

# TALLER SOBRE NUEVOS MARCOS E INSTRUMENTOS PARA LA REGULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO Y EL ASSEGURAMIENTO DEL SECTOR DE LA SALUD

## .I. Introdução

A etapa anterior à existência da ANS, quando foi aprovada a legislação fundamental que baliza o funcionamento do setor se inicia com a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, que instituiu o *Sistema Único de Saúde – SUS*, sistema público, universal e gratuito ao mesmo tempo que admitiu a participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, de forma complementar, a ser regulamentada posteriormente.

A regulamentação surge 10 anos mais tarde, em 1998, depois de mais de seis anos de debates no Congresso Nacional, quando o *SUS* já apresentava, no mínimo, quatro importantes marcos em seu processo de construção: a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/90, a extinção do INAMPS em 91 (com a transferência da assistência médica do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde – até então restrito apenas às campanhas de vacinação e outras ações de saúde coletiva) e a publicação das Normas Operacionais Básicas: NOB/93 (1993) e NOB/96 (1996).

O Sistema Nacional de Saúde brasileiro é formado por dois subsistemas: o subsistema público, denominado *SUS*, e o subsistema privado, conhecido como setor de saúde suplementar. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS foi criada com a finalidade de atuar diretamente no subsistema privado de forma que crie impacto no subsistema público. É compreensão do Ministério da Saúde que o setor de saúde suplementar deve alcançar um grupo social mais amplo, de classe média, a preços mais acessíveis para esta parcela da população cuja expectativa em relação à assistência médica supera as possibilidades governamentais de oferecimento de serviços gratuitos universalmente.

A regulamentação do setor, portanto, deve garantir (1) que os consumidores de planos privados de assistência à saúde recebam a assistência integral referida na carta magna nacional; (2) que as empresas que operam neste mercado reembolsem os cofres federais quando seus usuários recorrerem ao sistema público em busca de atenção à saúde; (3) que as regras para entrada, funcionamento e saída deste mercado sejam claras e contemplem as diferenças regionais e setoriais de modo a manter a justa competitividade; (4) que o mercado mantenha seus consumidores para não sobrecarregar a demanda ao sistema público de saúde e (5) que aumente o número de empregadores que se responsabilizam pela saúde de seus funcionários.

## .II. O mercado de saúde suplementar brasileiro

### II.1. Características do setor regulado pela ANS

O setor de saúde suplementar pode ser classificado em quatro segmentos, alguns com sub-segmentações cada dia mais expressivas:

*Medicina de Grupo* – que opera com os chamados convênios médico-hospitalares e no qual podem ser identificados três diferentes tipos:

- As operadoras que não possuem rede própria;
- As que possuem rede própria; e
- As associadas a hospitais filantrópicos.

*Cooperativas* – que, além dos serviços dos próprios cooperados, operam também os chamados convênios médico-hospitalares, com rede própria crescente;

*Autogestão* – sistema fechado com público específico, vinculado a empresas - públicas e privadas – ou a sindicatos e associações, igualmente subdivididas entre aquelas que operam a assistência através de departamentos próprios dessas companhias e aquelas que a operam através de entidades vinculadas; e

*Seguradoras* – que além do *seguro saúde* propriamente dito, sujeito a regulamentação específica, operam produtos com todas as características de planos privados de assistência à saúde na forma da legislação.

## II.2. Perfil do mercado de saúde suplementar

A coleta e a sistematização de informações básicas sobre o setor ainda é um processo em curso na ANS e muitos dados fundamentais para o conhecimento deste mercado ainda não estão disponíveis. Os números divulgados pelas entidades representativas das operadoras são apresentados abaixo (juntamente com os dados cadastrais existentes na ANS) para delinear um quadro – ainda que preliminar e provisório - da economia do setor. Os dados de mercado divulgados pelo próprio setor privado têm como referência o ano de 1999 e os dados da ANS são mais recente: referem-se ao final de 2000.

### *Número de Operadoras do setor, classificadas por segmento*

Segmento Do mercado	Segundo o mercado (1)	%	Cadastro da ANS (2)	%
Medicina de Grupo	840	53	1624	60
Cooperativas	364	23	594	22
Autogestão	355	22	457	17
Seguradoras	28	2	49	2
Total	1.587	100	2724	100

Fontes: (1) diversas, apresentadas em documento à imprensa datado de abril/2000 na página que a ABRAMGE mantém na Internet. Base: 1999

(2) ANS. Base dez/2000

### *População de consumidores*

Segmento do mercado	Consumidores em milhões (1)	%	Consumidores em milhões (2)	%
Medicina de Grupo	18,0	37	12,2	45
Cooperativas	11,0	23	6,9	25
Autogestão	13,7	28	3,7	14
Seguradoras	5,8	12	4,6	17
Total	48,5	100	27,4	100

Fontes: (1) diversas, apresentadas em documento à imprensa datado de abril/2000 na página que a ABRAMGE mantém na Internet. Base: 1999

(2) ANS. Base nov/2000

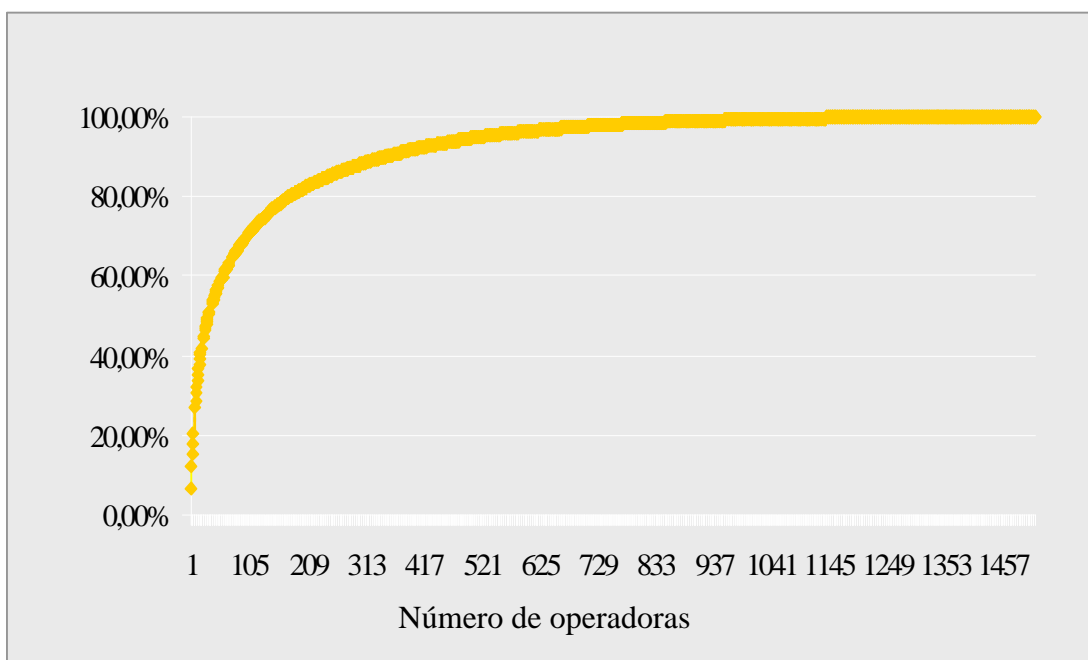
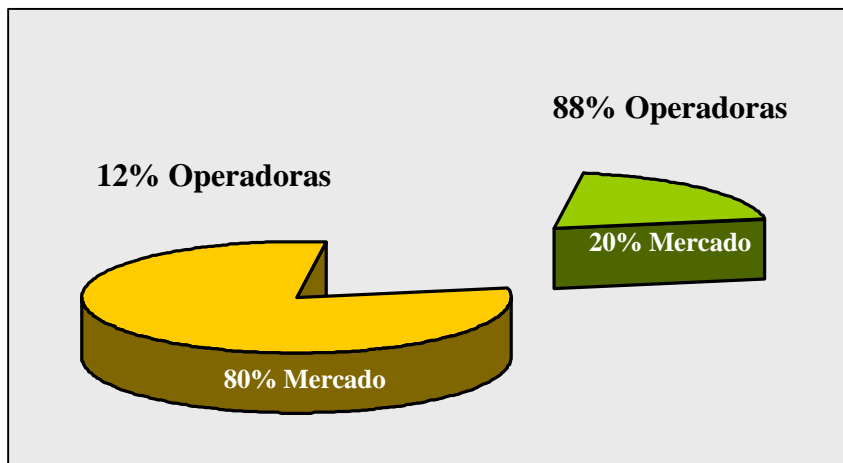
### *Recursos financeiros mobilizados, em R\$ bilhões*

Segmento do mercado	R\$ (bilhões)	%
Medicina de Grupo	5,2	23
Cooperativas	4,0	18
Autogestão	8,7	38
Seguradoras	4,9	21
Total	22,8	100

Fontes: diversas, apresentadas em documento à imprensa datado de abril/2000 na página que a ABRAMGE mantém na Internet. Base: 1999

### .II.3. Mercado altamente concentrado

O setor de saúde suplementar é extremamente concentrado. Aproximadamente 200 operadoras detêm 80% do mercado, os consumidores de planos de saúde estão localizados essencialmente (95%) em área urbana, sendo a maioria (77%) na região sudeste do país (principalmente em São Paulo e no Rio de Janeiro).



### **.III. A regulação antes da existência da ANS**

O setor de saúde suplementar no Brasil operou sem controle do Estado e da sociedade durante mais de trinta anos.

Apesar de influenciar a vida de aproximadamente  $\frac{1}{4}$  da população brasileira e de movimentar recursos anuais estimados em 23 bilhões de reais, o setor privado de assistência à saúde esteve, durante todo este período, por sua própria conta, agindo segundo sua própria lógica e estabelecendo suas próprias regras, praticamente sem interferência governamental.

As primeiras tentativas de definir e enquadrar o setor datam do início dos anos noventa. Contudo, apenas em 1997 passou a integrar a agenda da sociedade e do governo, resultando na regulamentação em junho de 1998, processo intensificado depois da efetiva implantação da ANS em abril deste ano 2000.

Desde então, captar informações sobre o setor, dimensionando o mercado de saúde suplementar, tem sido um dos maiores problemas enfrentados – pois a ausência de informações seguras, confiáveis e sistematizadas ainda persiste.

Foi com a Lei 9656/98 e a Medida Provisória nº 1651/98 que se estabeleceu o *marco regulatório* setorial. Esta legislação orientou a estratégia de implementação das ações que buscavam garantir a consecução dos objetivos básicos da regulamentação, poderiam ser resumidos em:

1. Assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso;
2. Definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor;
3. Definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras, das operadoras e do sistema, que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde contratados pelos consumidores;
4. Dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao SUS e garantir que o sistema seja ressarcido quanto aos gastos gerados por consumidores de planos privados de assistência à saúde;
5. Estabelecer uma política de regulação de preços, definindo mecanismos de controle que coibissem possíveis abusos de preço;
6. Definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar, buscando o funcionamento equilibrado do sistema e do próprio modelo de regulação e de fiscalização.

## **.IV. A Agência Nacional de Saúde Suplementar**

### **IV.1 Características principais**

- Intervenção direta na atividade econômica
- Poder regulador definido em lei: regular, controlar, fiscalizar e punir
- Autonomia administrativa: mandato dos dirigentes e flexibilidade dos instrumentos de gestão (estrutura organizacional e recursos humanos)
- Autonomia financeira: taxa específica diretamente arrecadada

### **Agência executiva:**

#### ***Modelo geral de reorganização***

- Contrato de Gestão
- Fonte de recursos - maiores garantias orçamentárias
- Mandato limitado ao dirigente máximo
- Flexibilidade estrutural e administrativa compartilhada (Agência + Ministério controlador)

#### ***Modelo decisório***

- Conflito entre os níveis de atuação
  - ✓ Legislativo - reguladoras/normativas - colegiada
  - ✓ Judiciário - instância de julgamento administrativo - colegiada
  - ✓ Executivo - executivas – gerencial

#### ***Controle governamental***

- Contrato de Gestão
  - ✓ Obrigatório
  - ✓ Valorizado
  - ✓ Instrumento de efetividade
- Órgãos de Controle - ação especializada

## ***Controle social***

- Controle Legislativo
  - ✓ Aprovação dos dirigentes
  - ✓ Comissões especiais
  - ✓ Acompanhamento do contrato de gestão
  - ✓ Relatório Anual
  - ✓ Discussão das diretrizes estratégicas
- TCU - ação especializada

## ***Interface com o judiciário***

- Reconhecimento do poder regulador (instâncias especializadas)

## **IV.2 Estrutura organizacional**

A ANS está organizada em cinco áreas:

*Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras:* responsável pela normatização, registro e monitoramento do funcionamento das operadoras, inclusive dos processos de intervenção e liquidação;

*Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos:* responsável pela normatização, registro e monitoramento dos produtos, inclusive as autorizações de reajuste de contratos individuais e familiares;

*Diretoria de Fiscalização:* responsável por todo o processo de fiscalização – tanto dos aspectos econômico-financeiros quanto dos aspectos médico-assistenciais – além do apoio ao consumidor e articulação com os órgãos de defesa do consumidor.

*Diretoria de Desenvolvimento Setorial:* responsável pelo sistema de ressarcimento ao SUS e pelo desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a melhoria da qualidade e o aumento da competitividade do setor; e

*Diretoria de Gestão:* responsável pelo sistema de gerenciamento (recursos financeiros, recursos humanos, suprimentos, informática e informação).

## **.V. Desafios e diretrizes estratégicas**

### **V.1. Desafios**

Os principais desafios poderiam ser assim resumidos:

*Desafios organizacionais:* concluir a seleção e a contratação de quadro quali-quantitativo de pessoal; o desenvolvimento e a implantação de sistemas de informações gerenciais.

*Transição da Regulação:* concluir a revisão e unificação das resoluções CNSP/SUSEP e CONSU/SAS/DESAS e a elaboração de dispositivos legais a serem regulamentados (registro, reajustes, penalidades, fusões, etc.)

*Conhecimento do Setor:* coleta e sistematização de informações setoriais;

*Apoio ao Consumidor:* atendimento direto e informações sistemáticas;

*Fiscalização:* unificação dos procedimentos (níveis econômico-financeiro e assistencial) e implantação da fiscalização de rotina.

### **V.2. Diretrizes estratégicas**

Para orientar as atividades da Agência e para possibilitar a elaboração do plano de ação, a Diretoria definiu como diretrizes estratégicas para a ANS:

1. Ampliar a capacidade efetiva de participação dos usuários no setor.
  - garantindo e aperfeiçoando as coberturas ofertadas, impedindo ou restringindo, de fato, a vinculação da assistência e dos preços às condições de saúde e idade;
2. Garantir o equilíbrio das informações aos agentes participantes do setor, caracterizados como usuários, operadoras, prestadores de serviço de saúde e o Sistema Único de Saúde;
3. Garantir o equilíbrio e a manutenção da estabilidade do setor.
  - estabelecendo e controlando os padrões de entrada, operação e saída das operadoras do mercado;
4. Assegurar aos usuários o acesso, o direito e a defesa dos seus interesses, no tocante a assistência privada à saúde.

## **.VI. Principais realizações no 1º ano da ANS**

Para destacar o objetivo estratégico da ANS, as principais ações desenvolvidas até este momento estão agrupadas nas seguintes dimensões de atuação:

**.a. Transição do Modelo de Regulação:** aqui, temos dois blocos de atuação. O primeiro foi a revisão e a uniformização do modelo anterior.

### **a1. Revisão e uniformização nas normas CNSP/Susep – MF e CONSU/Desas - MS**

- Procedimentos para Registro Provisório de Operadoras (RDC)
- Procedimentos para Registro Provisório de Produtos (RDC)
- Procedimentos para Solicitação de Reajuste (RDC)

*O desafio foi buscar a unificação dos principais aspectos dessa regulamentação, entre os quais destaco a fixação dos procedimentos para registro provisório das operadoras e dos produtos e a própria regulamentação dos procedimentos para solicitação de reajustes.*

### **.a2. Instalação e estruturação da ANS**

- Elaboração do Regimento Interno
- Estruturação da Diretoria Colegiada e das Diretorias Executivas
- Instalação da Sede – Rio de Janeiro
- Instalação da Regional Brasília
- Implantação do Sistema de Arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar
- Elaboração do Contrato de Gestão
- Início do Processo de Planejamento Estratégico
- Definição e seleção do Quadro de Pessoal Temporário

*Alguns pontos que nos deixam muito satisfeitos e outros que mostram que algumas metas propostas não foram atingidas pela Agência. Tivemos a elaboração do regimento interno, peça básica para instalação e organização da Agência; estruturação da Diretoria Colegiada e das diretorias executivas; a instalação da sede no Rio de Janeiro, embora ainda em reforma, mas em condições satisfatórias de funcionamento; instalação da regional de Brasília e do sistema de arrecadação de taxas de saúde suplementar; elaboração do contrato de gestão, uma das metas ainda não atingidas. O contrato de gestão já foi elaborado, mas as discussões técnicas de construção do mesmo ainda não foram concluídas. Ainda não assinamos formalmente o nosso contrato de gestão com o Ministério da Saúde, mas isso deverá ser feito ainda ao longo das próximas duas semanas e encerraremos o ano 2000, certamente, com o contrato de gestão formalizado. A não formalização do*

*contrato de gestão também provocou certo atraso no processo de elaboração estratégica para o alcance das metas e diretrizes pactuadas no contrato.*

*Outro obstáculo que não superamos foi o quadro de pessoal temporário. Avançamos bastante no processo de definição desse quadro, inclusive de recrutamento e seleção, mas não pudemos efetivar essas contratações em virtude da legislação eleitoral. Já estamos, contudo, com tudo preparado para que esse incremento aconteça a partir de janeiro de 2001.*

**b. Regulação da Cobertura Assistencial e Condições de Acesso:** no que se refere ao modelo de contratos novos:

**.b1. Regulação e normatização do modelo regulado (contratos novos)**

- Plano de Referência – definição (RDC)
- Revisão do Rol de Procedimentos (RDC)
- Rol de Procedimentos da Cobertura Parcial Temporária (RDC)

*Sobre a cobertura prevista na legislação, é destaque do avanço deste ano a definição do plano-referência e do rol de procedimentos; e a fixação dos procedimentos de alta complexidade para fins de cobertura parcial temporária.*

**b2. Regulação e normatização das garantias gerais**

- Reajuste por faixa etária – definição de procedimentos

*No campo das garantias gerais que independem da data do contrato, foi de grande importância a definição dos procedimentos referentes aos reajustes por faixa etária, em todas as suas modalidades.*

**b3. Regulação e normatização da transição do modelo não regulado para modelo regulado**

- Proposta de RDC para Adaptação de Contratos (Consulta Pública)

*Quanto ao modelo de transição, foi aprovada pela Diretoria Colegiada uma proposta de adaptação de contratos, dependendo de parecer técnico e jurídico para divulgação, mas já aprovada quanto ao mérito pela Diretoria Colegiada da ANS.*

## **.c. Regulação das Condições de Ingresso, Operação e Saída do Setor:**

Ainda não temos aprovada pelo CONSU a resolução que fixa as diretrizes a partir das quais a Agência vai elaborar suas próprias resoluções. Evidentemente, este é um dos pontos de atuação muito forte da Agência neste momento, até porque é o próprio desenvolvimento das condições de operação do setor que nos leva a fazer com que cada vez mais rapidamente esses instrumentos estejam disponíveis.

### **.c1. Construção do modelo de garantias financeiras**

- Câmara Técnica de Garantias Financeiras

*Já foi possível iniciar a montagem do sistema e de construção do processo futuro de garantias, a dimensão talvez mais frágil que se tinha até a regulamentação.*

### **.c2. Regulação de condições de operação**

- Transferência voluntária de carteira
- Definição de Segmentação das OPS's (RDC)
- Exigência de Responsável Técnico (RDC)

*A resolução que definiu o modelo para transferência voluntária de carteiras garante a sucessão de contratos e a definição da segmentação das operadoras. Neste momento, está em andamento uma consulta pública, com data ainda não expirada*

### **c3. Sistemas de Informação e Monitoramento**

- Definição e implementação do Plano de Contas Padrão (RDC)

*O plano de contas padrão tem papel fundamental e foi também objeto de construção a partir da câmara técnica. Temos hoje em pleno andamento uma câmara técnica de garantias financeiras. Ela será, provavelmente, a de maior impacto na construção da modelagem das exigências futuras para ingresso no setor.*

### **c4. Instrumentos de Intervenção**

- Sistemática para exigência de Plano de Recuperação (RDC), Regimes Especiais (Direção Técnica, Fiscal e Liquidação Extrajudicial) – Proposta de Resolução CONSU

*Quanto ao desenvolvimento dos instrumentos de intervenção da Agência, em condições gerais de operação, já está sistematizada a exigência de plano de recuperação e elaborada a proposição de resolução do CONSU.*

**.d. Regulação de Preço:** o debate sobre a regulação de preços teve três movimentos da maior importância:

- Procedimentos para Solicitação de Revisão Técnica (RDC)
- Câmara Técnica de Regulação de Preço
- **Implantação de Nota Técnica Atuarial para registro de produtos (RDC)**

*A regulamentação dos procedimentos para solicitação de revisão técnica mudou completamente o conceito que vinha sendo utilizado. A informação da câmara técnica de regulação de preços está em pleno andamento.*

**.e. Efetividade da Regulação:** a questão é tratada em três eixos:

**.e1. Fiscalização direta**

- Reorganização e prosseguimento dos processos administrativos com origem na SUSEP e no DESAS
- Incremento das ações de fiscalização

*No segundo semestre de 1999 a Agência reorganizou e deu andamento aos processos que ainda estavam nos dois órgãos, rotina atrasada em consequência do debate sobre mudança de modelo. Houve, também, um forte incremento nas ações de fiscalização já na esfera da Agência;*

**.e2. Regulação dos instrumentos de intervenção**

- Revisão das normas de Penalidades (RDC)
- Implementação do Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta

*Na regulação dos instrumentos de intervenção, houve uma revisão das formas de penalidade por parte do CONSU 2 e o acréscimo na nossa legislação a partir da publicação da última MP do termo de compromisso de ajuste de conduta, um instrumento que consideramos essencial estar agregado, em termos de ajuste de consulta, às possibilidade de intervenção da Agência, principalmente no momento em que ele nos permite sanear as questões coletivas, e não só as individuais. Houve irregularidades muito flagrantes de descumprimento da lei e questões colocadas no plano do entendimento.*

**.e3. Fiscalização indireta**

- Requerimentos de informações econômico financeiras
- Requerimentos de informações Cadastrais
- Notificação de Operadoras por irregularidades nos contratos
- Requerimento de informações sobre a Taxa de Saúde Suplementar

*A ação mais enfática deu-se em relação à sistemática de informação, incluindo as informações econômico-financeiras sobre as Operadoras. Quanto ao monitoramento geral do setor, a ênfase foi dada para o requerimento de informações em geral e de informações sobre recolhimento da taxa de saúde suplementar e para o envio de notificações.*

## **.f. Comunicação, Informação e Instâncias de Participação:**

### **.f1. Comunicação e informação**

- Implantação do Site da ANS
- Núcleo de Atendimento às Operadoras
- Agilização do atendimento através do Disque-Saúde
- Sistema de consulta sobre reajustes
- Sistema de consulta sobre contratos

*O site da ANS, que é herdeiro do site do DESAS, vem sendo reformulado a fim de disponibilizar o máximo de informação possível para o usuário, dando-lhe acesso às informações sobre a regulamentação e, mesmo, sobre a sua operadora em particular.*

### **.f2. Instâncias de Participação**

- Reorganização da Câmara de Saúde Suplementar (cinco reuniões)
- Instalação de Câmaras Técnicas – 3 RDCs definidas a partir de CTs (Segmentação, Plano de Contas Padrão e revisão do Rol de Procedimentos) e 2 CTs em andamento (Regulação de Preços e Garantias Financeiras)
- Implementação de Consultas Públicas: Adaptação, Rol de Procedimentos da Cobertura Parcial Temporária e Responsável Técnico

*Quanto às instâncias de participação, a reorganização é no sentido de reimplantá-la, porque a Câmara de Saúde Suplementar tem a mesma composição, com poderes ampliados.*

*Foram instaladas cinco câmaras técnicas, realizadas três consultas públicas (de adaptação de contrato, de rol de procedimentos para fins de cobertura parcial temporária e a de responsabilidade técnica).*

### **.g. Ressarcimento ao SUS:**

- Revisão de Procedimentos e da TUNEP
- Implantação do Sistema de Cadastro de Beneficiários
- Habilitação e Treinamento dos gestores
- Implantação do ressarcimento: identificação, notificação, análise, julgamento, cobrança e repasse de recursos arrecadados

*A estratégia definida pela legislação era de caráter imediato, auto-aplicável, mas dependia de três grandes pressupostos: a formação do cadastro de usuários, a definição do valor a ser ressarcido e a criação do sistema de cruzamento. Portanto, para implantação efetiva, realizaram-se a revisão dos procedimentos clínicos, a criação de um sistema de cadastro, a habilitação e o treinamento de gestores do SUS.*

*O ciclo do ressarcimento está completo: a identificação, a notificação, a discussão de incriminação ou não, o julgamento, os recursos, a cobrança, o recebimento e a repartição dos recursos. Foram emitidos 139.332 avisos de beneficiários identificados, ao valor da TUNEP (Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos) R\$ 186.300.000,00 dos quais foram cobrados R\$ 5.440.000,00 e até o momento arrecadados R\$ 960.000,00.*

<b>Indicadores</b>		<b>Resultados</b>	
<b>Ressarcimento</b>	AIH's identificadas	139.332	
		Valores TUNEP	MR\$ 186,30
		Valores SUS	MR\$ 77,90
	Valores Cobrados	<b>MR\$ 5,44</b>	
	Valores Arrecadados	R\$ 960 mil	
		Repassados ao SUS	R\$ 377 mil
Repassados aos Prestadores do SUS		R\$ 583 mil	

### **.h. Taxa de Saúde Suplementar:**

A Taxa de Saúde Suplementar por plano de saúde foi instituída pela Lei de criação da ANS com a finalidade de financiar o poder de polícia atribuído à Agência. A TSS, anual e calculada pelo número de beneficiários da operadora, é devida por todas as pessoas jurídicas que operam no mercado de saúde suplementar. Até novembro de 2000 a ANS havia arrecadado R\$ 33.000.000,00.

<b>Indicadores</b>	<b>Resultados</b>	
<b>Arrecadação da Taxa de Saúde Suplementar</b>	Valores Arrecadados	R\$ 33,3 milhões até 30/11/00

## **.VII. CONCLUSÃO**

A organização do setor de assistência suplementar à saúde é um desafio para o Estado e para a sociedade. A promoção da defesa do cidadão consumidor dos planos privados de assistência à saúde em sua relação com operadoras e prestadores é compreendida como uma ação de desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro.

A defesa da economia de 25% da população do país e de seus direitos constitucionais, dos recursos públicos aplicados no setor saúde e a coibição da concorrência desleal são razões que impulsionam na direção da regulamentação. A própria concepção da Agência como autarquia com independência administrativa, financeira, patrimonial e nas decisões técnicas visa a garantir o cumprimento das normas estabelecidas e a levar à cabo sua missão. A livre iniciativa das operadoras de planos privados de assistência à saúde encontra seu limite constitucional no momento de proteção do consumidor.

Sem semelhança com modelos utilizados em outros países, a construção do sistema regulador vem sendo feita de forma original, ímpar. A ANS, gradativamente vai obtendo conquistas, estabelecendo critérios técnicos que têm auxiliado o Poder Legislativo a definir as leis infraconstitucionais reguladoras deste mercado especial. A lei 9656/98 traz normas novas, mais específicas, que encontram enorme resistência dos segmentos que durante 30 anos agiram por conta própria, sem regras, fora da esfera de controle do estado e, portanto, da sociedade.

A legislação ainda está sendo desrespeitada. Por isso, o maior esforço neste momento está dirigido à garantia do cumprimento daquilo que já foi regulado, para punir firmemente as infrações, agindo na defesa do consumidor.