média, 62,3% dos beneficiários de planos de assistência médica estavam concentrados em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais no período de 2010 a 2014. A maior concentração de beneficiários estava em São Paulo. Os locais com menor número de beneficiários de planos de assistência médica, no período analisado, foram Tocantins, Amapá, Acre e Roraima. A distribuição da média de beneficiários por UF de residência está consolidada no Gráfico 18 e ilustrada no Gráfico 19.

Gráfico 18: Média do número de beneficiários com planos de assistência médica por UF de residência no período de 2010 a 2014 no Brasil²⁴



²⁴ Dados obtidos a partir da base da ANS, cuja taxa de cobertura é calculada a partir da seguinte fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030.

Gráfico 19: Média do número de beneficiários com plano de saúde por UF de residência no período de 2010 a 2014 no Brasil



Os Gráficos 20 e 21 consolidam os resultados obtidos sobre o quantitativo de mudanças de planos de assistência médica distribuídos pelos municípios das residências dos beneficiários nas operadoras de origem e nas operadoras de destino. Nos Gráficos 20 e 21, verificam-se que as regiões de São Paulo e Rio de Janeiro apresentaram a maior frequência de mudanças de plano de saúde, como origem ou destino dos beneficiários. Este resultado pode indicar que estes beneficiários mudaram de plano, mas com permanência nessas mesmas regiões. A mesma tendência foi identificada nas demais regiões do país, com exceção do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, que aparecem, com maior frequência, como regiões de origem dos beneficiários que mudaram de plano de saúde.

De acordo com Silveira (2005, p. 272-274), com base em um estudo de emigrações e imigrações no Brasil, no período de 1940 a 1950, as regiões onde ocorreu o maior número de

imigrações foram aquelas em que foram evidenciadas melhores condições de vida, progresso e riqueza pública e particular. As regiões que se enquadraram nessa descrição foram: Paraná, Distrito Federal, Goiás, Rio de Janeiro, São Paulo e Amazonas. E ainda conclui: “Este é mais um dado que vem a favor do ponto de vista já exposto, de que a migração tanto é rural-urbana, como rural-rural, dependendo de onde seja fácil para o emigrante encontrar trabalho imediato e de melhor remuneração.” (SILVEIRA, 2005, p. 274).

Gráfico 20: Município de origem dos beneficiários que mudaram de plano de assistência médica no período de 2010 a 2014 no Brasil



Gráfico 21: Município de destino dos beneficiários que mudaram de plano de assistência médica no período de 2010 a 2014 no Brasil



Dessa forma, com base nessa investigação preliminar e na literatura, pode-se relacionar, em certo nível, as mudanças de plano de saúde com as mudanças de moradia e com as mudanças de emprego, mas ainda há aspectos importantes para serem aprofundados, como o cruzamento de dados das mudanças de plano, com a estrutura econômica e o nível de desenvolvimento das regiões, perfil socioeconômico dos beneficiários, dentre outros.

O estudo das mudanças de plano de saúde com a utilização do local de residência dos beneficiários constantes nas bases de dados da ANS pode colaborar, portanto para a compreensão de movimentos migratórios que tenham relação com o vínculo empregatício e desenvolvimento das regiões.

4.5 MUDANÇAS ENTRE PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE DIFERENTES FAIXAS DE PREÇO

Os resultados das mudanças de planos de diferentes faixas de preço foram consolidados nos Gráficos 22 e 23. O Gráfico 22 mostra a relação entre as mudanças de plano de maior para menor preço e vice-versa ao longo do período estudado. Observa-se que o número de mudanças de plano para outro de menor preço foi maior e ainda teve acréscimo no período de 2012 a 2014.

O Gráfico 23 consolida as mudanças entre as faixas etárias, nas quais se verificam que as faixas de 0 a 18 anos e 29 a 33 anos são as que têm maior número de mudanças de plano para menor preço, e - mesmo que em volume menor - também são essas mesmas faixas que apresentam maior número de mudanças de plano para outro de maior preço, o que indica a grande rotatividade entre planos de diferentes faixas de preços dos beneficiários dessas duas faixas etárias.

Nessa variável o aprofundamento da pesquisa com verificação do tipo de contratação de plano (individual/familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial) de origem e de destino poderia elucidar a dinâmica envolvida na referida rotatividade.

Gráfico 22: Proporção das mudanças de planos de assistência médica de maior e menor preço no período de 2010 a 2014

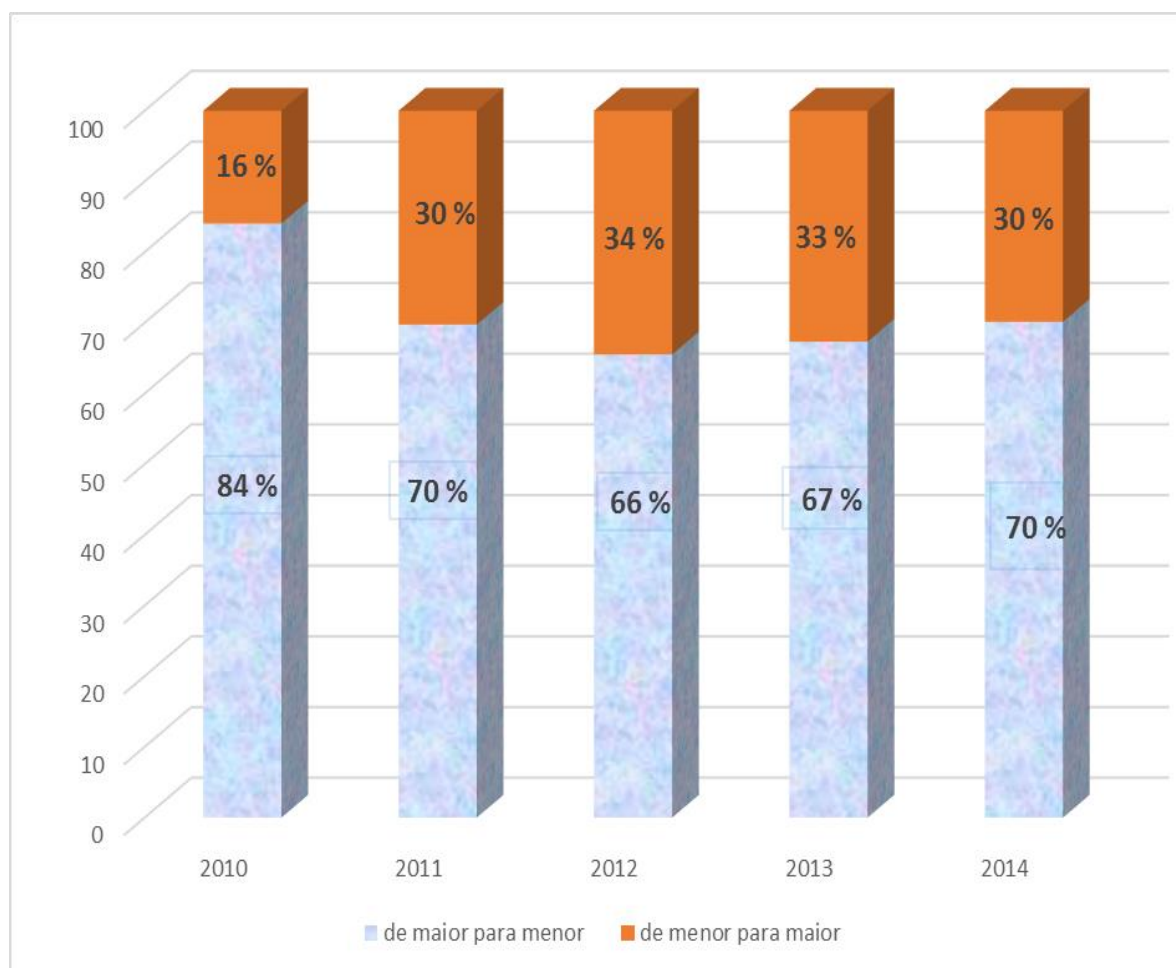
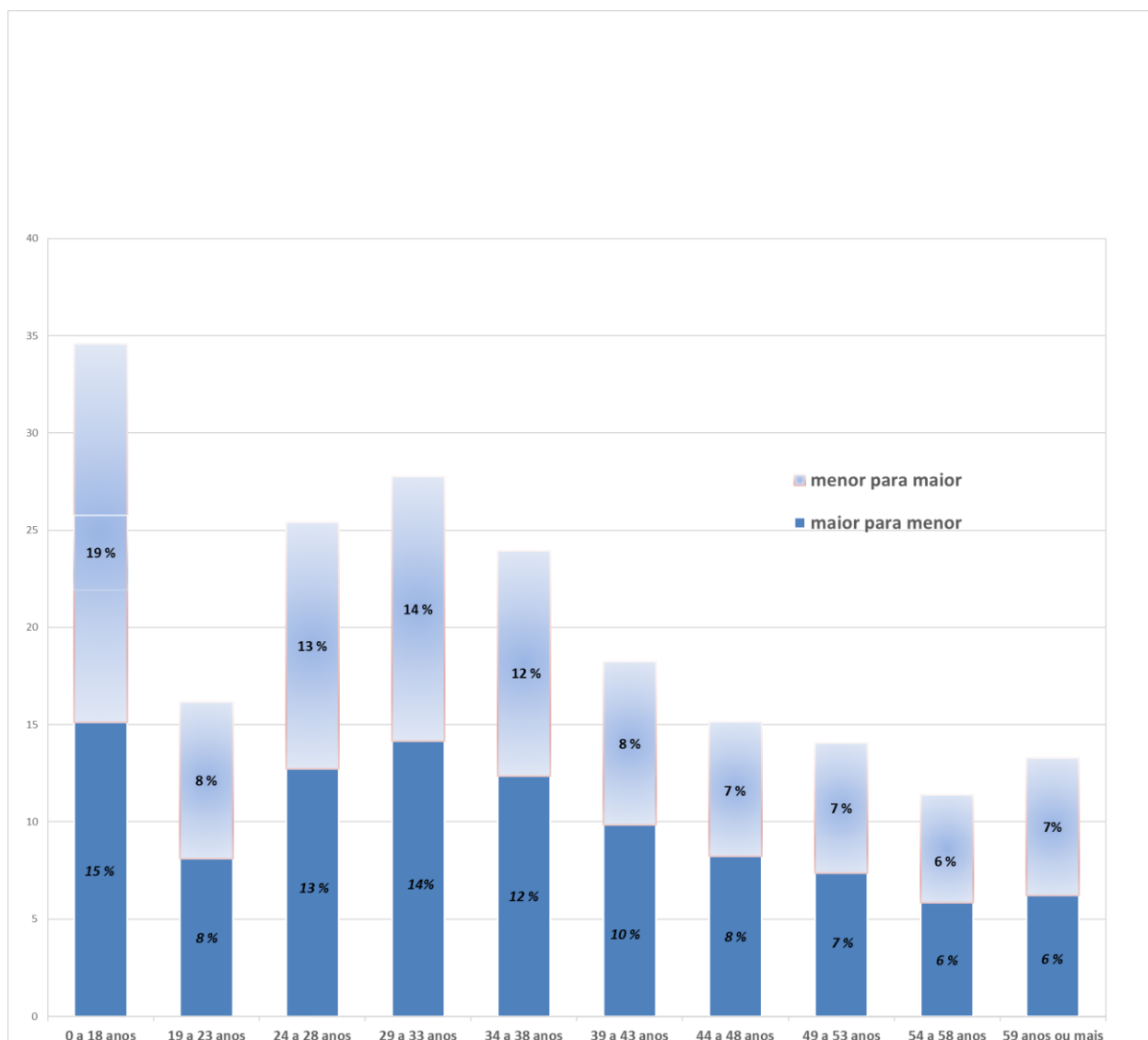


Gráfico 23: Proporção das mudanças de planos de assistência médica de maior e menor preço por faixa etária no período de 2010 a 2014



4.6 MUDANÇAS DE PLANO DE SAÚDE E O PLANEJAMENTO FAMILIAR

Os Gráficos 24 e 25 consolidam os resultados sobre as inclusões de filhos com até 12 meses de vida como dependentes nos planos de saúde após as mudanças contratuais dos titulares.

A maioria das inclusões de filhos (com até 12 meses de vida) como dependentes de plano de saúde se deu em até 6 meses da mudança contratual dos titulares dos planos de

saúde, o que pode evidenciar uma estreita relação entre as necessidades de atenção à saúde do filho e a mudança de plano de saúde. Mudanças no padrão socioeconômico da família podem ter estimulado a mudança do plano para alcançar os objetivos de possível planejamento orçamentário. Não foram identificadas inclusões após um ano da mudança do plano do titular.

Gráfico 24: Total de filhos com até 12 meses de vida incluídos como dependentes nos planos de assistência médica, por tempo de inclusão após as mudanças contratuais dos titulares dos planos, no período de 2010 a 2014

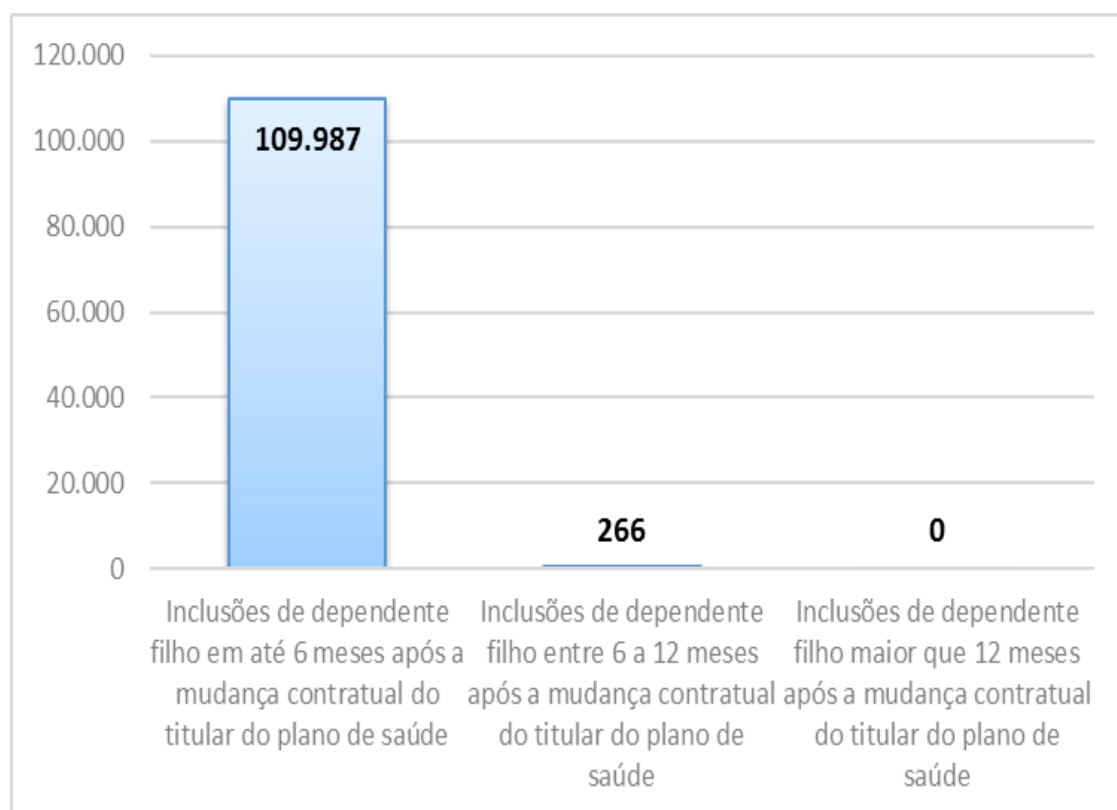
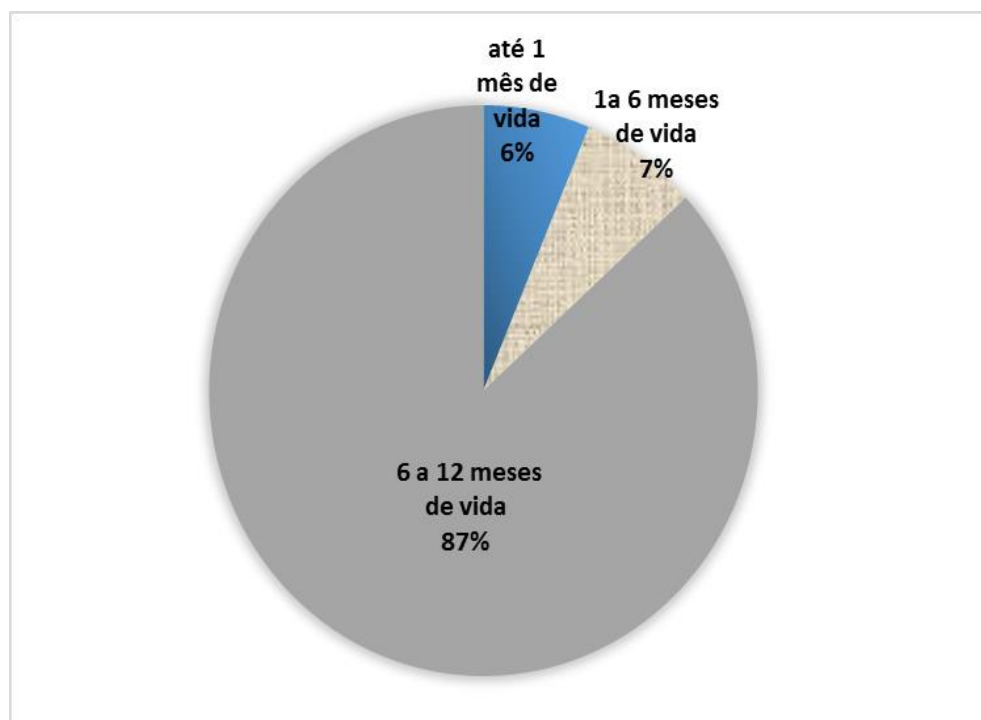


Gráfico 25: Proporção de filhos por tempo de vida, incluídos como dependente de plano de assistência médica em até 6 meses após as mudanças contratuais realizadas pelos titulares no período de 2010 a 2014



Os resultados apontam, portanto para a tendência de inclusão de filhos de 6 a 12 meses de vida como dependentes em até 6 meses da mudança contratual dos titulares de plano de assistência médica. Os dados sugerem que as mudanças de plano de saúde não foram planejadas pela família em período anterior ou inicial da gestação.

4.7 A RELAÇÃO ENTRE AS BUSCAS DE TERMOS DE PESQUISA NA WEB, ACESSO AO GUIA DE PLANOS E ATUALIZAÇÃO DA BASE DE DADOS DA ANS

Os Gráficos 26, 27 e 28 resumem respectivamente os resultados anuais para as mudanças de plano informadas à ANS pelas operadoras, os acessos ao guia de planos no site da ANS e as buscas por termos relacionados à mudança de plano de saúde na web.

Os três gráficos apontam para números crescentes de 2011 a 2012. De 2012 a 2013, há declínio apontado, somente no Gráfico 28, que é o que consolida a variação anual das

pesquisas realizadas em ferramentas de busca da web no Brasil relacionadas ao tema "Mudança de plano de saúde".

De 2013 a 2014, há aumento dos valores consolidados nos Gráficos 26 e 27, enquanto há declínio apontado no Gráfico 28. Com estes resultados, verificam-se que os acessos ao guia de planos apresentaram variações similares às informações sobre mudanças de plano informadas pelas operadoras à ANS. Porém a dinâmica de buscas por termos relacionadas às mudanças de plano na web tem alguns períodos similares, mas ainda não é possível confirmar a relação direta entre estas buscas na web e as estatísticas de acesso ao guia de planos e informações constantes na base de dados da ANS.

Gráfico 26: Mudanças de plano informadas à ANS no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014

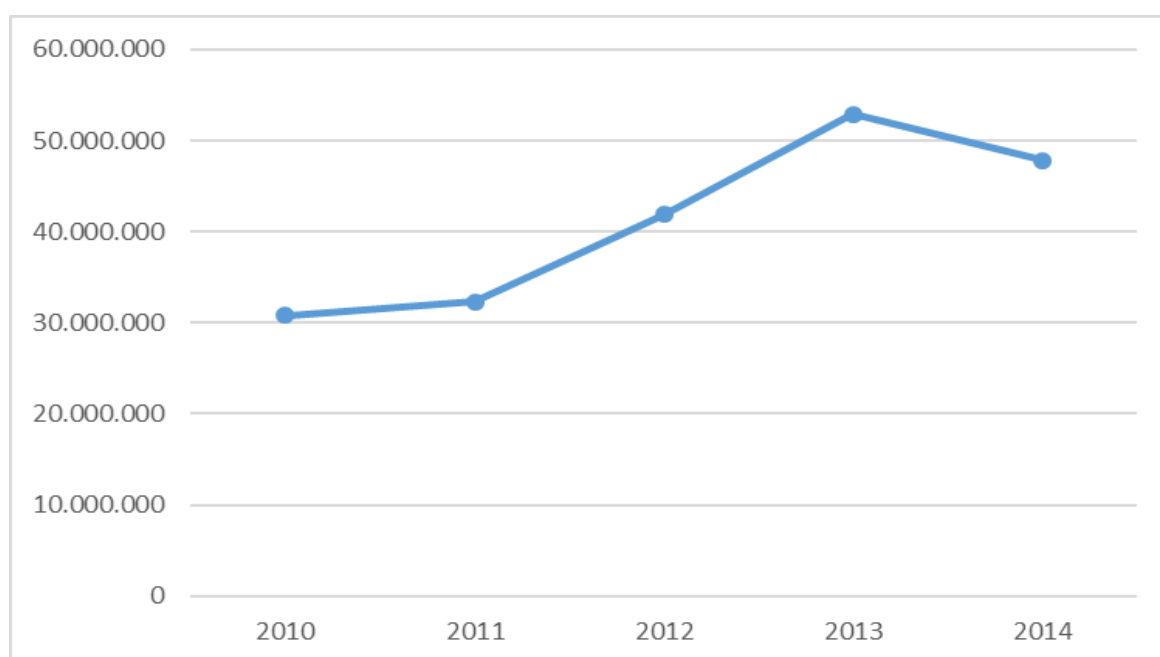


Gráfico 27: Variação anual dos acessos ao guia de planos da ANS no período de setembro de 2011 a dezembro de 2014

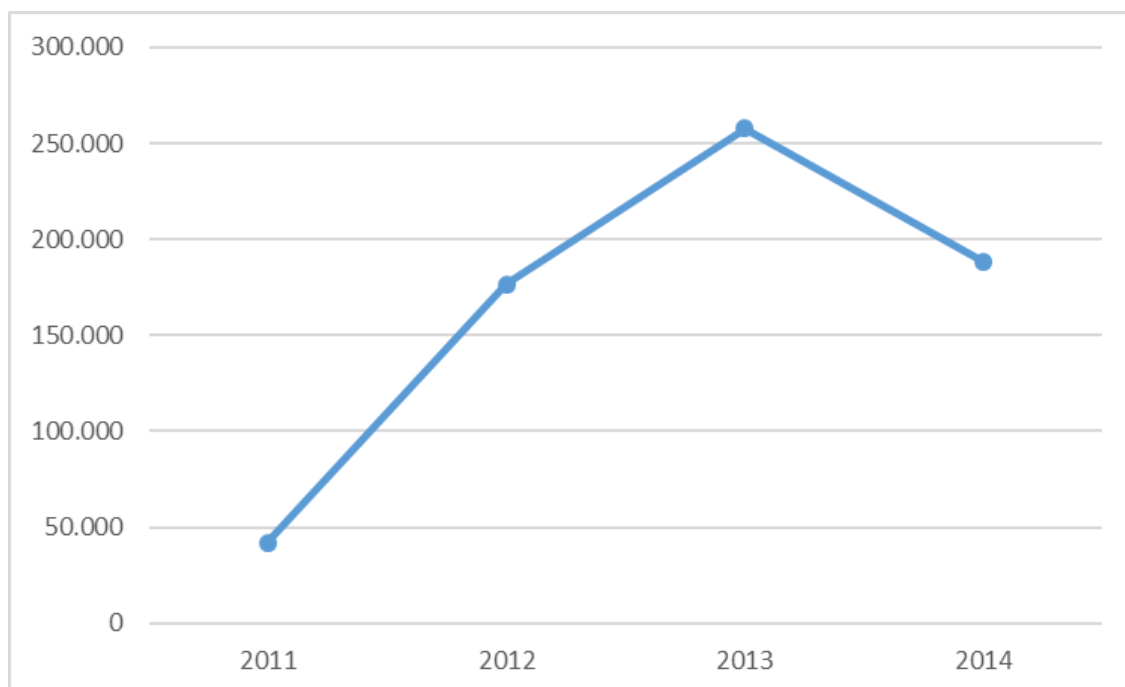
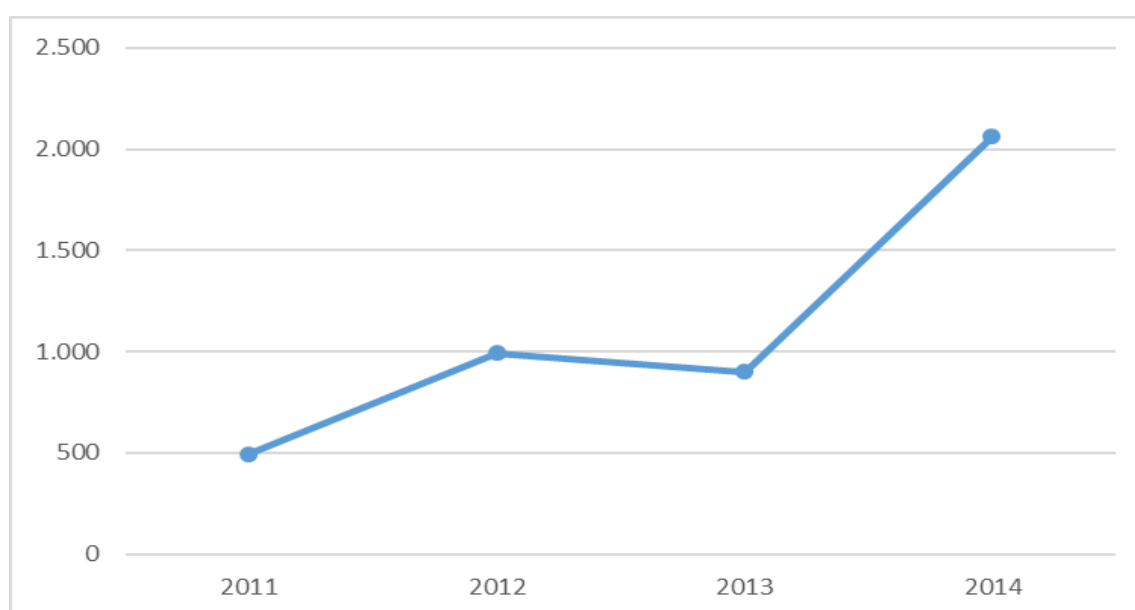


Gráfico 28: Variação anual das pesquisas realizadas em ferramentas de busca da web no Brasil relacionadas ao tema "Mudança de plano de saúde" no período de setembro de 2011 a dezembro de 2014



Na comparação da variação mensal dos acessos ao guia de planos da ANS (Gráfico 29), com a variação mensal das buscas por termos relacionados ao tema “Mudança de plano de saúde” na WEB (Gráfico 30), foram identificados, no Gráfico 29, quinze pontos de destaque, entre picos e declínios. As dinâmicas de nove períodos foram consideradas similares nesses gráficos. Os períodos considerados semelhantes foram: setembro de 2011 a julho de 2012, agosto de 2012, setembro de 2012, outubro de 2012, abril de 2013, maio de 2013, agosto de 2013, julho de 2014, outubro de 2014 e dezembro de 2014.

Com os resultados acima, verifica-se que há alguma relação entre os acessos realizados ao guia de planos da ANS e as pesquisas realizadas na web para busca de termos relacionados às mudanças de plano de saúde. Porém a relação direta precisa ser confirmada com estudos mais detalhados.

Gráfico 29: Variação mensal dos acessos ao guia de planos da ANS no período de setembro de 2011 a dezembro de 2014

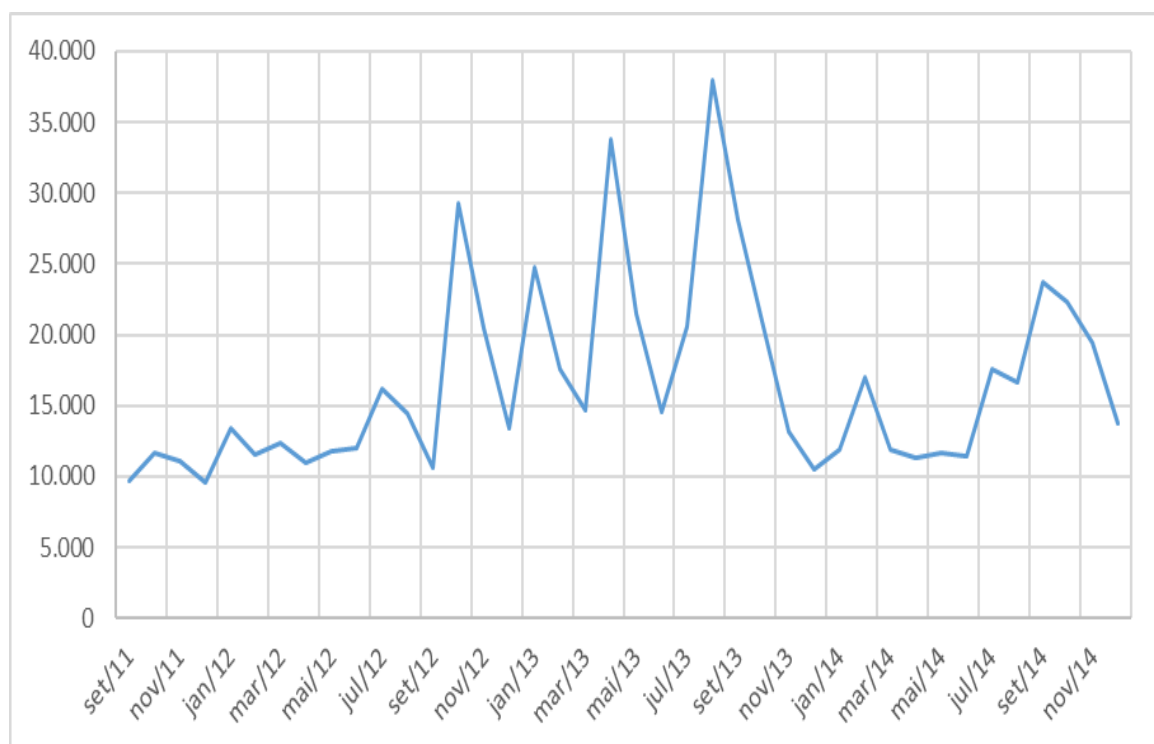
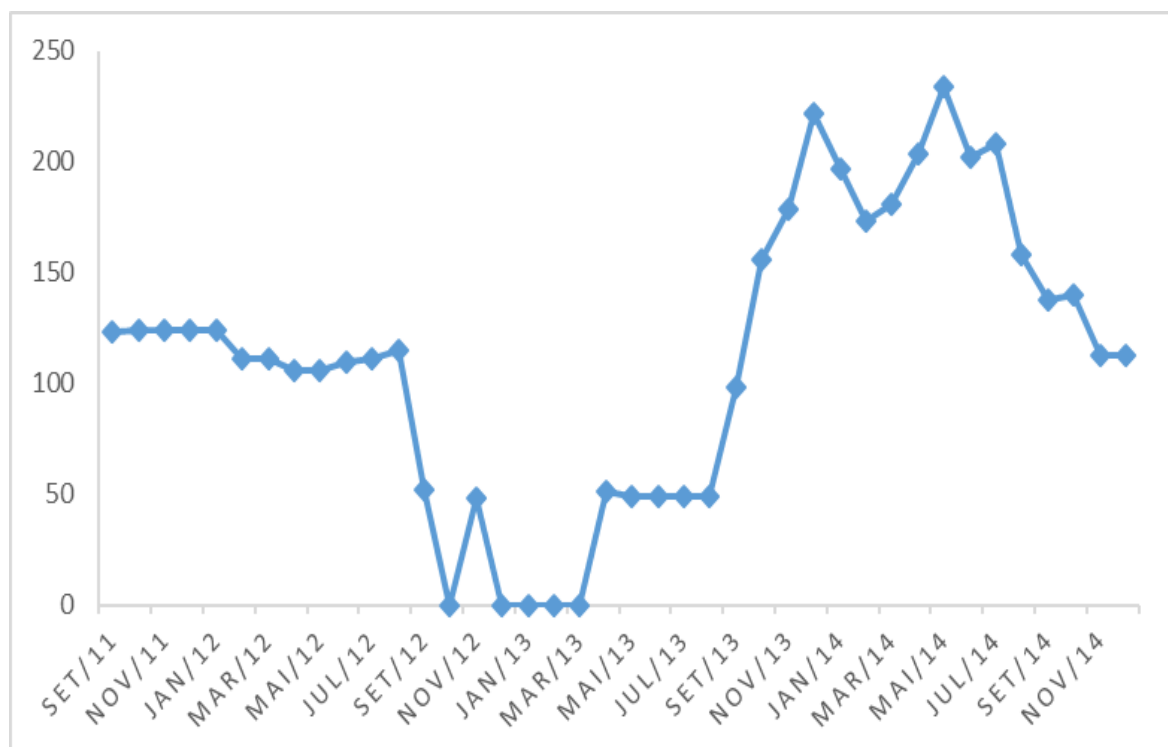


Gráfico 30- Variação mensal das pesquisas realizadas em ferramentas de busca da web no Brasil relacionadas ao tema “mudança de plano de saúde” no período de setembro de 2011 a dezembro de 2014



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento e as reflexões obtidas nesta temática podem estimular o desenvolvimento de novas pesquisas similares com maior detalhamento e com agregação do estudo de outras variáveis não abordadas nesta pesquisa. O aumento da compreensão da dinâmica das mudanças de plano de saúde pode ser obtido a partir do Sistema de Informações de Beneficiários, que é uma base com mais de 320 milhões de registros de beneficiários de planos de saúde (entre ativos e inativos) e com informações de identificação pessoal, endereço e contratuais informadas à ANS pelas operadoras de planos de saúde.

Na definição das prioridades das ações de regulação da saúde suplementar, a informação gerada a partir das bases de dados da ANS poderá embasar as tomadas de decisão da Agência de forma que se estabeleça o equilíbrio das relações entre prestadores, operadoras e consumidores de planos de saúde.

As informações sobre as mudanças de plano de saúde realizadas pelos consumidores podem ser utilizadas como instrumento de regulação da saúde suplementar, uma vez que as mesmas podem colaborar para a compreensão da dinâmica do mercado e embasar ações de planejamento, promover a indução do mercado regulado com o estabelecimento de normativos ou outras ações, instituir ações educativas com consumidores e demais atores envolvidos.

Segundo Varajão, a informação é vital para possibilitar a adaptação à mudança dos mercados e se constitui ferramenta essencial para o controle das suas atividades. Dessa forma, gerir a informação é crucial, em todos os níveis das organizações, para a tomada de decisão e para a reação. “O conhecimento profundo da realidade de uma organização é condição “sine qua non” para a concepção de sistemas que realmente contribuam para a desejada materialização da sua missão.” (VARAJÃO, 2005, p. 11)

Para ser útil, o grande volume de dados em qualquer organização precisa ser trabalhado de forma a gerar informação estratégica e embasar decisões e novos direcionamentos para o alcance dos objetivos estabelecidos. No caso da saúde, informações sobre as condições sociais, econômicas, ambientais, culturais e educacionais contribuem de forma decisiva para o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde da população.

Os estudos epidemiológicos procuram, entre outros, padrões e tendências que possam auxiliar no conhecimento de um fenômeno, de uma comunidade e/ou da relação desta com o meio ambiente. Nas relações existentes entre os homens e entre estes e o meio evidenciam-se eventos, que podem ser previsíveis por meio do conhecimento. Portanto o aumento do conhecimento na área da saúde pública ou privada traz imensos benefícios para a saúde da população, já que o mesmo tem potencial para embasar decisões, estabelecer prioridades, desenvolver projetos e programas de prevenção, além de promover a elaboração e a reformulação de normas e leis, dentre outras aplicações.

Nesta pesquisa foram realizados levantamentos e análises das mudanças de planos de saúde realizadas pelos consumidores entre 2010 e 2014, com base nas informações enviadas pelas operadoras de planos de saúde à ANS a partir de algumas variáveis selecionadas pelo potencial das mesmas para o aumento do conhecimento sobre a dinâmica da saúde suplementar e de contribuições para a tomada de decisão no âmbito da saúde pública e privada.

Entende-se que o objetivo principal dessa investigação foi alcançado, pois foi possível levantar e analisar as mudanças de planos de saúde realizadas pelos consumidores, entre 2010 e 2014, e discutir algumas possíveis contribuições que este conhecimento pode propiciar para a regulação da saúde suplementar.

Para o alcance do objetivo principal, foram analisadas e discutidas a dinâmica das mudanças de planos realizadas por beneficiários de operadoras de diferentes portes e modalidades e entre planos de tipo de contratação individual e coletiva; plano antigo (anterior à Lei 9.656/98) e plano novo (posterior à Lei 9.656/98).

Também foram estudadas e discutidas as mudanças de plano por beneficiários de diferentes faixas etárias e municípios de residência; de diferentes faixas de preço; com inclusões de filhos como dependentes e por beneficiários com vínculo empregatício.

Além desses estudos, foi verificada e analisada a existência de uma relação entre as estatísticas de acesso ao guia de planos, buscas por termos relacionados às mudanças de planos de saúde na web, e as informações sobre as mudanças de planos dos beneficiários enviadas pelas operadoras à ANS.

Os resultados obtidos indicaram que o porte e a modalidade das operadoras, assim como o tipo de plano dos beneficiários podem ser fatores determinantes para as movimentações de consumidores entre operadoras e planos. Mudanças de plano ocorrem com maior frequência nos planos empresariais, ou seja, onde há um vínculo empregatício

envolvido na adesão dos beneficiários aos planos de saúde, o que estabelece estreita relação entre mudança de emprego e mudança de plano de saúde.

Verificou-se uma tendência de mudanças de plano dos beneficiários das operadoras de pequeno e médio porte para as operadoras de grande porte. As operadoras de grande porte podem, por exemplo, ser o destino de muitas mudanças contratuais, seja de forma opcional, com a portabilidade de carências praticada pelos beneficiários, seja por transferência compulsória da carteira, que é determinada pela Agência reguladora.

Verificou-se ainda que a frequência das mudanças de plano é maior nas operadoras classificadas como medicina de grupo e seguradora especializada em saúde e é menor nas classificadas como autogestão. Em virtude da natureza específica das autogestões, esse resultado pode representar um reflexo da sua forma de funcionamento e do comportamento dos beneficiários vinculados.

Quanto às adaptações de contrato e migrações de plano, que são mudanças de cobertura para adequação às regras da Lei 9.656/98, os resultados mostraram que, no período de 2010 a 2014, as adaptações se mantiveram constantes, com exceção de dois picos que podem estar relacionados a alguma publicação de normativo ou outra ação pontual realizada pela Agência reguladora para incentivar as adaptações de plano ou reflexo da qualidade dos dados informados na base.

Na dinâmica das migrações, oscilações foram verificadas com vários picos e tendência de crescimento no período de 2010 a 2013 e queda em 2014. Não há uma relação clara entre adaptações e migrações, apesar de ambos terem como princípio a ampliação e a regularização da cobertura do plano de saúde antigo às regras dos planos novos. Isso pode estar relacionado à qualidade das atualizações do cadastro de beneficiários, que é de responsabilidade das operadoras, ou efetivamente evidenciar o tipo de dinâmica existente nas mudanças de plano antigo para novo, que ainda não está muito clara.

Diante das possíveis limitações no estudo das migrações e adaptações de contratos, tendo como consequência restrições na compreensão da dinâmica da saúde suplementar, verifica-se como pertinente a revisão do atual sistema, com foco no aprimoramento dos mecanismos de captação das informações do mercado regulado, com a incorporação no sistema de informação da ANS de um conjunto de críticas de validação para a identificação de irregularidades nos dados informados ou a simplificação do sistema de informação para minimizar o envio de dados equivocados ou a ausência de dados confiáveis para geração de informação e conhecimento.

No que se refere à variável relacionada ao planejamento familiar, os resultados apontaram para a tendência de inclusão de filhos de seis a doze meses de vida como dependentes em até seis meses da mudança contratual dos titulares de plano de assistência médica. Esses resultados apontam para o entendimento de que as mudanças de plano de saúde não foram planejadas pela família em período anterior ou inicial da gestação, mas que podem ter sido consequência de necessidades de atenção à saúde do filho ou de alterações no planejamento financeiro após o nascimento da criança. Estudos complementares podem analisar as inclusões de filhos nos planos, independentemente das mudanças contratuais, que é o foco dessa investigação, e estudar a viabilidade para a obtenção de informações sobre a inclusão de filhos adotivos a partir das bases de dados da ANS.

Quanto às mudanças entre planos de diferentes faixas de preço relacionadas à idade e ao local de moradia dos beneficiários, verificou-se que o preço do plano de saúde, a idade e o município de residência dos beneficiários podem colaborar para a decisão de troca de plano de saúde. Os resultados apontaram, inclusive, para uma possível relação estreita entre envelhecimento, vínculo empregatício, estabelecimento de normativas como as relacionadas à portabilidade de carências e as mudanças de plano saúde. E ainda, estreita relação entre a faixa etária e os planos empresariais, já que a maior frequência das mudanças de plano se dá entre beneficiários com idade entre 24 e 33 anos e em planos empresariais, conforme já exposto.

Com base nessa investigação preliminar e na literatura, pode-se relacionar em certo nível, as mudanças de plano de saúde com as mudanças de moradia e com as mudanças de emprego, mas ainda há aspectos importantes para serem aprofundados, como o cruzamento de dados das mudanças de plano, com a estrutura econômica e o nível de desenvolvimento das regiões, perfil socioeconômico dos beneficiários, entre outros.

O estudo das mudanças de plano de saúde com a utilização do local de residência dos beneficiários, constantes nas bases de dados da ANS, pode colaborar, portanto, para a compreensão de movimentos migratórios que tenham relação com o vínculo empregatício e desenvolvimento das regiões. Verificam-se, ainda, como adequados estudos que aprofundem a relação entre as mudanças de plano de saúde com a utilização conjunta de múltiplas variáveis, tais como faixa de idade, UF de residência de beneficiários e tipo de plano de saúde, em especial, as mudanças entre planos empresariais entre as diferentes regiões do país. Um possível foco de estudo, por exemplo, poderia seria o estabelecimento de um paralelo entre as mudanças de planos empresariais das operadoras de grande porte e o tipo de plano de

destino (com existência ou não de coparticipação) e nível de desenvolvimento econômico da região e das empresas contratantes nas diversas regiões.

Quanto ao valor do plano de saúde, verificou-se que o número de mudanças de plano para outro de menor preço foi maior e essa tendência cresceu entre o período de 2012 a 2014. Ademais, as faixas de 0 a 18 anos e 29 a 33 anos são as que têm maior número de mudanças de plano para menor preço, e mesmo que em volume menor, também são essas mesmas faixas que apresentam maior número de mudanças de plano para outro de maior preço, o que indica a grande rotatividade entre planos de diferentes faixas de preços dos beneficiários dessas duas faixas etárias. Novas pesquisas focadas nesta variável, poderiam esclarecer melhor os resultados ao analisar o tipo de plano (individual/familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial).

Ao se analisarem os dados que tinham como objetivo encontrar a relação existente entre os acessos do guia de planos da ANS, buscas por termos relacionados à mudança de plano em ferramentas de busca da web e as atualizações na base de dados de beneficiários, verificou-se que, os acessos ao guia de planos apresentam variações similares às informações sobre mudanças de plano informadas pelas operadoras à ANS. Entretanto a dinâmica de buscas por termos relacionadas às mudanças de plano na web tem alguns períodos similares, todavia ainda não é possível confirmar a relação direta com as buscas em ferramentas de pesquisa da web.

Recomenda-se, a partir dos resultados e reflexões obtidas nessa pesquisa, o aprofundamento e ampliação da análise dos dados, com utilização de novas variáveis ou detalhamento das que foram utilizadas no presente estudo para esclarecer as dúvidas nos resultados encontrados; detalhamento de consultas utilizando nas análises a verificação da qualidade das informações enviadas por operadoras de diferentes portes; maior investigação sobre a dinâmica existente nas adaptações de contratos e migrações de planos; aprofundamento do estudo da relação existente entre as mudanças de plano e o planejamento familiar e a seleção de termos diferentes dos aplicados nessa pesquisa no “google trends” para ampliar a análise realizada.

Também se recomenda que as futuras pesquisas que visem à busca de conhecimentos na saúde suplementar adotem critérios mais focados no levantamento de números de beneficiários, não somente de vínculos de beneficiários de planos de saúde para que a análise tenha uma abordagem voltada para a identificação de pessoas. Para tanto, o foco de atenção passará para a identificação do indivíduo com a utilização do número do CPF (Cadastro de

pessoa física) ou do CNS (Cartão Nacional de Saúde), ambos existentes na base de dados da ANS, e exigirá um tempo maior para a elaboração dos critérios de consulta às bases de dados, já que é uma abordagem ainda pouco utilizada até o momento.

Um estudo de grande relevância também poderá ser obtido a partir do rastreamento do CPF ou CNS na base de dados do SIB (considerado no presente estudo como a principal base capaz de subsidiar análises e acompanhamentos das mudanças de plano de saúde) com o objetivo de estudar e monitorar as mudanças de plano de saúde na mesma operadora e entre operadoras ao longo do tempo. A lógica de consulta construída durante esta pesquisa pode servir como fundamento básico.

Posteriormente, com o desenvolvimento da integração entre os dados da saúde pública e privada, a partir da base de dados do cartão nacional de saúde (já iniciada), será possível o estabelecimento de um prontuário eletrônico composto por dados de identificação pessoal, localização, dados da contratação do plano de saúde e dos atendimentos e exames efetuados na rede pública ou privada. Tal constituição permitirá a identificação de um beneficiário de plano de saúde com o número do CNS na base do SIB e a redução significativa do número de informações enviadas pelas operadoras de planos de saúde à ANS, além de possibilitar o acompanhamento das mudanças de plano de saúde com utilização da base do CNS.

Os resultados do estudo apontam para a necessidade de uma regulação voltada para aspectos relacionados ao vínculo empregatício (planos empresariais). As bases de dados existentes atualmente na ANS podem contribuir para essa regulação, se os dados obtidos forem minerados adequadamente para aumentar a compreensão da dinâmica da saúde suplementar.

Os resultados desse estudo podem agregar conhecimento, embasar o estabelecimento de novas pesquisas similares e a tomada de decisão para o ambiente acadêmico, órgão regulador da saúde suplementar, prestadores de serviço em saúde, operadoras e consumidores de planos de saúde. Os resultados dessa pesquisa contribuem, em última instância, para destacar a importância da informação gerada a partir de grandes bases de dados que, mineradas da forma adequada, podem fornecer importante subsídio para a tomada de decisão na área da saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. 2.tir. Rio de Janeiro, 2003. 264p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas*. Rio de Janeiro: Brasília, DF: OPAS, 2007. 158p.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Março, 2014a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Planos de saúde: guia prático para quem tem ou deseja ter um plano de saúde*. Brasília, 2014b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Dados da qualidade setorial*. Brasília, 2015a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/2880-dados-da-qualidade-setorial#sthash.IZYhjWiN.dpuf>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Quem somos*. Brasília, 2015b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Março, 2015c.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Instruções de preenchimento do SIB*. Brasília, 2015d. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Aplicativos_ANS/SIB/15012015_sib_instrucoes_XML.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Informações e avaliações de operadoras*. Brasília, 2015e. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>>. Acesso em 16 maio 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Troca de Informação da Saúde Suplementar*. Brasília, 2015f. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar>>. Acesso em 26 abr. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Qualificação de prestadores – QUALISS*. Brasília, 2015g. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-de-prestadores-de-servicos-de-saude>> Acesso em: 26 abr. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Guia de planos*. Brasília, 2015h. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/guiadeplanos/> > Acesso em: 10 maio 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Sala de imprensa*. Brasília, 2015i. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/sala-de-imprensa/consumidor>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Sala de imprensa*. Brasília, 2015j. Disponível em:<<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/troca-de-plano-de-saude-sem-cumprir-carencia>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Segmentação assistencial*. Brasília, 2015k. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/segmentacao-assistencial>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Histórico de versões do aplicativo do SIB/ANS – formato XML*. Brasília, 2015l. Disponível em: http://ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Aplicativos_ANS/SIB/31-07-2015-historico_versoes_sib_xml.pdf >. Acesso em: 19 nov. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *ANS publica regras para adaptação e migração de contrato*. 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/579-ans-publica-regras-para-adaptacao-e-migracao-de-contratos#sthash.zoqho87c.dpuf> >. Acesso em: 12 abr. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 17, de 13 de novembro de 2002. *Novas normas para fornecimento de informações do cadastro de beneficiários das operadoras*. Brasília, 2002.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 37, de 5 de maio de 2003. *Dispõe sobre a alteração da RN 17, que trata das novas normas para fornecimento de informações do cadastro de beneficiários das operadoras*. Brasília, 2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 37, de 5 de maio de 2003. *Dispõe sobre a alteração do art. 4º da Resolução Normativa n.º 17, de 11 de novembro de 2002, e o Anexo I da Resolução Normativa n.º 37, de 05 de maio de 2003*. Brasília, 2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 53, de 14 de novembro de 2003. *Dispõe sobre a alteração do art. 4º da Resolução Normativa n.º 17, de 11 de novembro de 2002, e o Anexo I da Resolução Normativa n.º 37, de 05 de maio de 2003*. Brasília, 2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. *Sistema de Informações de Beneficiários da ANS*. Rio de Janeiro, 2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 88, de 04 de janeiro de 2005. *Dispõe sobre a atualização do Sistema de Informações de*

Beneficiários – SIB e aprova novas normas para o envio de informações de beneficiários das operadoras de planos de assistência à saúde à ANS. Brasília, 2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 112, de 28 de setembro de 2005. *Dispõe sobre a alienação da carteira das operadoras de planos de assistência à saúde, e dá outras providências. Brasília, 2005.*

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 114, de 26 de outubro de 2005. *Estabelece padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos de saúde, realizados em beneficiários de plano privado de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília, 2005.*

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 162, de 17 de outubro de 2007. *Dispõe sobre a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Brasília, 2007.*

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 183, de 19 de dezembro de 2008. *Altera a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 28, de 26 de junho de 2000, que dispõe sobre a Nota Técnica de Registro de Produto e dá outras providências. Brasília, 2008.*

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009. *Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária. Brasília, 2009.*

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 187, de 09 de março de 2009. *Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS, e dá outras providências. Brasília, 2009.*

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 233, de 13 de outubro de 2010. *Altera a Resolução Normativa - RN nº 187, de 9 de março de 2009, que estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS. Brasília, 2009.*

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 254, de maio de 2011. *Dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999 e altera as Resoluções Normativas nº 63, de 22 de dezembro de 2003. Brasília, 2011.*

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 250, de 25 de março de 2011. *Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; institui o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS. Brasília, 2011.*

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa nº 50/DIDES de 25 de março de 2011. *Dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) para a transmissão das informações para o Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Brasília, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa nº 252, de 29 de abril de 2011. *Dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências, alterando as Resoluções Normativas nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e nº 124, de 30 de março de 2006, e a Resolução de Diretoria Colegiada nº 28, de 26 de junho de 2000*. Brasília, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 295, de 09 de maio de 2012. *Dispõe sobre o formato XML (Extensible Markup Language) como padrão para a troca de informações entre as operadoras e o SIB/ANS*. Brasília, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa nº 15, de 20 de dezembro de 2013. *Dispõe sobre a avaliação de desempenho das operadoras, referente ao ano de 2013, pelo Programa de Qualificação da Saúde Suplementar*. Brasília, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 376, de 28 de abril de 2015. *Dispõe sobre a alteração da Resolução Normativa - RN nº 295, de 9 de maio de 2012*. Brasília, 2015.

ALVES, Hiarly. *Tecnologia da informação*. Fortaleza: Faculdade Ateneu, 2014. 15 slides. Disponível em: <http://har-ti.com/loja/downloadable/download/sample/sample_id/65/>. Acesso em: 21 dez. 2015.

ANDRADE, Mônica Viegas et al. *Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil*. Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015. 106p. (Série cooperação em saúde suplementar no Brasil).

BAHIA, L.; VIANA, A. Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2003.

BARROSO, Luís Roberto. Direito intertemporal, competências funcionais e regime jurídico dos planos e seguros de saúde. In: INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Planos de saúde: Aspectos jurídicos e Econômicos*. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p. 227-263.

BATISTA, Emerson de Oliveira. *Sistemas de informação: uso consciente da tecnologia para o gerenciamento*. São Paulo: Saraiva, 2006. 281p.

BERNHARD, Thomas. *Maftres anciens* (Alte Meister KomOdie). Paris: Gallimard, 1988. 34p.

BIGATON, Ana Laura Wiethaus; POLO, Edison Fernandes; ESCRIVÃO FILHO, Edmundo. *Gestão estratégica da informação: estudos em pequenas empresas*. Artigo Científico. EESC/USP, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/artigos07>>

/583_583_GEI%20na%20pequena%20empresa.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2015.

BOBBIO, Norberto. *Estado, governo, sociedade: por uma teoria geral da política*. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1985.

BOURDIEU, Pierre. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. 9. ed. Campinas, SP: Papiros, 1996.

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*. Brasília: Casa Civil, 1971. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L5764.htm>. Acesso em: 21 dez. 2015.

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm >. Acesso em: 21 dez. 2015.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. *Dispõe sobre os Planos de Assistência à Saúde*. Brasília: Casa Civil, 1998. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm >. Acesso em: 21 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 3, de 20 de janeiro de 2000. *Aprova normas de fornecimento de informações para cadastros de beneficiários*. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 28, de 26 de junho de 2000. *Altera a RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000, e institui a Nota Técnica de Registro de Produto*. Brasília, 2000.

BRASIL. Lei n.º 9.961 de 28 de janeiro de 2000. *Dispõe sobre a criação da ANS*. Brasília, 2000.

BRASIL. Lei n.º 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. *Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências*. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. *Orientações básicas para a utilização de sistemas informatizados em auditoria do SUS*. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 230p, 2006. Disponível em: < <http://sna.saude.gov.br/download>>. Acesso em: 27 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. *Glossário temático: saúde suplementar* / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.122 p.

BRASÍLIA. *Política de Governo Eletrônico para o Poder Executivo Federal*. Brasília: Casa Civil, 2000. Disponível em:<http://www.governoeletronico.gov.br/anexos/E15_90Proposta_de_politica_de_governo_eletronico.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

CAMPOS, Anna Maria; SANTIAGO, Décio. Em busca de um sistema de controle e avaliação da Agência Nacional de saúde suplementar, p. 149-160. In: AGÊNCIA NACIONAL DE

SAÚDE SUPLEMENTAR. *Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. 2.tir. Rio de Janeiro, 2003. 264p.

CARDOSO JÚNIOR, Walter Felix. E-Governo. In: HOESCHL, Hugo César (Org.). *Tecnologia da informação jurídica*. Phoenix: Phoenix Library, 2004. Disponível em <<http://www.phoenixlibrary.org/download.php?ref=7028&format=PDF>>. Acesso em: 06 set. 2014.

CASTELLA, Eduardo Marcelo. Governo Eletrônico (Governo on-line) – aspectos de viabilização e otimização dos serviços públicos. In: HOESCHL, Hugo César (Org.). *Tecnologia da informação jurídica*. Phoenix: Phoenix Library, 2004. Disponível em <<http://www.phoenixlibrary.org/download.php?ref=7028&format=PDF>>. Acesso em: 06 set. 2014.

CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede - A era da informação: economia, sociedade e cultura*; v.1. São Paulo: Paz e Terra, 1999. 620p.

CESCHIN, Mauricio; VARELLA, Drauzio. *A saúde dos planos de saúde: os desafios da assistência privada no Brasil*. São Paulo: Paralela, 2014.

CORTÊS, Sérgio da Costa; PORCARO, Rosa Maria; LIFSCHITZ, Sérgio. *Mineração de dados – Funcionalidades, técnicas e abordagens*. Rio de Janeiro: PUC-RIO, 2002. 35p. Disponível em: <http://www.dbd.puc-rio.br/depto_informatica/02_10_cortes.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2015.

DAMIN, Délio. *Linguagem SQL: introdução*. Elipse Knowledgebase, 2014. Disponível em: <<http://kb.elipse.com.br/ptbr/questions/4988/Linguagem+SQL%3A+Introdu%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

DEMO, Pedro. *Pesquisa e construção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

DEVMEDIA. Disponível em: <<http://www.devmedia.com.br/conceitos-fundamentais-de-banco-de-dados/1649>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

DIAS, Rigoleta Dutra Mediano. *A informação na regulação da saúde suplementar*. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Pós-Graduação em Saúde Pública, Mestrado Profissionalizante em Regulação de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2004. 95p.

EATON, J.; BAWDEN, J. D. What kind of Resource is Information ? *International Journal of Information Management*, 11. V.11, p. 156-165, 1991.

GIDDENS, Anthony. *O Estado - nação e a violência*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

GIOVANELLA, Lígia; RIBEIRO, José, Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. *Defesa dos consumidores e regulação dos planos de saúde*. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2003. 264p., p.161.

GUIA DE PLANOS. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/guiadeplanos/>>. Acesso em: 11 abr. 2015.

HOESCHL, Hugo César. Aplicações inteligentes para governo eletrônico. Disponível em: <<http://institutoi3g.org.br/editora/livros/aplicacoesinteligentes.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

INSTITUTO DE ESTUDOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em <<http://www.iess.org.br/?p=setor&grupo=Numeros>>. Acesso em: 10 out. 2015.

LASTRES, Helena; ALBAGLI, Sarita. Chaves para o terceiro milênio na era do conhecimento. In: LASTRES, Helena; ALBAGLI, Sarita. Informação e globalização na era do conhecimento. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999. 163p.

LASTRES, Helena; ALBAGLI, Sarita. *Informação e globalização na era do conhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999. 163p.

LASTRES, Helena; FERRAZ, João Carlos. Economia da informação, do conhecimento e do aprendizado. In: LASTRES, Helena; ALBAGLI, Sarita. Informação e Globalização na era do conhecimento. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999. 163p.

LEMO, Cristina. *Inovação na era do conhecimento*. In: LASTRES, Helena; ALBAGLI, Sarita. Informação e Globalização na era do conhecimento. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999. 163p.

LIMA, Clóvis Ricardo Montenegro. *Informação e regulação da assistência suplementar à saúde*. Tese de Doutorado. ECO/UFRJ, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicados/trabalhos-academicos#sthash.nPsBIC6S.dpuf>>. Acesso em: 08 ago. 2015.

LIPORACE, Teresa Donato; DANILIAUSKAS, Marcelo et al. *Defesa do consumidor, participação social, e ferramentas para a cidadania: um banco de dados para o monitoramento da regulação*. São Paulo: IDEC, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.idec.org.br/pdf/banco-de-regulacao.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2014.

MALDONADO, José. Tecno-globalismo e acesso ao conhecimento. In: LASTRES, Helena; ALBAGLI, Sarita. Informação e globalização na era do conhecimento. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999. 163p.

MATHIAS, Guilherme Valdetaro. *O código civil e o código do consumidor na saúde suplementar*. In: MELLO, Marco Aurélio et al. Planos de saúde: Aspectos jurídicos e econômicos. Instituto de estudos da saúde suplementar. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p. 95-118.

MEDEIROS, P. H. *Governo eletrônico no Brasil: aspectos institucionais e reflexos na governança*. Dissertação (Mestrado em Administração) – Brasília, Universidade de Brasília, 2004.

MELLO, Marco Aurélio et al. *Planos de saúde: aspectos jurídicos e econômicos*. Instituto de estudos da saúde suplementar. Rio de Janeiro: Forense, 2012. 345p.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v.12, n.4, p.1041-1050, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/22.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2015.

PEREIRA, José Matias. *Manual de metodologia de pesquisa científica*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.767-783, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a09.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

PIPERNO, A. *Mercati Assicurativi e istituzioni, La previdenza sanitaria integrativa: il problema, le argomentazioni, le proposte*, Il Mulino, Bologna, 1997.

ROVER, Aires José. O Governo Eletrônico e a inclusão digital: duas faces da mesma moeda chamada democracia. In: ROVER, Aires José (Org.). *Inclusão digital e governo eletrônico*. Zaragoza: Prensas Universitárias, 2008. Disponível em: <<http://www.infojur.ufsc.br/aires/arquivos/lefis%20artigo%20aires.pdf>>. Acesso em: maio 2015.

SCHULMAN, Gabriel. *Planos de saúde: saúde e contrato na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Editora Renovar, 2009. 426p.

SHANNON, C.E. A mathematical theory of communication. The Bell System Technical Journal. v. 27, n. 3, p. 379-1948 In: ROCHOL, Juergen. *Comunicação de dados: dados eletrônicos*. Série livros didáticos informática UFRGS. Porto Alegre: Bookman, v. 22, 2012. p.2-19.

SHERA, Jesse Hauk. *Toward a theory of librarianship and information science*. Ciência da Informação, v. 2, n.2, p.87-97, 1973. Disponível em <<http://www.ibict.br/index.php/ciinf/article/viewArticle/30>>. Acesso em: 21 dez. 2015.

SILVEIRA, Mário, Magalhães. *Política nacional de saúde pública. A trindade desvelada: economia-saúde-população*. Rio de Janeiro: Revan, 2005. 380p.

STAIR, Ralph M.; REYNOLDS, George W. *Princípios de sistemas de informação*. 9. ed. São Paulo: Cengage Learnig, 2012. 560p.

STIGLITZ, J. E. Information and economic analysis: a perspective. Economic Journal, v. 95, Supl., p.21-41, 1985a.

TAN, Pang-Ning; STEINACH, Michael; KUMAR, Vipin. *Introdução ao DATAMINING: Mineração de Dados*. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna, 2009.

TAYLOR, Robert. *Value-added processes in information systems*. Norwood: Ablex, 1986.

TAYLOR, Robert S. *Professional aspects of information science and technology*. In: Annual Review of Information Science and Technology-ARIST, v.1, p. 15-40, 1966.

THELWALL, Mike; VAUGHAN, Liwen; BJÖRNEBORN, Lennart. *Webometrics*. In: Annual Review of Information Science and Technology, v. 39, 2003. Preprint. Texto para Discussão. IE/UNICAMP, Campinas, n. 73, maio, 1999.

TIGRE, Paulo Bastos. Comércio eletrônico e globalização: Desafios para o Brasil. In: LASTRES, Helena; ALBAGLI, Sarita. Informação e globalização na era do conhecimento. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999. 163p.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. *Vantagens da autogestão*. São Paulo: Unidas, 2011. Disponível em: <http://www.unidas.org.br/institucional/vantagens>. Acesso em: 13 abr. 2016.

VANTI, Nadia. Os links e os estudos webométricos. *Ciência da Informação*, v. 34, n. 1, out. 2005. ISSN 1518-8353. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/view/614/547>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

VARAJÃO, João. *Arquitetura da gestão de sistemas de informação*. 3. ed. Lisboa: FCA-Editora de Informática, 2005. 102p.

VIANA, Ana Luíza; GERSCHMAN, Silva; IBAÑEZ, Nelson; PARADA, Roberto. Estado e regulação da saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. 2.tir. Rio de Janeiro: ANS, p. 201-221, 2003. 264p.

WEBER, Max. *Ensaio de sociologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1982.

APÊNDICE A – Ficha de especificação para consultas às bases de dados da ANS

1- Informações Gerais

Os dados obtidos serão tratados e analisados para compor os resultados da dissertação de mestrado, cujo título é: “Mudança de plano de saúde: Informação para a regulação da saúde suplementar. ”

O estudo tem como objetivo levantar e analisar as mudanças de planos de saúde realizadas pelos consumidores entre 2010 e 2014, com base nas informações enviadas pelas operadoras de planos de saúde à ANS, e discutir como essa informação pode contribuir para a regulação da saúde suplementar.

Dados do solicitante: Nome: Lizzie Karen do Carmo Neri E-mail: lizziekbr@yahoo.com.br
Nome da consulta: Mudanças de plano de saúde Delimitação de tempo para as extrações de dados: 2010 a 2014 Nome dos relatórios: - a- Distribuição por porte e modalidade das operadoras e tipo de contratação dos planos de saúde; - b- Distribuição das migrações e adaptações de plano por operadora e ano; - c- Distribuição por faixa etária; - d- Distribuição por faixa de preço; - e- Distribuição por município de residência; e - f- Distribuição por tempo de inclusão de dependente filho após mudança de plano.

2- Descrição

Levantamento das mudanças de plano distribuídas por porte e modalidade das operadoras e tipo de contratação dos planos de saúde; Total das migrações e adaptações de plano por operadora e ano; Levantamento das mudanças de plano distribuídas por faixa etária e ano; Levantamento das mudanças de plano distribuídas por faixa de preço do plano de origem por

faixa etária;

Levantamento das mudanças de plano por município de residência dos beneficiários de origem e destino e ano; e

Levantamento das mudanças de plano de titulares que incluíram filhos com até 12 meses de idade como dependentes no período de 2010 a 2014.

3- Base de dados

- Sistema de Informações de Beneficiários (SIB)
- Tabela de identificação unívoca do SIB
- Nota técnica de registro de produtos
- Sistema de Registro de Produtos (RPS e SCPA)
- Cadastro de operadoras (CADOP)

4- Observações

OBS 1:

- As identificações das mudanças contratuais são realizadas, com uso dos registros do SIB, no qual o CPF, o nome do beneficiário e a data de nascimento foram validados na base de dados da Receita Federal e com grau de similaridade alta entre as duas bases, ou seja, com atribuição dos códigos 1, 2 e 3 da tabela de identificação unívoca de beneficiários (tabela de elos CCO-CPF).
- O item b (adaptação e migração de plano) não utiliza buscas pelo CPF, como nos demais itens, já que há critérios pré-estabelecidos para a contabilização das adaptações e migrações de plano nos procedimentos de mudança contratual informados pelas operadoras.

OBS 2:

- Todas as consultas excluem as operadoras de modalidade administradora de benefícios.

OBS 3:

- As consultas de letra “a” e “b” (Distribuição por porte e modalidade das operadoras e tipo de contratação dos planos de saúde; e distribuição das migrações e adaptações de plano por operadora e ano) incluem as operadoras exclusivamente odontológicas. Nas demais consultas, essa modalidade de operadora é excluída.

OBS 4:

As faixas etárias consideradas no item “c” são as definidas com a publicação da RN Nº 63/2003, na qual, desde dezembro de 2003, se estabeleceram regras para o reajuste dos planos contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. As faixas etárias são as seguintes: 0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58 anos e 59 anos ou mais.

OBS 5:

- Registros de titular: o campo 'relação de dependência' da tabela de beneficiários tem o campo 'ID_TIPO_DEPENDENTE' = 1 (titular)
- Registros de dependente filho: o campo 'relação de dependência' da tabela de beneficiário tem o campo 'ID_TIPO_DEPENDENTE' = 4 (filho)

OBS 6:

- A idade do filho será contada, com a utilização do campo 'data de nascimento', em relação à data do campo 'data da primeira contratação'.

APÊNDICE B – Esquema das “queries” utilizadas nas consultas

Distribuição por porte e modalidade das operadoras e tipo de contratação dos planos de saúde:

SEM SIB TAB

```
--SELECT * FROM (Tabela de transferência de carteira);
--SELECT * FROM (Tabela de transferência de carteira);
--SELECT * FROM (base de movimento);
--SELECT * FROM (Tabela SIB com motivos do movimento);

create table Tb_sem_sib_tab_lizzie as
SELECT      DISTINCT
            -- TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_PRIMEIRA_CONTRATACAO),'YYYY')ANO,
            TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO),'yyyy') ANO,
            --
            ORIG.CD_OPERADORA    CD_OPERADORA_ORIGEM,
            ORIG.NO_RAZAO        NO_RAZAO_ORIG,
            ORIG.DS_CLASSIFICACAO DS_CLASSIFICACAO_ORIG,
            ORIG.SG_UF           SG_UF_ORIG,
            --
            ORIG.CD_PLANO        CD_PLANO_ORIGEM,
            ORIG.CONTRATACAO_ORIG CONTRATACAO_ORIG,
            TIPO_PLANO_ORIG,
            --
            (SELECT CASE WHEN B.QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS BETWEEN 1   AND 19999 THEN
'PEQUENO'
                WHEN B.QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS BETWEEN 20000 AND 99999 THEN 'MÉDIO'
                WHEN B.QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS >= 100000 THEN 'GRANDE' END
            FROM   ANS_DW.TS_BENEFICIARIO_ACOMPANHAMENTO B
            WHERE  B.ID_TEMPO_COMPETENCIA =
TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO),'yyyy')|| '12'
            AND   B.CD_OPERADORA      = ORIG.CD_OPERADORA)          PORTE_ORIG,
            --
            --ORIG.SEGMENTACAO,
            /*
            ORIG.CCO_SIB CCo_ORIG,
            DEST.CCO_SIB CCo_DEST,
            DEST.CD_HIERARQUICO,
            ORIG.CD_HIERARQUICO,
            ORIG.DT_INCLUSAO ,
            DEST.DT_INCLUSAO ,
            */
            --
            COUNT(ORIG.CCO_SIB) TOTAL_DE_VINCULOS_ORIG, -- VINCULOS
            COUNT(DISTINCT ORIG.CPF_SIB) TOTAL_DE_PESSOAS_ORIG , -- PESSOAS
            --
```

```

        DEST.CD_OPERADORA    CD_OPERADORA_DESTINO,
        DEST.NO_RAZAO        NO_RAZAO_DETS,
        DEST.DS_CLASSIFICACAO DS_CLASSIFICACAO_DEST,
        DEST.SG_UF           SG_UF_DEST,
        DEST.CD_PLANO        CD_PLANO_DESTINO,
        DEST.CONTRATACAO_DEST CONTRATACAO_DEST,
        TIPO_PLANO_DEST,
        (SELECT CASE WHEN B.QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS BETWEEN 1    AND 19999 THEN
'PEQUENO'
                WHEN B.QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS BETWEEN 20000 AND 99999 THEN 'MÉDIO'
                WHEN B.QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS >= 100000 THEN 'GRANDE' END
        FROM  ANS_DW.TS_BENEFICIARIO_ACOMPANHAMENTO B
        WHERE B.ID_TEMPO_COMPETENCIA =
TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSÃO),'yyyy')|| '12'
                AND B.CD_OPERADORA    = DEST.CD_OPERADORA)          PORTE_DEST,
        --
        --
        --DEST.CCO_SIB CCO_DEST
        COUNT(DEST.CCO_SIB) TOTAL_DE_VINCULOS_DEST, -- VINCULOS
        COUNT(DISTINCT DEST.CPF_SIB) TOTAL_DE_PESSOAS_DEST -- PESSOAS

FROM -- (tabela da DIPRO contendo processos de transferência)

--DESTINO
(SELECT VM.*,
        OP.NO_RAZAO,
        OP.DS_CLASSIFICACAO,k
        OP.SG_UF,
        --
CASE WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO IN (código) THEN 'COLETIVO EMPRESARIAL'
        WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO IN (código) THEN 'COLETIVO POR ADESÃO'
        WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO IN (códigos) THEN 'COLETIVO NÃO IDENTIFICADO'
        WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO = código THEN 'INDIVIDUAL'
        ELSE 'NÃO IDENTIFICADO' END CONTRATACAO_DEST,
        --
        PL.DE_TIPO_PLANO        TIPO_PLANO_DEST
        --
        --CASE WHEN OP.CO_CLASS_PROV NOT IN (código) AND PL.ID_TIPO_SEGMENTACAO <> código
THEN 'MEDICO-HOSPITALAR'
        --  WHEN(OP.CO_CLASS_PROV IN (código) OR  PL.ID_TIPO_SEGMENTACAO = código) THEN
'EXCLUSIVAMENTE ODONTOLOGIO'
        --  END SEGMENTACAO
        --
FROM ANS_DW.SIB_BENEFICIARIO_PLANOS_2 VM,
        (VW da DIPRO)          PL,
        (VW da DIOPE)    OP

WHERE 1=1
AND VM.CD_OPERADORA = PL.CD_OPERADORA
AND VM.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
AND PL.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA

```

```

AND VM.CD_PLANO = NVL(PL.NR_PLANO,PL.CD_PLANO_OPERADORA)
AND VM.ID_MOTIVO_MOVM_INCLUSAO <> (código do movimento) -- INCLUSÃO POR SIB TAB
AND VM.CD_HIERARQUICO IN (1,2,3)
AND ( TO_DATE(VM.DT_INCLUSAO)>= '01/01/2010' and TO_DATE(VM.DT_INCLUSAO) <=
'31/12/2014' )
) DEST,

--ORIGEM
(SELECT VM.*,
    OP.NO_RAZAO,
    OP.DS_CLASSIFICACAO,
    OP.SG_UF,
    --
CASE WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO IN (código) THEN 'COLETIVO EMPRESARIAL'
    WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO IN (código) THEN 'COLETIVO POR ADESÃO'
    WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO IN (código) THEN 'COLETIVO NÃO IDENTIFICADO'
    WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO = 1 THEN 'INDIVIDUAL'
    ELSE 'NÃO IDENTIFICADO' END CONTRATACAO_ORIG,
    --
    PL.DE_TIPO_PLANO      TIPO_PLANO_ORIG
    --
--CASE WHEN OP.CO_CLASS_PROV NOT IN (código) AND PL.ID_TIPO_SEGMENTACAO <> código
THEN 'MEDICO-HOSPITALAR'
    -- WHEN(OP.CO_CLASS_PROV IN (código) OR PL.ID_TIPO_SEGMENTACAO = código) THEN
'EXCLUSIVAMENTE ODONTOLOGIO'
    -- END SEGMENTACAO
    --
FROM (DW beneficiário)_PLANOS_2 VM,
    (VW DA DIPRO)      PL,
    (VW DA DIOPE)     OP

WHERE VM.LG_BENEFICIARIO_ATIVO = 0 -- INATIVO
AND VM.CD_OPERADORA = PL.CD_OPERADORA
AND VM.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
AND PL.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
AND VM.CD_PLANO = NVL(PL.NR_PLANO,PL.CD_PLANO_OPERADORA)
AND VM.ID_MOTIVO_CANCELAMENTO <> (código)-- CANC. POR SIB TAB
AND VM.CD_HIERARQUICO IN (1,2,3)

) ORIG

WHERE 1=1
--AND ORIG.NM_FONETICO_BENEF      = DEST.NM_FONETICO_BENEF--
--AND (ORIG.CPF_SIB              = DEST.CPF_SIB OR ORIG.NM_FONETICO_MAE =
DEST.NM_FONETICO_MAE) --
--AND ORIG.DT_NASCIMENTO          = DEST.DT_NASCIMENTO--

--AND TR.CD_OPERADORA_ORIGEM = ORIG.CD_OPERADORA
--AND TR.CD_OPERADORA_DESTINO = DEST.CD_OPERADORA
--AND TR.ID_SUBTIPO_MANUTENCAO NOT IN (códigos)-- SIB-TAB
AND ORIG.CPF_SIB              = DEST.CPF_SIB

```

AND TO_DATE(ORIG.DT_INCLUSAO) <= TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO)

```
--
GROUP BY      TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO),'yyyy'),
--
      ORIG.CD_OPERADORA,
      ORIG.NO_RAZAO,
      ORIG.DS_CLASSIFICACAO,
      ORIG.SG_UF ,
      ORIG.CD_PLANO,
      ORIG.CONTRATACAO_ORIG,
      ORIG.TIPO_PLANO_ORIG,
      --PORTE_ORIG,
--
      DEST.CD_OPERADORA ,
      DEST.NO_RAZAO ,
      DEST.DS_CLASSIFICACAO,
      DEST.SG_UF ,
      DEST.CD_PLANO ,
      DEST.CONTRATACAO_DEST ,
      DEST.TIPO_PLANO_DEST
      --DEST.PORTE_DEST
```

```
ORDER BY  ANO,
          CD_OPERADORA_ORIGEM,
          CD_PLANO_ORIGEM,
          CD_OPERADORA_DESTINO,
          CD_PLANO_DESTINO;
```

commit;

COM SIB TAB

```
--SELECT * FROM (LOG TRANSFERÊNCIA DE BENEFICIÁRIOS);
--SELECT * FROM (TABELA TRANSFERÊNCIA DE BENEFICIÁRIOS);
--SELECT * FROM (TABELA DIDES/ MOVIMENTOS DO SIB);
--SELECT * (TABELA DIDES/MOTIVO MOVIMENTO SIB);
```

```
SELECT      DISTINCT
            TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO),'yyyy') ANO,
--
            ORIG.CD_OPERADORA    CD_OPERADORA_ORIGEM,
            ORIG.NO_RAZAO        NO_RAZAO_ORIG,
            ORIG.DS_CLASSIFICACAO DS_CLASSIFICACAO_ORIG,
            ORIG.SG_UF          SG_UF_ORIG,
--
            ORIG.CD_PLANO        CD_PLANO_ORIGEM,
```

```

ORIG.CONTRATACAO_ORIG  CONTRATACAO_ORIG,
TIPO_PLANO_ORIG,
--
(SELECT CASE WHEN B.QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS BETWEEN 1   AND 19999 THEN
'PEQUENO'
        WHEN B.QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS BETWEEN 20000 AND 99999 THEN 'MÉDIO'
        WHEN B.QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS >= 100000 THEN 'GRANDE' END
FROM   ANS_(tabela DW beneficiario) B
WHERE  B.ID_TEMPO_COMPETENCIA =
TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO),'yyyy')|| ' código '
        AND B.CD_OPERADORA      = ORIG.CD_OPERADORA)          PORTE_ORIG,
--
--ORIG.SEGMENTACAO,
/*
ORIG.CCO_SIB CCo_ORIG,
DEST.CCO_SIB CCo_DEST,
DEST.CD_HIERARQUICO,
ORIG.CD_HIERARQUICO,
ORIG.DT_INCLUSAO ,
DEST.DT_INCLUSAO ,
*/
--
COUNT(ORIG.CCO_SIB) TOTAL_DE_VINCULOS_ORIG, -- VINCULOS
COUNT(DISTINCT ORIG.CPF_SIB) TOTAL_DE_PESSOAS_ORIG , -- PESSOAS
--
DEST.CD_OPERADORA      CD_OPERADORA_DESTINO,
DEST.NO_RAZAO          NO_RAZAO_DETS,
DEST.DS_CLASSIFICACAO DS_CLASSIFICACAO_DEST,
DEST.SG_UF             SG_UF_DEST,
DEST.CD_PLANO          CD_PLANO_DESTINO,
DEST.CONTRATACAO_DEST  CONTRATACAO_DEST,
TIPO_PLANO_DEST,
(SELECT CASE WHEN B.QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS BETWEEN 1   AND 19999 THEN
'PEQUENO'
        WHEN B.QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS BETWEEN 20000 AND 99999 THEN 'MÉDIO'
        WHEN B.QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS >= 100000 THEN 'GRANDE' END
FROM   ANS_(tabela DW beneficiario)
WHERE  B.ID_TEMPO_COMPETENCIA =
TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO),'yyyy')|| ' código '
        AND B.CD_OPERADORA      = DEST.CD_OPERADORA)          PORTE_DEST,
--
--
--DEST.CCO_SIB CCo_DEST
COUNT(DEST.CCO_SIB) TOTAL_DE_VINCULOS_DEST, -- VINCULOS
COUNT(DISTINCT DEST.CPF_SIB) TOTAL_DE_PESSOAS_DEST -- PESSOAS

FROM (TABELA DIPRO PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA)

--DESTINO
(SELECT VM.*,
        OP.NO_RAZAO,

```

```

    OP.DS_CLASSIFICACAO,
    OP.SG_UF,
    --
CASE WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO IN (código) THEN 'COLETIVO EMPRESARIAL'
  WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO IN (código) THEN 'COLETIVO POR ADESÃO'
  WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO IN (códigos) THEN 'COLETIVO NÃO IDENTIFICADO'
  WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO = 1 THEN 'INDIVIDUAL'
  ELSE 'NÃO IDENTIFICADO' END CONTRATACAO_DEST,
  --
  PL.DE_TIPO_PLANO      TIPO_PLANO_DEST
  --
  --CASE WHEN OP.CO_CLASS_PROV NOT IN (códigos) AND PL.ID_TIPO_SEGMENTACAO <> código
  THEN 'MEDICO-HOSPITALAR'
  --  WHEN(OP.CO_CLASS_PROV IN (códigos) OR  PL.ID_TIPO_SEGMENTACAO = código) THEN
  'EXCLUSIVAMENTE ODONTOLOGIO'
  --  END SEGMENTACAO
  --
  --
FROM ANS_(DWSIB_2 VM,
  (VW DIPRO- INFORMAÇÃO DE PLANOS)      PL,
  (VW DIOPE- INFORMAÇÃO DE OPERADORAS)   OP

WHERE 1=1
AND VM.CD_OPERADORA = PL.CD_OPERADORA
AND VM.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
AND PL.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
AND VM.CD_PLANO   = NVL(PL.NR_PLANO,PL.CD_PLANO_OPERADORA)
AND VM.ID_MOTIVO_MOVM_INCLUSAO = código -- INCLUSÃO POR SIB TAB
AND VM.CD_HIERARQUICO IN (1,2,3)
AND ( TO_DATE(VM.DT_INCLUSAO)>= '01/01/2010' AND TO_DATE(VM.DT_INCLUSAO) <=
'31/12/2014' )
) DEST,

--ORIGEM
(SELECT VM.*,
  OP.NO_RAZAO,
  OP.DS_CLASSIFICACAO,
  OP.SG_UF,
  --
CASE WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO IN (código) THEN 'COLETIVO EMPRESARIAL'
  WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO IN (código) THEN 'COLETIVO POR ADESÃO'
  WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO IN (códigos) THEN 'COLETIVO NÃO IDENTIFICADO'
  WHEN PL.ID_TIPO_CONTRATACAO = código THEN 'INDIVIDUAL'
  ELSE 'NÃO IDENTIFICADO' END CONTRATACAO_ORIG,
  --
  PL.DE_TIPO_PLANO      TIPO_PLANO_ORIG
  --
  --CASE WHEN OP.CO_CLASS_PROV NOT IN (códigos) AND PL.ID_TIPO_SEGMENTACAO <> código
  THEN 'MEDICO-HOSPITALAR'
  --  WHEN(OP.CO_CLASS_PROV IN (códigos) OR  PL.ID_TIPO_SEGMENTACAO = código) THEN
  'EXCLUSIVAMENTE ODONTOLOGIO'

```

```

-- END SEGMENTACAO
--
FROM ANS_(tabela DW SIB)      VM,
      (VW DIPRO- INFORMAÇÃO DOS PLANOS)      PL,
      (DIOPE.VW_ INFORMAÇÃO DAS OPERADORAS)   OP

WHERE VM.LG_BENEFICIARIO_ATIVO = 0 -- INATIVO
      AND VM.CD_OPERADORA = PL.CD_OPERADORA
      AND VM.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
      AND PL.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
      AND VM.CD_PLANO = NVL(PL.NR_PLANO,PL.CD_PLANO_OPERADORA)
      AND VM.ID_MOTIVO_CANCELAMENTO = código-- CANC. POR SIB TAB

      AND VM.CD_HIERARQUICO IN (1,2,3)
) ORIG

WHERE 1=1
--AND ORIG.NM_FONETICO_BENEF      = DEST.NM_FONETICO_BENEF--
--AND (ORIG.CPF_SIB      = DEST.CPF_SIB OR ORIG.NM_FONETICO_MAE =
DEST.NM_FONETICO_MAE) --
--AND ORIG.DT_NASCIMENTO      = DEST.DT_NASCIMENTO--
AND ORIG.CPF_SIB      = DEST.CPF_SIB
--
AND TR.CD_OPERADORA_ORIGEM = ORIG.CD_OPERADORA
AND TR.CD_OPERADORA_DESTINO = DEST.CD_OPERADORA

--AND ORIG.CD_OPERADORA <> DEST.CD_OPERADORA
--
AND TO_DATE(ORIG.DT_INCLUSAO) <= TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO)
AND TR.ID_SUBTIPO_MANUTENCAO IN (códigos)-- SIB-TAB
--
GROUP BY      TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO),'yyyy'),
--
      ORIG.CD_OPERADORA,
      ORIG.NO_RAZAO,
      ORIG.DS_CLASSIFICACAO,
      ORIG.SG_UF ,
      ORIG.CD_PLANO,
      ORIG.CONTRATACAO_ORIG,
      ORIG.TIPO_PLANO_ORIG,
      --PORTE_ORIG,
--
      DEST.CD_OPERADORA ,
      DEST.NO_RAZAO ,
      DEST.DS_CLASSIFICACAO,
      DEST.SG_UF ,
      DEST.CD_PLANO ,
      DEST.CONTRATACAO_DEST ,
      DEST.TIPO_PLANO_DEST
      --DEST.PORTE_DEST

```

```
ORDER BY ANO,
        CD_OPERADORA_ORIGEM,
        CD_PLANO_ORIGEM,
        CD_OPERADORA_DESTINO,
        CD_PLANO_DESTINO;
```

Distribuição das migrações e adaptações de plano por operadora e ano:

Migração

--Migração de Planos

```
SELECT Z.COMPT,
        SIB.CD_OPERADORA,
        OP.NO_RAZAO,
        OP.DS_CLASSIFICACAO,
        B.CD_PORTE,
        OP.SG_UF,
        Z.NR_PLANO_SCPA,
        Z.NR_PLANO_RPS,
        COUNT(Z.CD_CCO)
FROM (tabela de beneficiario) SIB,
     DIOPE. (VW de operadoras) OP ,
(
SELECT
    TO_CHAR(RPS.DT_MUDANCA2, 'YYYYMM') COMPT,
    SCPA.NR_PLANO_SCPA,
    RPS.NR_PLANO_RPS,
    RPS.CD_CCO
    --COUNT(1)                QTD_PLAN_MIG
    -----
    FROM (SELECT CB.CD_CCO,
                 CB.NR_PLANO_SCPA,
                 MAX(CB.DT_TERMINO_PERIODO) DT_MUDANCA
            FROM (TABELA SIB – HISTÓRICO DE COBERTURA) CB
            WHERE 1 = 1--CB.ID_MOTIVO_MOVIMENTO IN (códigos)
            AND CB.NR_PLANO_SCPA IS NOT NULL
            GROUP BY CB.CD_CCO,CB.NR_PLANO_SCPA)
    -----
    (SELECT CB.CD_CCO,
            CB.NR_PLANO_RPS,
            MIN(CB.DT_INICIO_PERIODO) DT_MUDANCA2
     FROM (TABELA SIB – HISTÓRICO DE COBERTURA )CB
     WHERE --1=1
     CB.ID_MOTIVO_MOVIMENTO IN (códigos)
     AND CB.NR_PLANO_RPS IS NOT NULL
     GROUP BY CB.CD_CCO,CB.NR_PLANO_RPS
```

```

    ) RPS

    WHERE SCPA.CD_CCO = RPS.CD_CCO
    --AND SCPA.CD_CCO IN (ccos)
    --GROUP BY TO_CHAR(RPS.DT_MUDANCA2, 'YYYYMM')

)Z,

(
SELECT CD_OPERADORA,
SUM(QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS) QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS,
CASE
    WHEN SUM(QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS) BETWEEN 1 AND 19999 THEN 'P'
    WHEN SUM(QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS) BETWEEN 20000 AND 100000 THEN 'M'
    WHEN SUM(QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS) > 100000 THEN 'G'
    ELSE 'X'
END CD_PORTE
FROM ANS(DW beneficiário)
WHERE ID_TEMPO_COMPETENCIA = 201504
GROUP BY CD_OPERADORA
)B

WHERE Z.CD_CCO = SIB.CD_CCO
AND SIB.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
AND SIB.CD_OPERADORA = B.CD_OPERADORA
AND Z.COMPT BETWEEN '201001' AND '201412'

GROUP BY Z.COMPT,
    SIB.CD_OPERADORA,
    OP.NO_RAZAO,
    OP.DS_CLASSIFICACAO,
    B.CD_PORTE,
    OP.SG_UF,
    Z.NR_PLANO_SCPA,
    Z.NR_PLANO_RPS
order by Z.COMPT,OP.NO_RAZAO

```

Adaptação:

```

-- Planos adaptados ok
SELECT A.DT_MUDANCA AS "Data mudança contratual",
    A.CD_OPERADORA,
    A.NO_RAZAO,
    A.DS_CLASSIFICACAO,
    A.CD_PORTE,
    A.SG_UF,

    SUM (A.QTD_BEN)

```

FROM

```

(select to_char(dt_contratacao, 'YYYYMM') DT_MUDANCA,
      VM.CD_OPERADORA,
      OP.NO_RAZAO,
      OP.DS_CLASSIFICACAO,
      B.CD_PORTE,
      OP.SG_UF,

      COUNT(DISTINCT VM.CD_CCO) QTD_BEN

FROM (TABELA DE BENEFICIÁRIOS) VM,
      (DIOPE.VW_INFORMAÇÃO DE OPERADORAS) OP,
      ( DIPRO.VW_INFORMAÇÃO DE PLANOS )      PL,
      (DIDES.HT_SIB_INFORMAÇÃO DO HISTÓRICO DO REGISTRO DO BENEFICIÁRIO) HT,
      (DIDES_SIB_TABELA DE MOTIVOS DO MOVIMENTO)      MT,

      (
SELECT CD_OPERADORA,
SUM(QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS) QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS,
CASE
  WHEN SUM(QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS) BETWEEN 1 AND 19999 THEN 'P'
  WHEN SUM(QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS) BETWEEN 20000 AND 100000 THEN 'M'
  WHEN SUM(QT_BENEFICIARIOS_ATIVOS) > 100000 THEN 'G'
  ELSE 'X'
END CD_PORTE
FROM (DW beneficiario) b
WHERE ID_TEMPO_COMPETENCIA = 201504
GROUP BY CD_OPERADORA
)B

WHERE VM.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
      AND VM.NR_PLANO_SCPA = PL.CD_PLANO_OPERADORA
      AND VM.CD_OPERADORA = PL.CD_OPERADORA
      AND HT.ID_MOTIVO_MOVIMENTO = MT.ID_MOTIVO_MOVIMENTO
      AND HT.CD_CCO = VM.CD_CCO

      AND VM.CD_OPERADORA = B.CD_OPERADORA
      AND VM.LG_BENEFICIARIO_ATIVO = 1 --BENEF ATIVO
      AND VM.NR_PLANO_SCPA IS NOT NULL --PLANO ANTIGO
      AND VM.DT_PRIMEIRA_CONTRATACAO <> VM.DT_CONTRATACAO
      AND VM.DT_CONTRATACAO > VM.DT_PRIMEIRA_CONTRATACAO
      AND OP.IN_SITUACAO = 0 --OPERADORA ATIVA
      AND OP.CO_CLASS_PROV <> código -- ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS
      AND MT.ID_MOTIVO_MOVIMENTO IN (código)
      AND DT_CONTRATACAO >= '02/01/1999'

GROUP BY TO_CHAR(DT_CONTRATACAO, 'YYYYMM'),
      VM.CD_OPERADORA,
      OP.NO_RAZAO,
      OP.DS_CLASSIFICACAO,

```

```

        B.CD_PORTE,
        OP.SG_UF,

        vm.cd_cco)A

    WHERE
        A.DT_MUDANCA BETWEEN '20101' AND '201412'
GROUP BY A.DT_MUDANCA,
        A.CD_OPERADORA,
        A.NO_RAZAO,
        A.DS_CLASSIFICACAO,
        A.CD_PORTE,
        A.SG_UF,

        (A.QTD_BEN)

```

Distribuição por faixa etária:

select

```

    TO_CHAR(DEST.DT_INCLUSAO_2,'yyyy') ANO,
    --count(distinct DEST.CCO_SIB)

    COUNT (DISTINCT(CASE WHEN ORIG.CD_FAIXA IN (8) THEN ORIG.CCO_SIB END))
FAIXA_0_18_ANOS_ORIG,
    COUNT (DISTINCT(CASE WHEN ORIG.CD_FAIXA IN (9) THEN ORIG.CCO_SIB END))
FAIXA_19_23_ANOS_ORIG,
    COUNT (DISTINCT(CASE WHEN ORIG.CD_FAIXA IN (10) THEN ORIG.CCO_SIB END))
FAIXA_24_28_ANOS_ORIG,
    COUNT (DISTINCT(CASE WHEN ORIG.CD_FAIXA IN (11) THEN ORIG.CCO_SIB END))
FAIXA_29_33_ANOS_ORIG,
    COUNT (DISTINCT(CASE WHEN ORIG.CD_FAIXA IN (12) THEN ORIG.CCO_SIB END))
FAIXA_34_38_ANOS_ORIG,
    COUNT (DISTINCT(CASE WHEN ORIG.CD_FAIXA IN (13) THEN ORIG.CCO_SIB END))
FAIXA_39_43_ANOS_ORIG,
    COUNT (DISTINCT(CASE WHEN ORIG.CD_FAIXA IN (14) THEN ORIG.CCO_SIB END))
FAIXA_44_48_ANOS_ORIG,
    COUNT (DISTINCT(CASE WHEN ORIG.CD_FAIXA IN (15) THEN ORIG.CCO_SIB END))
FAIXA_49_53_ANOS_ORIG,
    COUNT (DISTINCT(CASE WHEN ORIG.CD_FAIXA IN (16) THEN ORIG.CCO_SIB END))
FAIXA_54_58_ANOS_ORIG,
    COUNT (DISTINCT(CASE WHEN ORIG.CD_FAIXA IN (17) THEN ORIG.CCO_SIB END))
FAIXA_59_999_ANOS_ORIG,
    COUNT (DISTINCT (ORIG.CCO_SIB))TOTAL_ORIG,

    COUNT (DISTINCT(CASE WHEN DEST.CD_FAIXA IN (8) THEN DEST.CCO_SIB END))
FAIXA_0_18_ANOS_DEST,

```

```

        COUNT (DISTINCT(CASE WHEN DEST.CD_FAIXA IN (9) THEN DEST.CCO_SIB END))
FAIXA_19_23_ANOS_DEST,
        COUNT (DISTINCT(CASE WHEN DEST.CD_FAIXA IN (10) THEN DEST.CCO_SIB END))
FAIXA_24_28_ANOS_DEST,
        COUNT (DISTINCT(CASE WHEN DEST.CD_FAIXA IN (11) THEN DEST.CCO_SIB END))
FAIXA_29_33_ANOS_DEST,
        COUNT (DISTINCT(CASE WHEN DEST.CD_FAIXA IN (12) THEN DEST.CCO_SIB END))
FAIXA_34_38_ANOS_DEST,
        COUNT (DISTINCT(CASE WHEN DEST.CD_FAIXA IN (13) THEN DEST.CCO_SIB END))
FAIXA_39_43_ANOS_DEST,
        COUNT (DISTINCT(CASE WHEN DEST.CD_FAIXA IN (14) THEN DEST.CCO_SIB END))
FAIXA_44_48_ANOS_DEST,
        COUNT (DISTINCT(CASE WHEN DEST.CD_FAIXA IN (15) THEN DEST.CCO_SIB END))
FAIXA_49_53_ANOS_DEST,
        COUNT (DISTINCT(CASE WHEN DEST.CD_FAIXA IN (16) THEN DEST.CCO_SIB END))
FAIXA_54_58_ANOS_DEST,
        COUNT (DISTINCT(CASE WHEN DEST.CD_FAIXA IN (17) THEN DEST.CCO_SIB END))
FAIXA_59_999_ANOS_DEST,
        COUNT (DISTINCT(DEST.CCO_SIB))TOTAL_DEST

from W_BENEF_DEST DEST,
     W_BENEF_ORI ORIG
WHERE ORIG.CPF_SIB          = DEST.CPF_SIB
AND TO_DATE(ORIG.DT_INCLUSAO_2) <= TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2)
AND ORIG.CPF_SIB IS NOT NULL
AND DEST.CPF_SIB IS NOT NULL

--
GROUP BY          TO_CHAR(DEST.DT_INCLUSAO_2,'yyyy')
```

Distribuição por faixa de preço:

-- PASSO 1

CREATE TABLE W_BENEF_NT AS

```

SELECT      PLA.CD_OPERADORA,
            NVL(PLA.NR_PLANO,PLA.CD_PLANO_OPERADORA) CD_PLANO,
            ANX.VL_COML_MENL          PRECO,
            ANX.FE_CD_FAIX_ETAR,
            FE.NR_FAIX_ETAR_INIC,
            FE.NR_FAIX_ETAR_FIM,
            NT.DT_PROTOCOLO
FROM (vw informações de plano) PLA,
     (vw INFORMAÇÕES DE OPERADORAS) OP,
     (TABELA NOTA TÉCNICA),
     ACP.TABELA NOTA TÉCNICA      NT,
     ACP.TABELA NOTA TÉCNICA      ANX,
     ACP.TABELA FAIXA ETÁRIA      FE
```

```

WHERE PLA.CD_OPERADORA    = OP.CO_OPERADORA
AND PLA.ID_PLANO          = PNT.ID_PLANO
AND PNT.CD_NOTA           = NT.CD_NOTA
AND NT.CD_NOTA            = ANX.NT_CD_NOTA
AND ANX.FE_CD_FAIX_ETAR   = FE.CD_FAIX_ETAR
--AND PLA.NR_PLANO        = '467305121'
AND TRUNC(NT.DT_PROTOCOLO) BETWEEN '01/01/2010' AND '31/12/2014'
AND NT.DT_PROTOCOLO       = (SELECT MAX(NT2.DT_PROTOCOLO) -- ÚLTIMA NOTA
TÉCNICA ENVIADA PARA O PLANO
                                FROM (TABELA NOTA TÉCNICA) NT2,
                                (TABELA NOTA TÉCNICA) PNT2
                                WHERE NT2.CD_NOTA   = PNT2.CD_NOTA
                                AND PNT2.ID_PLANO  = PNT.ID_PLANO)

```

-- CRIAR APENAS A ESTRUTURA DA TAB DE BENEF ORIGEM

```

CREATE TABLE W_BENEF_ORI AS
  SELECT --/*+ MATERIALIZE */
    VM.CCO_SIB,
    VM.CPF_SIB,
    VM.CD_OPERADORA,
    VM.CD_PLANO,
    VM.DT_INCLUSAO_2,
    VM.LG_BENEFICIARIO_ATIVO,
    CASE WHEN
      TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO))/12 BETWEEN 0 AND 18
      THEN 8
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO))/12
      BETWEEN 19 AND 23 THEN 9
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO))/12
      BETWEEN 24 AND 28 THEN 10
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO))/12
      BETWEEN 29 AND 33 THEN 11
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO))/12
      BETWEEN 34 AND 38 THEN 12
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO))/12
      BETWEEN 39 AND 43 THEN 13
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO))/12
      BETWEEN 44 AND 48 THEN 14
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO))/12
      BETWEEN 49 AND 53 THEN 15
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO))/12
      BETWEEN 54 AND 58 THEN 16
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO))/12
      BETWEEN 59 AND 999 THEN 17
    END CD_FAIXA
    FROM ANS_DW.SIB_BENEFICIARIO_PLANOS_P VM
    WHERE VM.CD_HIERARQUICO IN ('01','02','03')
    AND 1=2
    AND VM.CPF_SIB IS NOT NULL

```

```

and VM.LG_BENEFICIARIO_ATIVO = 0 -- INATIVO;

-- RODAR O BLOCO ABAIXO PARA POPULAR A TABELA DE BENEF ORIGEM

DECLARE
--
CURSOR CUR IS SELECT --/*+ MATERIALIZE */
    VM.CCO_SIB,
    VM.CPF_SIB,
    VM.CD_OPERADORA,
    VM.CD_PLANO,
    VM.DT_INCLUSAO_2,
    VM.LG_BENEFICIARIO_ATIVO,
    CASE WHEN
TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12) BETWEEN 0 AND 18
THEN 8
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 19 AND 23 THEN 9
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 24 AND 28 THEN 10
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 29 AND 33 THEN 11
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 34 AND 38 THEN 12
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 39 AND 43 THEN 13
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 44 AND 48 THEN 14
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 49 AND 53 THEN 15
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 54 AND 58 THEN 16
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 59 AND 999 THEN 17
    END CD_FAIXA
    FROM ANS_DW.SIB_BENEFICIARIO_PLANOS_P VM
    WHERE VM.CD_HIERARQUICO IN ('01','02','03')
    AND VM.CPF_SIB IS NOT NULL
    and VM.LG_BENEFICIARIO_ATIVO = 0;
--
TYPE T_CUR IS TABLE OF CUR%ROWTYPE INDEX BY PLS_INTEGER;
--
L_NT_CUR T_CUR;
--
BEGIN
--
    OPEN CUR;
--
    LOOP
--

```

```

FETCH CUR BULK COLLECT INTO L_NT_CUR LIMIT 15000;

EXIT WHEN L_NT_CUR.COUNT = 0;

FORALL IDX IN 1..L_NT_CUR.COUNT
    INSERT INTO W_BENEF_ORI VALUES (L_NT_CUR(IDX).CCO_SIB,
                                    L_NT_CUR(IDX).CPF_SIB,
                                    L_NT_CUR(IDX).CD_OPERADORA,
                                    L_NT_CUR(IDX).CD_PLANO,
                                    L_NT_CUR(IDX).DT_INCLUSAO_2,
                                    L_NT_CUR(IDX).LG_BENEFICIARIO_ATIVO,
                                    L_NT_CUR(IDX).CD_FAIXA);
--
    COMMIT;
--
    L_NT_CUR.DELETE; -- NECESSÁRIO PARA QUE A PRÓXIMA ITERAÇÃO NÃO USE OS VALORES DA
ITERAÇÃO ANTERIOR
--
END LOOP;
--
CLOSE CUR;
--
COMMIT;
--
END;

-- RODAR O BLOCO ABAIXO PARA POPULAR A TABELA DE BENEF DESTINO

CREATE TABLE W_BENEF_DEST AS
    SELECT VM.CCO_SIB,
           VM.CPF_SIB,
           VM.CD_OPERADORA,
           VM.CD_PLANO,
           VM.DT_INCLUSAO_2,
           VM.LG_BENEFICIARIO_ATIVO,
           CASE WHEN
TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12) BETWEEN 0 AND 18
THEN 8
                WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 19 AND 23 THEN 9
                WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 24 AND 28 THEN 10
                WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 29 AND 33 THEN 11
                WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 34 AND 38 THEN 12
                WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 39 AND 43 THEN 13

```

```

        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 44 AND 48 THEN 14
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 49 AND 53 THEN 15
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 54 AND 58 THEN 16
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 59 AND 999 THEN 17
    END CD_FAIXA
    FROM ANS_DW.SIB_BENEFICIARIO_PLANOS_P VM
    WHERE VM.CD_HIERARQUICO    IN ('01','02','03')
    AND 1=2
    AND VM.CPF_SIB            IS NOT NULL
    AND VM.DT_INCLUSAO_2      >= TO_DATE('01/01/2010','DD/MM/YYYY')
    AND VM.DT_INCLUSAO_2      <= TO_DATE('31/12/2014','DD/MM/YYYY');

```

-- RODAR O BLOCO ABAIXO PARA POPULAR A TABELA DE BENEF destino

DECLARE

--

```

    CURSOR CUR IS SELECT --/*+ MATERIALIZE */
        VM.CCO_SIB,
        VM.CPF_SIB,
        VM.CD_OPERADORA,
        VM.CD_PLANO,
        VM.DT_INCLUSAO_2,
        VM.LG_BENEFICIARIO_ATIVO,
        CASE WHEN
TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12) BETWEEN 0 AND 18
THEN 8
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 19 AND 23 THEN 9
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 24 AND 28 THEN 10
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 29 AND 33 THEN 11
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 34 AND 38 THEN 12
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 39 AND 43 THEN 13
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 44 AND 48 THEN 14
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 49 AND 53 THEN 15
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 54 AND 58 THEN 16
        WHEN TRUNC(MONTHS_BETWEEN(VM.DT_INCLUSAO_2,VM.DT_NASCIMENTO)/12)
BETWEEN 59 AND 999 THEN 17
    END CD_FAIXA

```

```

        FROM ANS_DW.SIB_BENEFICIARIO_PLANOS_P VM
        WHERE VM.CD_HIERARQUICO IN ('01','02','03')
        AND VM.CPF_SIB IS NOT NULL
        AND VM.DT_INCLUSAO_2 >= TO_DATE('01/01/2010','DD/MM/YYYY')
        AND VM.DT_INCLUSAO_2 <= TO_DATE('31/12/2014','DD/MM/YYYY')
--
TYPE T_CUR IS TABLE OF CUR%ROWTYPE INDEX BY PLS_INTEGER;
--
L_NT_CUR T_CUR;
--
BEGIN
--
    OPEN CUR;
--
    LOOP
--
        FETCH CUR BULK COLLECT INTO L_NT_CUR LIMIT 15000;

        EXIT WHEN L_NT_CUR.COUNT = 0;

        FORALL IDX IN 1..L_NT_CUR.COUNT
            INSERT INTO W_BENEF_DEST VALUES (L_NT_CUR(IDX).CCO_SIB,
                                                L_NT_CUR(IDX).CPF_SIB,
                                                L_NT_CUR(IDX).CD_OPERADORA,
                                                L_NT_CUR(IDX).CD_PLANO,
                                                L_NT_CUR(IDX).DT_INCLUSAO_2,
                                                L_NT_CUR(IDX).LG_BENEFICIARIO_ATIVO,
                                                L_NT_CUR(IDX).CD_FAIXA);
--
        COMMIT;
--
        L_NT_CUR.DELETE; -- NECESSÁRIO PARA QUE A PRÓXIMA ITERAÇÃO NÃO USE OS VALORES DA
        ITERAÇÃO ANTERIOR
--
    END LOOP;
--
    CLOSE CUR;
--
    COMMIT;
--
END;

#NOME?

with w_ori as
(
    SELECT --+ PARALLEL(4)
        BO.CCO_SIB,
        BO.CPF_SIB,
        NT.FE_CD_FAIX_ETAR,
        NT.PRECO,

```

```

        BO.DT_INCLUSAO_2
    FROM W_BENEF_ORI BO,
        W_BENEF_NT NT
    WHERE BO.CD_OPERADORA = NT.CD_OPERADORA
        AND BO.CD_PLANO = NT.CD_PLANO
        AND BO.CD_FAIXA = NT.FE_CD_FAIX_ETAR
        --and BO.CCO_SIB = '027390841601'
    ),

w_dest as
(
    SELECT
        BO.CCO_SIB,
        BO.CPF_SIB,
        NT.FE_CD_FAIX_ETAR,
        NT.PRECO,
        BO.DT_INCLUSAO_2
    FROM W_BENEF_dest BO,
        W_BENEF_NT NT
    WHERE BO.CD_OPERADORA = NT.CD_OPERADORA
        AND BO.CD_PLANO = NT.CD_PLANO
        AND BO.CD_FAIXA = NT.FE_CD_FAIX_ETAR
        --and BO.CCO_SIB = '027390841601'
    )

select TO_CHAR(DEST.DT_INCLUSAO_2,'yyyy') ANO,
        --count (distinct DEST.CCO_SIB)

        COUNT(CASE WHEN DEST.FE_CD_FAIX_ETAR IN (CÓDIGO) THEN DEST.CCO_SIB END)
FAIXA_1_3,
        COUNT(CASE WHEN DEST.FE_CD_FAIX_ETAR IN (CÓDIGO) THEN DEST.CCO_SIB END)
FAIXA_4_6,
        COUNT(CASE WHEN DEST.FE_CD_FAIX_ETAR IN (CÓDIGO) THEN DEST.CCO_SIB END)
FAIXA_7_9,
        COUNT(CASE WHEN DEST.FE_CD_FAIX_ETAR IN (CÓDIGO) THEN DEST.CCO_SIB END)
FAIXA_10_12,
        COUNT(CASE WHEN DEST.FE_CD_FAIX_ETAR IN (CÓDIGO) THEN DEST.CCO_SIB END)
FAIXA_13_15,
        COUNT(CASE WHEN DEST.FE_CD_FAIX_ETAR IN (CÓDIGO) THEN DEST.CCO_SIB END)
FAIXA_16_17
    from w_ori ORIG,
        w_dest DEST
    where ORIG.CPF_SIB = DEST.CPF_SIB
        AND ORIG.DT_INCLUSAO_2 <= DEST.DT_INCLUSAO_2
        AND ORIG.PRECO > DEST.PRECO
        --and orig.cpf_SIB in (CÓDIGO)
    group by
        TO_CHAR(DEST.DT_INCLUSAO_2,'yyyy')

```

#NOME?

/*

```
(
SELECT \*+ driving_site(pl, op)*\
      VM.CCO_SIB , O.PRECO, VM.DT_INCLUSAO_2, VM.CPF_SIB
FROM (tabela DW beneficiário/plano) P VM
(
) O
```

) ORIG

```
SELECT \*+ PARALLEL(4) *\
*
```

```
\*   TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2),'yyyy')          ANO,
      COUNT(CASE WHEN DEST.PRECO IN (CÓDIGO) THEN DEST.CCO_SIB END)   FAIXA_1_3,
      COUNT(CASE WHEN DEST.PRECO IN (CÓDIGO) THEN DEST.CCO_SIB END)   FAIXA_4_6,
      COUNT(CASE WHEN DEST.PRECO IN (CÓDIGO) THEN DEST.CCO_SIB END)   FAIXA_7_9,
      COUNT(CASE WHEN DEST.PRECO IN (CÓDIGO) THEN DEST.CCO_SIB END)   FAIXA_10_12,
      COUNT(CASE WHEN DEST.PRECO IN (CÓDIGO) THEN DEST.CCO_SIB END)   FAIXA_13_15,
      COUNT(CASE WHEN DEST.PRECO IN (CÓDIGO) THEN DEST.CCO_SIB END)   FAIXA_16_17 *\
```

FROM

#NOME?

```
(SELECT \*+ driving_site(pl, op)*\
      VM.CCO_SIB , D.PRECO, VM.DT_INCLUSAO_2, VM.CPF_SIB
FROM (tabela DW beneficiário)      VM,
      (vw PLANOS) PL,
      (VW OPERADORAS)   OP,
      (SELECT *
        FROM (SELECT LPAD(nt.NR_REGS, 6, 0) NR_REGS,
                      ANX.VL_COML_MENL      PRECO,
                      NT.DT_PROTOCOLO,
                      MAX(NT.DT_PROTOCOLO) OVER (PARTITION BY NT.NR_REGS, NT.CD_PLAN,
ANX.FE_CD_FAIX_ETAR) MAX_PROT
        FROM (ACP. TABELA DA NOTA_TECNICA )NT,
              ACP.NT_ANEXO_IIB@ANSORA01 ANX
        WHERE NT.CD_NOTA = ANX.NT_CD_NOTA
              AND NT.DT_PROTOCOLO IS NOT NULL
              AND TRUNC(NT.DT_PROTOCOLO) BETWEEN '01/01/2010' AND '31/12/2014'
        ) T
        WHERE T.DT_PROTOCOLO = T.MAX_PROT
      ) D
```

```

WHERE 1=1
  AND D.NR_REGS      = VM.CD_OPERADORA --
  AND VM.CD_OPERADORA = PL.CD_OPERADORA
  AND VM.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
  AND PL.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
  AND VM.CD_PLANO    = NVL(PL.NR_PLANO,PL.CD_PLANO_OPERADORA)
  AND VM.CD_HIERARQUICO IN (1,2,3)
  AND VM.DT_INCLUSAO_2 >= '01/01/2010'
  AND VM.DT_INCLUSAO_2 <= '31/12/2014'
) DEST,

```

#NOME?

```

WHERE 1=1

```

```

  AND ORIG.CPF_SIB      = DEST.CPF_SIB
  AND ORIG.DT_INCLUSAO_2 <= DEST.DT_INCLUSAO_2
  AND ORIG.PRECO        > DEST.PRECO

```

```

-- GROUP BY      TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2),'yyyy')

```

```

*/

```

Distribuição por município de residência:

```

SELECT

```

```

  DISTINCT
  ORIG.SG_UF      SG_UF_ORIG,
  ORIG.NM_MUNICIPIO  MUNICIPIO_ORIG,

```

```

  DEST.SG_UF      SG_UF_DEST,
  DEST.NM_MUNICIPIO  MUNICIPIO_DEST,

```

```

  COUNT (DISTINCT(CASE WHEN TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2),'yyyy') = 2014 THEN
(ORIG.CCO_SIB) END)) AS "2013_orig",

```

```

  COUNT (DISTINCT(CASE WHEN TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2),'yyyy') = 2014 THEN
(DEST.CCO_SIB) END)) AS "2013_dest"

```

```

/*

```

```

  COUNT(CASE WHEN TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2),'yyyy') = 2011 THEN
(ORIG.CCO_SIB) END) AS "2011_orig",

```

```

COUNT(CASE WHEN TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2),'yyyy') = 2011 THEN
(DEST.CCO_SIB) END) AS "2011_dest",

```

```

COUNT(CASE WHEN TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2),'yyyy') = 2012 THEN
(ORIG.CCO_SIB) END) AS "2012_orig",

```

```

COUNT(CASE WHEN TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2),'yyyy') = 2012 THEN
(DEST.CCO_SIB) END) AS "2012_dest",

```

```

COUNT(CASE WHEN TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2),'yyyy') = 2013 THEN
(ORIG.CCO_SIB) END) AS "2013_orig",

```

```

COUNT(CASE WHEN TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2),'yyyy') = 2013 THEN
(DEST.CCO_SIB) END) AS "2013_dest",

```

```

COUNT(CASE WHEN TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2),'yyyy') = 2014 THEN
(ORIG.CCO_SIB) END) AS "2014_orig",

```

```

COUNT(CASE WHEN TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2),'yyyy') = 2014 THEN
(DEST.CCO_SIB) END) AS "2014_dest"*/

```

```

FROM

```

```

#NOME?

```

```

(SELECT NM_MUNICIPIO,VM.SG_UF,DT_INCLUSAO_2,CPF_SIB,CCO_SIB
FROM ANS_DW.SIB_BENEFICIARIO_PLANOS_P VM,
(Vw INFORMACÃO DE PLANOS) PL,
(VW INFORMACÃO DE OPERADORAS) OP

```

```

WHERE 1=1
AND VM.CD_OPERADORA = PL.CD_OPERADORA
AND VM.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
AND PL.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
AND VM.CD_PLANO = NVL(PL.NR_PLANO,PL.CD_PLANO_OPERADORA)
--AND VM.ID_MOTIVO_MOVM_INCLUSAO <> (código) -- INCLUSÃO POR SIB TAB
AND VM.CD_HIERARQUICO IN (1,2,3)
AND ( TO_DATE(VM.DT_INCLUSAO_2)>= '01/01/2014' and TO_DATE(VM.DT_INCLUSAO_2) <=
'31/12/2014' )

```

```

) DEST,

```

```

#NOME?

```

```

(SELECT NM_MUNICIPIO,VM.SG_UF,DT_INCLUSAO_2,CPF_SIB,CCO_SIB
FROM ANS_DW.SIB_BENEFICIARIO_PLANOS_P VM,
(VW INFORMACÃO DE PLANOS) PL,
(VW INFORMACÃO DE OPERADORAS) 1 OP

```

```

WHERE VM.LG_BENEFICIARIO_ATIVO = 0 -- INATIVO

```

```

AND VM.CD_OPERADORA = PL.CD_OPERADORA
AND VM.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
AND PL.CD_OPERADORA = OP.CO_OPERADORA
AND VM.CD_PLANO = NVL(PL.NR_PLANO,PL.CD_PLANO_OPERADORA)
--ND VM.ID_MOTIVO_CANCELAMENTO <> (código)-- CANC. POR SIB TAB
AND VM.CD_HIERARQUICO IN (1,2,3)

) ORIG

WHERE 1=1

AND ORIG.CPF_SIB = DEST.CPF_SIB
AND TO_DATE(ORIG.DT_INCLUSAO_2) <= TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2)
AND ORIG.NM_MUNICIPIO <> DEST.NM_MUNICIPIO
and dest.DT_INCLUSAO_2 >= '01/01/2014' and dest.DT_INCLUSAO_2 < '31/12/2014'

--
GROUP BY

        ORIG.NM_MUNICIPIO,
        DEST.NM_MUNICIPIO,
        ORIG.SG_UF,
        DEST.SG_UF,
        TO_CHAR(TO_DATE(DEST.DT_INCLUSAO_2),'yyyy')

```

Distribuição por tempo de inclusão de dependente filho após mudança de plano:

```

SELECT
COUNT(CASE WHEN M.DT_INCLUSAO_2 - M.DT_NASCIMENTO <= 30 THEN M.CCO_SIB END)
AS QTD_30_DIAS,
COUNT(CASE WHEN M.DT_INCLUSAO_2 - M.DT_NASCIMENTO <= 31 AND
M.DT_INCLUSAO_2 - M.DT_NASCIMENTO < =180 THEN M.CCO_SIB END) AS
QTD_31_DIAS_6_MESES,
COUNT(CASE WHEN M.DT_INCLUSAO_2 - M.DT_NASCIMENTO <= 210 AND
M.DT_INCLUSAO_2 - M.DT_NASCIMENTO < =365 THEN M.CCO_SIB END) AS
QTD_6_MESES_12_MESES
--COUNT(CASE WHEN M.DT_INCLUSAO_2 - M.DT_NASCIMENTO <= 30 THEN M.CCO_SIB
END) AS QTD_30_DIAS

FROM QTD_MUDANCA M

WHERE

(MONTHS_BETWEEN(M.DT_INCLUSAO_2,M.DT_CONTRATAÇÃO_O)) BETWEEN 0 AND 6

```

```
--AND M.DT_INCLUSAO_2 - M.DT_NASCIMENTO <= 31 AND M.DT_INCLUSAO_2 -  
M.DT_NASCIMENTO <= 180  
--AND (M.DT_INCLUSAO_2 - M.DT_NASCIMENTO <= 30)  
--(MONTHS_BETWEEN(M.DT_INCLUSAO_2,M.DT_CONTRATACAO)) BETWEEN 19 AND 24  
--(MONTHS_BETWEEN(M.DT_INCLUSAO_2,M.DT_CONTRATACAO)) >= 25  
  
--SELECT * FROM QTD_MUDANCA M  
  
--30 DIAS  
-- ENTRE 31 DIAS E 6 MESES  
-- 7 À 12 MESES
```

ANEXO A – Histórico de versões do SIB



SIB/ANS

Sistema de Informações de Beneficiários
Histórico de Versões

Histórico de versões do aplicativo do SIB/ANS - formato XML

O Histórico de versões do SIB/ANS é o instrumento utilizado para registrar, orientar e comunicar as mudanças relacionadas ao aplicativo do SIB.

Foi realizada atualização do documento “Críticas de preenchimento dos campos” (versão 2.6), Flexibilização das críticas do SIB para os movimentos de retificação, mudança contratual e reativação.

O documento de críticas (versão 2.6) fornece subsídios para conhecimento e resolução durante os procedimentos de atualização da base de dados cadastrais de beneficiários das operadoras junto à base de dados do SIB/ANS e está atualizado com as críticas vigentes após a implantação das modificações realizadas no SIB XML para os procedimentos de inclusão, retificação, mudança contratual e reativação.

A flexibilização das críticas do SIB se refere a um conjunto de ajustes no Sistema de Informações de Beneficiários que tem como princípio otimizar as atualizações, pois, as operadoras poderão corrigir e atualizar os dados de seus beneficiários com mais facilidade e contribuir para uma base com melhor qualidade de informações.

As modificações envolveram remoções de críticas nos procedimentos de inclusão, retificação, mudança contratual e reativação relacionadas aos campos que passaram a ser opcionais; e ainda, para viabilizar as atualizações na base de dados do SIB/ANS, mesmo em registros com algumas pendências de informações.

Importante esclarecer que, a recepção de dados isolados sem rejeição da atualização de registros com pendências de informações não exime a operadora da obrigatoriedade de atualização de dados conforme determinado na RN 295/2012 e IN 50/2015. O anexo da IN nº 55/2014/DIDES fornece um mapeamento de todos os campos obrigatórios e opcionais do SIB para cada procedimento, após a implantação da flexibilização de críticas.

Identificação do campo	Nome do campo	Código do erro	Descrição do Erro
1	Nome do beneficiário	1	Nome de beneficiário é obrigatório.
2	Data de nascimento do beneficiário	1	Data de nascimento é obrigatória.
3	Código de sexo do beneficiário	1	Código de sexo do beneficiário é obrigatório.
4	Número no CPF do beneficiário	2	CPF é obrigatório para beneficiário titular (independentemente de idade).
4	Número no CPF do beneficiário	3	CPF é obrigatório para beneficiário dependente com idade igual ou superior a 18 anos.
4	Número no CPF do beneficiário	8	CPF ou Nome da Mãe ou CNS ou PIS/PASEP, um deles é obrigatório para dependente menor de idade.
5	Número no PIS/PASEP do beneficiário ou Número de Identificação do Trabalhador – NIT	2	CPF ou Nome da Mãe ou CNS ou PIS/PASEP, um deles é obrigatório para dependente menor de idade.
5	Número no PIS/PASEP do beneficiário ou Número de Identificação do Trabalhador – NIT	3	Nome da Mãe ou CNS ou PIS/PASEP, um deles é obrigatório para titular e dependente maior de idade.
6	Nome da mãe do beneficiário	2	CPF ou Nome da Mãe ou CNS ou PIS/PASEP devem ser preenchidos para dependente menor de idade.
6	Nome da mãe do beneficiário	3	Nome da Mãe ou CNS ou PIS/PASEP, um deles é obrigatório para titular e dependente maior de idade.
7	Número do Cartão Nacional de Saúde	2	CPF ou Nome da Mãe ou CNS ou PIS/PASEP, um deles é obrigatório para dependente menor de idade.

7	Número do Cartão Nacional de Saúde	3	Nome da Mãe ou CNS ou PIS/ PASEP, um deles é obrigatório para dependente menor de idade.
8	Código de Identificação do Beneficiário na operadora	1	Código de Identificação do Beneficiário é obrigatório.
9	Número do registro do plano na ANS (RPS)	3	Um dos planos (RPS ou SCPA) é obrigatório.
9	Número do registro do plano na ANS (RPS)	6	Número do Plano RPS e Data de Contratação diferentes dos existentes no cadastro caracterizam uma mudança contratual e não retificação.
10	Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)	3	Código do Plano SCPA e Data de Contratação diferentes dos existentes no Cadastro caracterizam uma mudança contratual e não retificação.
10	Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)	7	Um dos planos (RPS ou SCPA) é obrigatório.
11	Número do plano RPS de origem (PORTABILIDADE)	6	Não existem informações de portabilidade no cadastro para ser retificado.
12	Data de contratação	1	Data de contratação é obrigatória.
12	Data de contratação	13	Plano (RPS ou SCPA) e Data de Contratação diferentes do existente no Cadastro caracterizam uma mudança contratual e não retificação.

A flexibilização das críticas do SIB para os movimentos de retificação foi implementada de acordo com a IN nº 55/2014/DIDES. Os arquivos passam a ser processados com as modificações nos procedimentos de retificação a partir da competência julho/2015. Nova versão do XSD está disponível no espaço da operadora (aplicativos SIB).

As alterações realizadas para os procedimentos de retificação envolveram a remoção de críticas que exigiam o preenchimento completo dos dados dos beneficiários a cada atualização do registro e impediam a correção pontual de um determinado campo do registro. Dessa forma, com as modificações realizadas, é possível retificar somente um campo como o CNS, informando no XML somente o número identificador do registro (CCO) e o nº do CNS. Não será exigido o preenchimento de outros campos no XML, porém, caso a operadora preencha, serão aplicadas as críticas para a validação da lógica entre os campos para manutenção da consistência dos dados.

As seguintes críticas foram removidas e não são aplicadas desde a competência julho de 2015 para os procedimentos de retificação; ou seja, correção ou atualização de campos de dados cadastrais e beneficiários já existentes na base de dados do SIB/ANS:

Identificação do campo	Nome do campo	Código do erro	Descrição do Erro
13	Relação de Dependência	1	Código de relação de dependência é obrigatório.
14	Indicação de existência de Cobertura Parcial Temporária	1	Código de Cobertura Parcial Temporária (CPT) é obrigatório.
15	Indicação de itens de procedimentos excluídos da cobertura	1	Código de itens de procedimentos excluídos da cobertura (IPEC) é obrigatório.
16	Número no CNPJ da pessoa jurídica contratante do plano coletivo	2	CNPJ ou CEI da empresa contratante, um deles deve existir para plano coletivo.
17	Número no CEI do contratante do plano coletivo	2	CNPJ ou CEI da empresa contratante, um deles deve existir no cadastro para plano coletivo.
21	Indicação de endereço residencial ou profissional	1	Código de Indicação de endereço é obrigatório para residentes no Brasil.
22	Logradouro do beneficiário	1	Logradouro é obrigatório para beneficiários residentes no Brasil.
23	Número do logradouro	2	Número do Logradouro é obrigatório para beneficiários residentes no Brasil.
26	Código do município do logradouro indicado	1	Código de município é obrigatório para beneficiários residentes no Brasil.
27	CEP	1	CEP é obrigatório para beneficiários residentes no Brasil.
28	Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior	1	Código de Indicação de residência é obrigatório.
29	Código do município de residência do beneficiário, caso o endereço informado seja indicado como endereço profissional	1	Código de município de residência é obrigatório com o tipo de endereço profissional e residente no Brasil.
31	Data de cancelamento	6	Data de cancelamento é obrigatória para retificação de beneficiário inativo.
31	Data de cancelamento	13	Data de Cancelamento é obrigatória para retificação de beneficiário reativado.
32	Código do motivo do cancelamento	1	Código de motivo de cancelamento é obrigatório.

32	Código do motivo do cancelamento	6	Código de Motivo de Cancelamento é obrigatório para retificação de beneficiário inativo.
32	Código do Motivo Cancelamento	8	Código de motivo de cancelamento é obrigatório para retificação de beneficiário reativado.

As seguintes críticas foram criadas para viabilizar a retificação de campos de dados isolados:

Identificação do campo	Nome do campo	Código do erro	Descrição do Erro
9	Número do registro do plano na ANS (RPS)	12	Já existe registro ativo com o mesmo CPF e plano na operadora.
9	Número do registro do plano na ANS (RPS)	13	Já existe registro ativo com o mesmo CPF, plano e empresa contratante na operadora.
9	Número do registro do plano na ANS (RPS)	14	Número do plano de origem (PORTABILIDADE) e Número do Plano RPS não podem ser iguais.
9	Número do registro do plano na ANS (RPS)	15	CNPJ ou CEI da empresa contratante não deve existir para plano individual ou familiar.
9	Número do registro do plano na ANS (RPS)	16	Código de motivo de cancelamento para 'Desligamento da Empresa' somente deve existir no cadastro para planos do tipo Coletivo.
10	Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)	11	Já existe registro ativo com o mesmo CPF e plano na operadora.
10	Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)	12	Já existe registro ativo com o mesmo CPF, plano e empresa contratante na operadora.
10	Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)	13	Número do plano de origem (PORTABILIDADE) e código do plano SCPA não podem ser informados simultaneamente.
10	Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)	14	Data de Contratação não pode ser posterior a 01/01/1999, pois o beneficiário é titular e o plano existente é SCPA e "Individual ou Familiar".
10	Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)	15	CNPJ ou CEI da empresa contratante não deve existir para plano individual ou familiar.

10	Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)	16	Código de motivo de cancelamento para 'Desligamento da Empresa' somente deve existir no cadastro para planos do tipo Coletivo.
12	Data de contratação	18	Data de nascimento deve ser anterior ou igual à primeira data da contratação do plano.
12	Data de contratação	19	Data de Reativação deve ser posterior ou igual a maior data informada ou existente no cadastro: Data de Cancelamento (se registro ativo) ou Data Histórico (se registro estiver inativo) ou Data de Contratação.
12	Data de contratação	20	Data de cancelamento deve ser posterior ou igual a maior data informada ou existente no cadastro: Data Histórico ou Data de Reativação (registro estiver inativo) ou Data de Contratação.
13	Relação de Dependência	3	Data de Contratação não pode ser posterior a 01/01/1999, pois o beneficiário é titular e o plano existente é SCPA e "Individual ou Familiar".
13	Relação de Dependência	4	Código de identificação de beneficiário titular não deve existir no cadastro para beneficiário titular.
16	Número no CNPJ da pessoa jurídica contratante do plano coletivo	5	Já existe registro ativo com o mesmo CPF, plano e empresa contratante na operadora.

17	Número no CEI do contratante do plano coletivo	5	Já existe registro ativo com o mesmo CPF, plano e empresa contratante na operadora.
20	Data de reativação	11	Data de cancelamento deve ser posterior ou igual a maior data informada ou existente no cadastro: Data Histórico ou Data de Reativação (registro estiver inativo) ou Data de Contratação.
20	Data de reativação	12	Data de Cancelamento deve ser anterior ou igual a menor data informada ou existente no cadastro: Data de Reativação (se registro estiver inativo) ou Data do último cancelamento.
20	Data de reativação	13	Data de Contratação deve ser anterior ou igual a menor data existente no cadastro: Data Histórico ou Data Cancelamento ou Data Reativação ou Data de Inclusão. Se não tiver havido mudança contratual.
20	Data de reativação	14	Data de Contratação deve ser anterior ou igual a menor data existente no cadastro: Data Histórico ou Data Cancelamento ou Data Reativação ou Data da última mudança contratual (Se tiver havido mudança contratual).
21	Indicação de endereço residencial ou profissional	4	Código de município de residência não deve existir no cadastro para beneficiários com endereço residencial.
28	Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior	3	Código de Indicação de endereço não deve existir para beneficiários residentes no exterior.
28	Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior	4	Logradouro não deve existir para beneficiários residentes no exterior.
28	Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior	5	Número do Logradouro não deve existir no cadastro para beneficiários residentes no exterior.
28	Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior	6	Complemento Logradouro não deve existir no cadastro para beneficiários residentes no exterior.
28	Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior	7	Bairro não deve existir no cadastro para beneficiários residentes no exterior.
28	Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior	8	Código de município não deve existir no cadastro para beneficiários residentes no exterior.

28	Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior	9	CEP não deve existir no cadastro para beneficiários residentes no exterior.
28	Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior	10	Código de município de residência não deve existir no cadastro para beneficiários com residência no exterior.
30	CCO - Código de Controle Operacional	12	Nenhum campo de retificação foi informado para o CCO
31	Data de cancelamento	14	Data de Reativação deve ser posterior ou igual a maior data informada ou existente no cadastro: Data de Cancelamento (se registro ativo) ou Data Histórico (se registro estiver inativo) ou Data de Contratação.
31	Data de cancelamento	15	Data de Reativação deve ser anterior ou igual a menor data informada ou existente no cadastro: Data de Cancelamento (se registro inativo) ou Data da última Reativação.
31	Data de cancelamento	16	Data de Contratação deve ser anterior ou igual a menor data existente no cadastro: Data Histórico ou Data Cancelamento ou Data Reativação ou Data de Inclusão. Se não tiver havido mudança contratual.
31	Data de cancelamento	17	Data de Contratação deve ser anterior ou igual a menor data existente no cadastro: Data Histórico ou Data Cancelamento ou Data Reativação ou Data de Inclusão. Se tiver havido mudança contratual.

A flexibilização das críticas do SIB para os movimentos de inclusão foi implementada com a publicação da IN nº 55/2014/DIDES, tornando os seguintes campos de endereço opcionais:

Código 21 - “indicação de endereço residencial ou profissional”.

Código 22 - “Logradouro do beneficiário”.

Código 33 - “número do logradouro”.

Código 27 - “CEP”

Código 28 - “Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior”

Código 29 - “código do município de residência do beneficiário, caso o endereço informado seja indicado como endereço profissional”.

Os campos opcionais preenchidos permanecem submetidos às regras de validação do SIB.XML.

Atualização do documento “Críticas de preenchimento dos campos” (versão 2.5), Flexibilização das críticas do SIB para os movimentos de inclusão e ajuste de críticas relacionadas ao campo da portabilidade de carência.

A partir de **14 de Janeiro de 2015** o documento: Críticas de Preenchimentos dos Campos Cadastrais de Beneficiários do SIB.XML foi atualizado para versão 2.5 para informar as modificações implementadas no SIB.XML:

Neste documento foram cancelados os códigos de erros relacionados a seguir:

- 09 09 - Número do Plano RPS não pode ser do tipo Coletivo Empresarial pois existe Número do Plano de Origem (portabilidade) no cadastro.
- 09 10 - Número do Plano RPS só pode ser Coletivo por Adesão se a data de contratação for igual ou posterior a 28/07/2011, pois existe Número do Plano de Origem (portabilidade) no cadastro.
- 11 07 - Existe Número do Plano de Origem (Portabilidade) no cadastro e não é possível realizar portabilidade para planos do tipo Coletivo Empresarial.
- 11 08 - Número do Plano de Origem (Portabilidade) só pode ser do tipo Coletivo por Adesão para beneficiário com data de contratação maior ou igual a 28/07/2011
- 1401 - Código de cobertura parcial temporária (CPT) é obrigatório.
- 1501 - Código de itens de procedimentos excluídos da cobertura (IPEC) é obrigatório
- 2801 - código de indicação de residência é obrigatório
- 2901 - Código de município de residência é obrigatório com o tipo de endereço profissional e residente no Brasil.

Atualização do documento “Críticas de preenchimento dos campos” (versão 2.4), Emissão do Arquivo de Conferência – CNX carregados pela DIDES e respectivas regras de carregamento e disponibilização dos Algoritmos de cálculo utilizados pelo sistema de carga do SIB. XML

Atualização do documento “Críticas de preenchimento dos campos” (versão 2.4)

A partir de **06 de setembro de 2012** o documento: Críticas de Preenchimentos dos Campos Cadastrais de Beneficiários do SIB.XML foi atualizado para versão 2.4. Assim como contam nas mensagens de erro já existentes, as novas mensagens de erros contêm as respectivas descrições e suas correspondentes de ações de correção.

Neste documento foi cancelado o código de erro:

- 10 02 - Código do Plano SCPA não pode ser o mesmo existente no cadastro em mudança contratual.

Neste documento foram incluídos os códigos de erros relacionados a seguir:

- 0103 - Nome identificado na base da Receita Federal não pode ser retificado.
- 0206 - Data de Nascimento identificada na base da Receita Federal não pode ser retificada.
- 04 06 - CPF identificado na base da Receita Federal não pode ser retificado.
- 07 05 - CNS cadastrado pelo Ministério da Saúde não pode ser retificado.
- 09 11 - Não é possível retificar o número do plano (RPS) de beneficiários incluídos por transferência de carteira, a não ser que tenha ocorrido mudança contratual após a transferência.
- 10 09 - Não é possível retificar o código do plano na operadora (SCPA) de beneficiários incluídos por transferência de carteira, a não ser que tenha ocorrido mudança contratual após a transferência.

- 10 10 - Plano SCPA igual plano atual com data anterior ou igual em mudança contratual.
 12 17 - Não é possível retificar a Data de Contratação de beneficiários incluídos por transferência de carteira, a não ser que tenha ocorrido mudança contratual após a transferência.
 32 10 - Código de motivo de cancelamento informado não permite retificação.

Neste documento foi alterada o código de erro para não ser aplicado ao procedimento de Mudança Contratual:

- 12 07 - Data de Contratação não pode ser posterior a 01/01/1999, pois o beneficiário é titular e o plano existente é SCPA e “Individual ou Familiar”.

Emissão de Arquivos de Conferência contendo campo CNS carregados pela DIDES

A partir de **06 de setembro de 2012** os Arquivos de Conferência - CNX solicitados pelas operadoras serão disponibilizados contendo o campo Cartão Nacional de Saúde preenchido pela DIDES, desde que o mesmo não esteja preenchido ou esteja preenchido indevidamente na base de dados da operadora junto a ANS.

A DIDES ficará responsável por essa alteração dos dados de beneficiários constantes no SIB/ANS, exclusivamente no campo destinado ao número do Cartão nacional de Saúde – CNS, mediante o recebimento de informações da base de dados fornecida pelo Ministério da Saúde, conforme determina a RN nº 303, de 31 de agosto de 2012.

Algoritmos utilizados pelo sistema de carga do SIB. XML

A partir de **10 de setembro de 2012**, encontra-se disponibilizado no endereço <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/198-manual-de-instalacao-historico-de-versao-e-outrosarquivos-sib>, o documento “ANS_Algoritmos SIB XML 1.0.PDF” contendo os algoritmos do carga sistema SIB.XML: CPF, CEI, CNPJ, CNS, DN, NOME, e PIS/PASEP, com a finalidade de tornar compatíveis os procedimentos de atualização cadastral entre as operadoras e a ANS.

Atualização do procedimento de Mudança Contratual, permitindo informar a adaptação de planos anteriores à Lei 9.656/98

A partir de **06 de junho de 2012**, o procedimento de adaptação de planos anterior à Lei às condições de planos regulamentados pela Lei nº 9.656/98, podem ser realizado pelo sistema SIB/ANS, sem alteração do código do plano. Para esses casos, as operadoras devem enviar o código do plano (SCPA) atual e a nova data de contratação que caracteriza a adaptação do plano, além de outras informações já exigidas pelos normativos vigentes.

Obrigatoriedade de envio dos campos “Cartão Nacional de Saúde – CNS” e “Número da Declaração de Nascido Vivo - DN” foi alterada pela RN nº 295/2012, de 09 de maio de 2012

A partir de **06 de junho de 2013**, os dados cadastrais de beneficiários referentes ao campo “Cartão Nacional de Saúde – CNS” deverão ser informados obrigatoriamente pelas operadoras.

Os dados cadastrais de beneficiários referentes ao campo “Número da Declaração de Nascido Vivo - DN”, para nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010, passam a ser informação de preenchimento opcional, ou seja, torna-se dispensado seu preenchimento. Entretanto, se esse campo for preenchido, sofrerá as críticas do sistema SIB/ANS.

A partir de 01 de abril de 2012 - Instalação do Procedimento de Transferência Automática de Beneficiário e a inibição do motivo de cancelamento de registro de beneficiário 45 – Transferência de carteira

O Procedimento de Transferência de Beneficiários trata de forma automática as transferências de carteiras autorizadas pela Diretoria Colegiada no cadastro de beneficiários das operadoras na ANS. O procedimento realizará o cancelamento dos beneficiários vinculados aos planos de saúde envolvidos, conforme disposto no art. 22 da RN 250/2011, na operadora cedente e sua respectiva inclusão na operadora adquirente.

Portanto, motivo de cancelamento de registro de beneficiário 45 – Transferência de carteira fica inibido, não sendo permitido às operadoras cancelarem registros de beneficiários por tal motivo.

Em 09 de janeiro de 2012 – Reativação do serviço SIB-WEB para Solicitação de Arquivo de Conferência, a partir da competência janeiro de 2012

O serviço SIB-WEB para as operadoras solicitarem Arquivos de Conferência estará disponível a partir da competência de janeiro de 2012, no endereço: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-daoperadora/198-manual-de-instalacao-historico-de-versao-e-outros-arquivos-sib>, conforme determina o art.30 da IN nº 46, de 25 de março de 2011, da Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES).

A geração do arquivo CNX ocorrerá em até 20 (vinte) dias a partir da solicitação da operadora, limitando-se a uma solicitação por competência mensal.

A geração do arquivo CNX para todas as operadoras com situação ativa, tal qual ocorre atualmente, não mais será realizada a partir da competência janeiro de 2012. Dessa forma, para obter um arquivo de conferência, a operadora deve solicitá-lo no endereço eletrônico anteriormente mencionado.

Em 07 de novembro de 2011 - Atualização do documento “Críticas de preenchimento dos campos” (versão 2.2) e obrigatoriedade de preenchimento do campo Número da Declaração de Nascido Vivo

O preenchimento do campo Número da Declaração de Nascido Vivo para beneficiários nascidos em 01 de janeiro de 2010 em diante somente se tornará obrigatório a partir de 06 de junho de 2012.

Enquanto o serviço SIB-WEB para solicitar Arquivo de Conferência estiver indisponível no endereço <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-daoperadora/198-manual-de-instalacao-historico-de-versao-e-outros-arquivos-sib>, a ANS gerará e disponibilizará mensalmente para todas as operadoras ativas os respectivos Arquivos de Conferência - CNX, por meio do aplicativo PTA.

Foi atualizado em 20 de outubro de 2011 o documento:

Críticas de Preenchimentos dos campos Cadastrais de Beneficiários do SIB.XML para versão 2.2.

Neste documento foram cancelados os códigos de erros relacionados a seguir:

- CPF - Já existe registro ativo como mesmo CPF e plano na operadora.
- CPF - CPF está identificado na base da Receita Federal com o mesmo nome de beneficiário não pode ser retificado.

Neste documento foram incluídos os códigos de erros relacionados a seguir:

- 49 – CPF - Já existe registro ativo com o mesmo CPF e plano na operadora.
- 410 – CPF - Já existe registro ativo com o mesmo CPF, plano e empresa contratante na operadora.

Neste documento foram acrescentados na Introdução os itens relacionados a seguir:

- Os procedimentos previstos que orientam a atualização dos dados cadastrais de beneficiário pela operadora são: Inclusão, Retificação, Mudança Contratual, Cancelamento e Reativação.
- Para os procedimentos de Mudança Contratual e Reativação se efetivarem, os respectivos registros de dados dos beneficiários devem estar com todos os campos obrigatórios devidamente preenchidos no cadastro de beneficiários da operadora junto a ANS.

- O sistema SIB.XML utiliza três datas de controle interno para validar a atualização cadastral do beneficiário:

Data de Histórico: refere-se à data em que um procedimento de Retificação, de Mudança Contratual, de Cancelamento ou de Reativação promoveu uma transferência de dados do beneficiário e foi incluída na Tabela de Histórico do SIB.XML.

- Data de Primeira Contratação: refere-se à data em que o beneficiário contratou um plano em uma operadora pela primeira vez. Esta data é igual à Data de Contratação do Plano, sendo fixada no registro do beneficiário, independente de ocorrer posteriormente um procedimento de Retificação, de Mudança Contratual, de Cancelamento ou de Reativação.
- Data de Inclusão: refere-se à data em que o registro do beneficiário foi armazenado no cadastro de beneficiários da operadora junto a ANS.
- Em 21 de setembro de 2011 - Ajustes na Versão 1.1.0 (06/06/2011)

- A partir do dia 21 de setembro de 2011, foi corrigido, na versão 1.1.0 do XML, o SimpleType relacionado ao campo CEI, passando o tamanho do campo de 14 (quatorze) posições para 12 (doze) posições.
- Foi permitido o uso do apóstrofo na crítica dos campos NOME DO BENEFICIÁRIO e NOME DA MÃE no programa.
- Foi também alterada a crítica de validação do CNS, validando os números provisório e definitivo do CNS.

Em 20 de agosto de 2011 - Atualização do documento “Críticas de preenchimento dos campos” (versão 2.1)

A partir da competência agosto de 2011, o documento “Críticas de preenchimento dos campos” foi atualizado em função da publicação da Resolução Normativa nº 252, de 29 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências e de ajustes nos procedimentos de preenchimento dos campos de dados cadastrais de beneficiários e nas mensagens de erro, conforme relacionado a seguir:

Novas críticas:

- 5 2 - PIS/PASEP - CPF ou Nome da Mãe ou CNS ou PIS/PASEP, um deles é obrigatório para dependente menor de idade.
- 5 3 - PIS/PASEP - Nome da Mãe ou CNS ou PIS/PASEP, um deles é obrigatório para titular e dependente maior de idade.
- 9 9 - Número do Plano (RPS) - Número do Plano RPS não pode ser do tipo Coletivo Empresarial, pois existe Número do Plano de Origem (portabilidade) no cadastro.
- 9 10 - Número do Plano (RPS) - Número do Plano RPS só pode ser Coletivo por Adesão se a data de contratação for igual ou posterior a 28/07/2011, pois existe Número do Plano de Origem (portabilidade) no cadastro.
- 11 7 - Número do Plano RPS de origem (PORTABILIDADE) - Existe Número do Plano de Origem (Portabilidade) no cadastro e não é possível realizar portabilidade para planos do tipo Coletivo Empresarial.
- 11 8 - Número do Plano RPS de origem (PORTABILIDADE) - Número do Plano de Origem (Portabilidade) só pode ser do tipo Coletivo por Adesão para beneficiário com data de contratação maior ou igual a 28/07/2011.
- 12 5 - Data Contratação - Data de contratação deve ser anterior ou igual ao último dia do mês da competência de referência.
- 20 2 - Data de Reativação - Data de reativação deve ser anterior ou igual ao último dia do mês da competência de referência.
- 313 - Data Cancelamento - Data de cancelamento deve ser anterior ou igual ao último dia do mês da competência de referência.

Críticas alteradas:

- 1 2 - Nome - Nome de beneficiário inválido.
- 16 2 - CNPJ Empresa Contratante - CNPJ ou CEI da empresa contratante, um deles deve existir para plano coletivo.
- 17 2 - CEI Empresa Contratante - CNPJ ou CEI da empresa contratante, um deles deve existir no cadastro para plano coletivo.

321 - Código do Motivo Cancelamento - Código de motivo de cancelamento é obrigatório.

41 3 - DN (Declaração de Nascido Vivo) - DN não deve existir no cadastro para beneficiários com data de nascimento anterior a 01/01/2007.

Críticas excluídas:

9 4 - Número do Plano (RPS) - Número plano RPS deve ser do tipo Individual ou Familiar caso exista no cadastro o Número do Plano de Origem (Portabilidade).

11 4 - Número do plano RPS de origem (PORTABILIDADE) - Número do plano de origem (PORTABILIDADE) deve ser do tipo “Individual ou Familiar”.

115 - Número do plano RPS de origem (PORTABILIDADE) - Existe Número do plano de origem (PORTABILIDADE) no cadastro e por ser do tipo individual ou familiar não pode ser informado com CNPJ ou CEI da empresa contratante.

124 - Data Contratação - Data de contratação do plano deve ser posterior ou igual à data de nascimento. 12 6 - Data Contratação - Data de Contratação deve ser posterior ou igual a 01/01/1999, pois o plano informado é RPS.

Em 06 de junho de 2011 – Implantação do SIB.XML, versão 1.1.0 (06/06/2011)

A partir do dia 6 de junho de 2011, as operadoras devem enviar os arquivos de atualização cadastral somente no formato XML, conforme disposto nos seguintes normativos e documentos:

Resolução Normativa nº 250, de 25 de março de 2011, disponível em http://www.ans.gov.br/modules/mod_legislacao/pdf/pdf_atualizado.php?id=1673

Instrução Normativa DIDES nº 46, de 25 de março de 2011, disponível em http://www.ans.gov.br/modules/mod_legislacao/pdf/pdf_atualizado.php?id=1675

Instruções de preenchimento do SIB/ANS no formato XML, **disponível em**

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Aplicativos_ANS/SIB/instrucoes_para_preenchimento_do_sib_no_formato_xml.pdf

Críticas de preenchimentos dos campos, disponível em http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Aplicativos_ANS/SIB/SIB_mensagens_Erro_Criticas_Campo_SIBXML_versao_1_0.pdf

ANEXO B – Instruções de preenchimento do SIB

Instruções e Funcionalidades para geração e transmissão do SIB XML – Versão 1.1.1

Estas instruções são válidas somente para arquivos XML gerados para atender o disposto na Resolução Normativa nº 295, de 09 de maio de 2012, e na Instrução Normativa nº 50/DIDES, de 25 de setembro de 2012.

Introdução

A atualização cadastral de beneficiários das operadoras de planos privados de assistência à saúde na ANS será realizada por meio de arquivos de dados gerados no formato XML (Extensible Markup Language) que contêm novas funcionalidades para realizar procedimentos de atualização cadastral.

O novo formato do SIB foi instituído por meio da Resolução Normativa nº 250 de 25 de março de 2011 e Instrução Normativa nº 46 de 25 de março de 2011 que define e especifica os procedimentos de atualização cadastral e de avaliação do processo de atualização pelas operadoras, bem como a data de entrada em vigor do novo sistema, a partir da qual as operadoras obrigatoriamente deverão fornecer informações de beneficiários por meio de arquivos de atualização cadastral gerados somente no formato XML.

Objetivo

Orientar as operadoras na execução dos procedimentos de geração e transmissão dos arquivos SIB/ANS, no formato XML, relacionados à atualização do Cadastro de Beneficiários da operadora na ANS.

Definição dos procedimentos de atualização cadastral

Os seguintes procedimentos compõem o arquivo de atualização de dados cadastrais de beneficiários:

- a) inclusão de beneficiário (inclusão): refere-se ao envio e inserção pela operadora de registro de beneficiário que não existia no Cadastro da Operadora na ANS;
- b) retificação dos dados cadastrais de beneficiário (retificação): refere-se à correção, atualização ou complementação de dados cadastrais de beneficiário no Cadastro da Operadora na ANS, motivada por erro de informação, mudança de endereço ou outra alteração de seus dados cadastrais;
- c) mudança contratual: refere-se a alterações de dados do contrato do beneficiário no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS, motivada por: migração de plano (mudança de plano anterior à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para plano posterior à Lei nº 9.656/98); adaptação de plano (adaptação de plano anterior à Lei nº 9.656/98

às regras de plano posterior à Lei nº 9.656/98); mudança de plano (mudança de um plano posterior à Lei nº 9.656/98 para outro plano posterior à Lei nº 9.656/98); e portabilidade de carência entre planos da mesma operadora, na forma estabelecida pela Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009;

- d) cancelamento de beneficiário (cancelamento): refere-se à mudança da situação do beneficiário de ativo para inativo no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS;
- e) reativação de beneficiário (reativação): refere-se à mudança da situação do beneficiário de inativo para ativo no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS.

Regras de identificação do registro de beneficiários

1. Os dados de Identificação Pessoal, de Identificação de Endereço e de Identificação Contratuais compõem o registro de dados de beneficiário, da seguinte forma:

1.1 Dados de Identificação Pessoal – <Código de Controle Operacional (CCO)>,
 <Código de identificação do beneficiário na operadora>,
 <Nome do beneficiário>,
 <Data de nascimento do beneficiário>,
 <Código de sexo do beneficiário>,
 <CPF do beneficiário>,
 <PIS/PASEP do beneficiário>,
 <Nome da mãe do beneficiário>,
 <CNS - Cartão Nacional de Saúde do beneficiário>,
 <Código de identificação do beneficiário titular na operadora para beneficiários informados como dependentes>,
 <DN - Declaração de Nascido Vivo>.

1.2 Dados de Identificação de Endereço -
 <Indicação de endereço residencial ou profissional>,
 <Logradouro do beneficiário>,
 <Número do logradouro>,
 <Complemento do logradouro>,
 <Bairro>,
 <Código do município do logradouro indicado>,
 <CEP>,
 <Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior>, <Código do município de residência do beneficiário, caso o endereço informado seja indicado como endereço profissional>.

1.3 Dados de Identificação Contratual -
 <Número de registro do plano na ANS (RPS)>,
 <Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)>,
 <Número do registro do plano origem RPS (nos casos de portabilidade)>,

<Data de contratação do plano>,
 <Data de cancelamento do plano>,
 <Código do motivo do cancelamento do plano>,
 <Data de reativação do plano>,
 <Indicação de existência de Cobertura Parcial Temporária>,
 <Indicação da existência de itens de procedimentos excluídos da cobertura>,
 <CNPJ da pessoa jurídica contratante do plano coletivo>,
 <CEI do contratante do plano coletivo>, <Relação de Dependência>.

1.4 Em todos os casos, o CPF informado deverá ser o do próprio beneficiário, independente da sua idade, nacionalidade ou quaisquer outros fatores.

1.5 O campo de dados <Relação de Dependência> se refere a uma das seguintes situações:

- “1” – Beneficiário titular (maior ou menor de 18 anos);
- “3” – Cônjuge/Companheiro;
- “4” – Filho/Filha;
- “6” – Enteado/Enteada;
- “8” – Pai/Mãe;
- “10” – Agregados/Outros

2. A identificação pessoal de um beneficiário será considerada correta quando tender às seguintes regras:

2.1 para titulares menores ou maiores de 18 anos -

a) são de preenchimento obrigatório:

<CCO - Código de Controle Operacional (nos casos de inclusão)>,
 <Código de identificação do beneficiário na operadora>,
 <Nome do beneficiário>,
 <Data de nascimento do beneficiário>,
 <Código de sexo do beneficiário>,
 <Número do CPF do beneficiário>,
 <Número do CNS - Cartão Nacional de Saúde do beneficiário (obrigatório a partir de 30/06/2015)>,

b) são de preenchimento restritivo, ou seja, deverá ser preenchido pelo menos um deles, caso contrário ocorrerá rejeição do registro do beneficiário:

<PIS/PASEP do beneficiário>,
 <Nome da mãe do beneficiário>

c) é de preenchimento opcional, ou seja, se preenchido o campo será criticado na forma das normas vigentes, <Número do DN - Declaração de Nascido Vivo para os beneficiários nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010>.

d) não deverá ser preenchido:

<Código de identificação de beneficiário titular na operadora para beneficiários informados como dependentes>.

2.2 para dependentes maiores de 18 anos

a) são de preenchimento obrigatório:

<CCO - Código de Controle Operacional (nos casos de inclusão)>,
 <Código de identificação do beneficiário na operadora>,
 <Nome do beneficiário>,
 <Data de nascimento do beneficiário>,
 <Código de sexo do beneficiário>,
 <Número do CPF do beneficiário>,
 <Código de identificação do beneficiário titular na operadora para beneficiários informados como dependentes>,
 <Número do CNS> - Cartão Nacional de Saúde do beneficiário (obrigatório a partir de 30/06/2015).

b) são de preenchimento restritivo, ou seja, deverá ser preenchido pelo menos um deles, caso contrário ocorrerá rejeição do registro do beneficiário: <PIS/PASEP do beneficiário>,
 <Nome da mãe do beneficiário>.

2.3 para dependentes menores de 18 anos

a) são de preenchimento obrigatório:

<CCO - Código de Controle Operacional (nos casos de inclusão)>,
 <Código de identificação do beneficiário na operadora>,
 <Nome do beneficiário>,
 <Data de nascimento do beneficiário>,
 <Código de sexo do beneficiário>,
 <Código de identificação do beneficiário titular na operadora para beneficiários informados como dependentes>,
 <Número do CNS - Cartão Nacional de Saúde do beneficiário (obrigatório a partir de 30/06/2015)>,

b) são de preenchimento restritivo, ou seja, deverá ser preenchido pelo menos um deles, caso contrário ocorrerá rejeição do registro do beneficiário:
 <Número do CPF do beneficiário>,
 <Número do PIS/PASEP do beneficiário>, <Nome da mãe do beneficiário>.

c) é de preenchimento opcional, ou seja, se preenchido o campo será criticado na forma das normas vigentes, <Número do DN - Declaração de Nascido Vivo para os beneficiários nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010>.

2.4 As operadoras deverão informar o código de identificação do beneficiário titular para todos os dependentes, maiores ou menores de dezoito anos.

2.5 O campo de dados <Código de Controle Operacional (CCO)> não deverá ser preenchido nos procedimentos de inclusão de beneficiários.

3. A identificação de endereço de um beneficiário será considerada correta quando atender às seguintes regras:

3.1 preenchimento correto do campo obrigatório:

<Código de município do logradouro indicado>,

3.2 preenchimento correto dos seguintes campos opcionais:

<Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior>.

<Indicação de endereço residencial ou profissional>,

<Logradouro do beneficiário>,

<Número do logradouro>,

<Complemento do logradouro>,

<bairro>,

<CEP>,

<Indicação se a residência do beneficiário é no Brasil ou no exterior>, <Código de município de residência do beneficiário, caso o endereço informado seja indicado como endereço profissional>.

3.3 O preenchimento do campo relativo ao município de residência do beneficiário deverá ser informado em conformidade com o constante da tabela de códigos de municípios, elaborada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, sem o dígito verificador.

4. A identificação contratual de um beneficiário será considerada correta quando atender às seguintes regras:

4.1 Tipo de **contratação individual/familiar**:

<Número do registro do plano na ANS (RPS)> ou <Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)>, <Data de contratação do plano>,

<Data de cancelamento do plano>,

<Código do motivo do cancelamento do plano>,

<Data de reativação do plano>,

<Indicação de existência de Cobertura Parcial Temporária>,

<Indicação de existência de itens de procedimentos excluídos da cobertura>,

<Relação de Dependência> e, em caso de portabilidade de carência, <Número do registro do plano origem RPS>.

4.2 Tipo de contratação coletivo por adesão ou empresarial

<Número do registro do plano na ANS (RPS) ou <Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)>,

<Data de contratação do plano>,

<Data de cancelamento do plano>,

<Código do motivo do cancelamento do plano>,

<Data de reativação do plano>,

<Indicação de existência de Cobertura Parcial Temporária> (campo opcional),
<Indicação de existência de itens de procedimentos excluídos da cobertura> (campo opcional),
<Relação de Dependência>,
<CNPJ da pessoa jurídica contratante do plano coletivo> ou <CEI do contratante do plano coletivo>.

4.3 As operadoras deverão fornecer para a ANS a informação <Número do registro do plano na ANS (RPS)> quando se tratar de plano posterior à Lei 9.656/98, devidamente registrado na ANS, ou informar <Código do cadastro do plano na ANS (SCPA)> quando se tratar de plano anterior à Lei 9.656/98, devidamente cadastrado na ANS.

4.4 Quando da inclusão do beneficiário que fizer uso da portabilidade de carências, a operadora que incluir o beneficiário por esse motivo deverá enviar a informação do número do registro do plano anterior do beneficiário no campo de dados correspondente <Número do código do plano origem RPS (portabilidade)>, na forma estabelecida pela Resolução Normativa nº 186, de 14 de janeiro de 2009.

4.5 O campo <Data de contratação do plano> deverá ser preenchido nos procedimentos de inclusão, retificação ou mudança contratual, obedecendo aos seguintes critérios:

- a) No procedimento de inclusão, o campo <Data de contratação do plano> refere-se à data de adesão ao plano da operadora ou à data de realização da portabilidade de carência entre planos de operadoras distintas pelo beneficiário;
- b) No procedimento de retificação, o campo <Data de contratação do plano> refere-se à complementação ou correção de dados no Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS;
- c) No procedimento de mudança contratual, o campo <Data de contratação do plano> refere-se à data em que o beneficiário realizou uma migração ou adaptação de plano ou mudança de plano ou portabilidade de carência entre planos da mesma operadora;
- d) O campo <Data de contratação do plano> não se aplica aos procedimentos de cancelamento ou de reativação.

4.6 As operadoras deverão enviar para a ANS a informação sobre o número de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ, ou, conforme o caso, no Cadastro Específico do INSS - CEI, dos contratantes de planos coletivos empresariais ou de planos coletivos por adesão.

4.7 A inclusão de registros de beneficiários com tipo de contratação individual/familiar para planos anteriores à Lei 9.656/98 somente ocorrerá nos casos em que se tratar de inclusão de registros de beneficiários dependentes de um beneficiário informado no SIB/ANS como beneficiário titular.

4.8 A inclusão de registros de beneficiários com tipo de contratação coletivo para planos anteriores à Lei 9.656/98 somente ocorrerá nos casos de titulares ou dependentes inseridos em planos cujo CNPJ ou CEI do contratante encontrar-se devidamente preenchido no SIB/ANS.

Procedimentos para atualizar o Cadastro de Beneficiários da Operadora na ANS

5. A obrigatoriedade do preenchimento de campos de dados para a realização de cada procedimento de atualização cadastral – inclusão, retificação, mudança Contratual, cancelamento ou reativação - está definida no Anexo da IN 50/2012 alterada pela IN nº 55/2014.

6. A atualização cadastral relacionada aos procedimentos de retificação, mudança contratual, cancelamento e reativação é realizada por sobreposição de conteúdo de cada campo de dados que compõe o registro de beneficiário.

7. Nos casos de modificação do Código de Identificação do Beneficiário pela operadora, deverá ser realizado o procedimento de retificação, quando a operadora informar o novo código atribuído ao beneficiário.

8. O campo de dados <Nome do Beneficiário> será retificado para que se complete um nome abreviado ou em função de mudança de nome decorrente de condições legais, sendo a mais comum aquela provocada por mudança do estado civil do beneficiário.

9. Quando não houver atualização de dados de beneficiários na competência, a operadora deverá obrigatoriamente informar essa situação, por meio de envio do arquivo de atualização apropriado, informando a inexistência de beneficiários em sua carteira ou a inexistência de movimentação cadastral na competência, utilizando as mensagens correspondentes: “NAO EXISTEM BENEFICIARIOS CADASTRADOS” ou “NAO HOUVE ATUALIZACAO DE DADOS BENEFICIARIOS NA COMPETENCIA”.

Controle do Processamento do SIB/ANS

10. Os arquivos de atualização de dados serão processados à medida que forem sendo recepcionados pela ANS, cabendo à operadora, ao gerar seus arquivos, obedecer à sequência dos procedimentos de atualização: inclusão, retificação, mudança contratual, cancelamento e/ou reativação.

10.1 O formato padronizado e a identificação correspondente do arquivo de atualização deverão ser obrigatoriamente adotados por todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde, para fins de validação e transmissão do arquivo de dados para a ANS.

10.2 O arquivo de atualização de dados (SBX) deverá ser gerado com o tamanho de até 100.000 (cem mil) procedimentos. Quando exceder esse tamanho, a operadora deverá gerar outro arquivo obedecendo aos procedimentos definidos nesse documento.

10.3 Os arquivos SBX enviados para a ANS deverão ter identificação individualizada sob pena de serem rejeitados e considerados como não envio da informação de atualização cadastral de beneficiários.

11. O arquivo de atualização de dados de beneficiários será gerado, em formato XML, com a extensão “.SBX”, identificado: XXXXXXAAAAMMDDHHMMSS.SBX, no qual XXXXXX corresponderá às 6 (seis) posições do número de registro da operadora na ANS, AAAA ao ano, MM ao mês, DD ao dia, HH à hora, MM aos minutos e SS aos segundos relativos à data/horário da geração do arquivo.

12. Depois de processadas as informações de beneficiários, a ANS disponibilizará para as operadoras de planos privados de assistência à saúde, em até cinco dias, o Arquivo de Resultado do Processamento – RPX, por meio do Programa Transmissor de Arquivos – PTA.

13. Quando o arquivo SBX enviado para a ANS não obedecer à formatação definida no XSD, será gerado o Arquivo de Resultado do Processamento – RPX correspondente, informando a não conformidade com a formatação exigida, caracterizando, dessa forma, o não envio da informação por rejeição do arquivo.

14. O Arquivo de Resultado de Processamento será gerado pela ANS em formato XML com a extensão “.RPX” e disponibilizado para as operadoras com a identificação XXXXXXAAAAMMDDHHMMSS.RPX, onde XXXXXX corresponderá às 6 (seis) posições do número de registro da operadora na ANS, AAAA ao ano, MM ao mês, DD ao dia, HH à hora, MM aos minutos e SS aos segundos relativos à data/horário da geração do arquivo.

15. O arquivo RPX é composto por quatro partes:

a) a primeira parte, localizada no cabeçalho do arquivo, contém o número identificador do processamento do Arquivo de Atualização Cadastral, que representa o número do protocolo da atualização cadastral realizada;

b) a segunda parte contém os registros de beneficiários relacionados aos procedimentos de inclusão, retificação, mudança contratual, cancelamento e reativação que apresentaram incorreções e suas respectivas mensagens de erro;

c) a terceira parte contém os registros de inclusão que foram processados e armazenados no Cadastro de Beneficiários da Operadora junto à ANS, acrescidos dos respectivos Códigos de Controle Operacional – CCO do registro e de seu dígito verificador;

- d) a quarta parte contém o consolidado dos registros de beneficiários enviados, processados e rejeitados, por tipo de procedimento de atualização cadastral.

Regras de formatação de campos de dados

16. A atualização dos dados cadastrais de beneficiários das operadoras na ANS deverá ocorrer em arquivos com extensão “.SBX”, de formato XML, com conteúdo e formatação descritos e definidos por meio do descritor XSD, que está publicado no sítio da ANS, no endereço: <http://www.ans.gov.br/padroes/sib/schemas/>

16.1 Padrão de codificação do arquivo SIB-XML é o ISO-8859-1, ou seja, as operadoras devem gerar seus arquivos neste padrão.

16.2 A cada procedimento de atualização cadastral - inclusão, retificação, mudança contratual, cancelamento e reativação - corresponderá um determinado complex type.

16.3 As operadoras deverão preencher corretamente os campos que compõem o cabeçalho do documento XML, caso contrário o arquivo será rejeitado, caracterizando o não envio da informação. O cabeçalho deverá ser preenchido conforme orientação a seguir:

identificaçãoTransacao

- a) tipoTransacao: preencher com o valor “Atualização SIB”;
- b) sequencialTransacao: campo destinado ao controle das operadoras para numerar os arquivos XML gerados;
- c) dataHoraRegistroTransacao: campo destinado a registrar a hora de geração do arquivo no formato AAAA-MM-DDTHH:MM:SS (formato padrão do DATETIME do XML), onde AAAA corresponde ao ano, MM ao mês, DD ao dia, HH à hora, mm aos minutos e SS aos segundos relativos à data/horário do registro da transação

origem

- a) registroANS: preencher com o número do registro da operadora na ANS (somente os números seguidos do dígito verificador, sem máscaras ou caracteres de formatação);
- b) cnpj: não preencher.

destino

- a) registroANS: não preencher;

- b) cnpj: preencher com CNPJ da ANS no formato: 03589068000146;
- c) versaoPadrao: preencher com o número da versão vigente.

IdentificacaoSoftwareGerador

- a) nomeAplicativo: preencher com o nome da aplicação utilizada pela operadora para gerar os arquivos XML;
- b) versaoAplicativo: preencher com o número da versão do aplicativo utilizado pela operadora.

Cálculo do Hash

17. aplicativo SIB-XML possui um esquema de validação da integridade do conteúdo do arquivo XML enviado através do cálculo do valor hash do respectivo arquivo.

17.1. O cálculo do valor hash deve fazer uso do algoritmo MD5 (Mais informações: RFC-1321) utilizando como input (entrada) o conteúdo dos campos, na ordem da ocorrência dos mesmos, do arquivo XML a ser enviado, excetuando-se o seu epílogo.

17.2. É importante ressaltar que as tags sem conteúdo não devem ser consideradas no cálculo do valor hash. Além disso, conteúdos de tags que possuam apenas caracteres como tabulação, espaço, retorno de linha, etc também não devem ser considerados no cálculo do valor hash.

17.3. Na hipótese de o valor hash gerado para o arquivo ser diferente do calculado pelo aplicativo SIB-XML, o arquivo será rejeitado.

Transmissão de dados e Retirada de resultados

18. A transmissão dos arquivos de atualização cadastral SIB-XML será realizada pelo módulo de transmissão e validação do SIB-XML, publicado para download no sítio da ANS.

19. O download do Arquivo de Resultado do Processamento - RPX será realizado por meio do aplicativo PTA.