

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

RELATÓRIO DE GESTÃO do 2º semestre de 2016

Diretoria de Normas e Habilitação
dos Produtos - DIPRO





RELATÓRIO DE GESTÃO **do 2º semestre de 2016**

Diretoria de Normas e
Habilitação dos Produtos
- DIPRO

DIRETORIA COLEGIADA

DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO
KARLA SANTA CRUZ COELHO

DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL – DIDES
MARTHA REGINA DE OLIVEIRA

DIRETORIA DE FISCALIZAÇÃO – DIFIS
SIMONE SANCHES FREIRE

DIRETORIA DE GESTÃO – DIGES
JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO

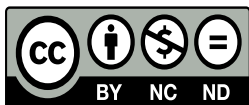
DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS – DIOPE
SIMONE SANCHES FREIRE (02/06/2016 ATÉ 21/12/2016)
LEANDRO FONSECA DA SILVA (A PARTIR DE 22/12/2016)

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos

RELATÓRIO DE GESTÃO do 2º semestre de 2016

Diretoria de Normas e Habilitação
dos Produtos - DIPRO





2017. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página www.ans.gov.br

Versão *online*

Elaboração, distribuição e informações

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO
Av. Augusto Severo, 84 – Glória
CEP 20.021-040
Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Tel.: +55(21) 2105-0000
Disque ANS 0800 701 9656
www.ans.gov.br

Diretoria Colegiada da ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES
Diretoria de Fiscalização – DIFIS
Diretoria de Gestão – DIGES
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO

Projeto Gráfico

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SEGER/DICOL

Normalização

Biblioteca/CGECO/GEQIN/DIRAD/DIGES

Ficha Catalográfica

A 265r Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos.
Relatório de gestão do 2º semestre de 2016 . [recurso eletrônico] : Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
- DIPRO / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos. – Rio de Janeiro:
ANS, 2017.
3MB; ePUB.

1. Administração pública. 2. Transparência pública. 3. Prestação de contas. 4. Relatório de gestão. I. Título.

CDD XXX.XXX

Catálogo na fonte – Biblioteca ANS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Disponibilidade de Rede Não Hospitalar	31
Figura 2 - Disponibilidade de Rede Hospitalar	32
Figura 3 - Disponibilidade de Rede de Urgência/Emergência	32
Figura 4 - Disponibilidade de Rede Hospitalar	33
Figura 5 - Disponibilidade de Rede de Urgência/Emergência	34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantidade de prestadores hospitalares que tiveram pedidos de exclusão analisados, por ano do pedido	25
Gráfico 2 - Número de operadoras que solicitaram alteração de rede hospitalar, por ano do pedido	26
Gráfico 3 - Quantidade de processos administrativos para alteração de rede hospitalar analisados, por ano do pedido	27
Gráfico 4 - Quantidade de planos listados nas solicitações de alteração de rede hospitalar, segundo o tipo de plano e o ano do pedido	28
Gráfico 5 - Quantidade de planos listados nas solicitações de alteração de rede hospitalar, segundo o status e o ano do pedido	28
Gráfico 6 - Distribuição das solicitações por especialidade	47
Gráfico 7 - Distribuição das solicitações quanto à origem	47
Gráfico 8 - Distribuição das solicitações quanto ao motivo	48
Gráfico 9 - Distribuição das solicitações quanto ao tipo	48
Gráfico 10 - Natureza das tecnologias solicitadas	49
Gráfico 11 - Quantitativo analisado pela CONITEC	49
Gráfico 12 - Número de Direções Técnicas	55
Gráfico 13 - Evolução do PRASS	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Análise da VCMH mais eficiente 2016 e reajuste autorizado	16
Tabela 2 -	Quantidade de prestadores analisados, operadoras, processos e blocos por ano do pedido de alteração de rede hospitalar	24

SUMÁRIO

1.	DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS	11
1.1	Identificação da Unidade Jurisdicionada	11
1.2	Finalidade Institucional da Unidade	11
1.3	Organograma Funcional	12
1.4	Objetivo Estratégico da DIPRO	12
1.5	Macroprocessos finalísticos da DIPRO	12
1.5.1	Reajuste Anual de Planos Individuais – Cálculo e Autorização	12
1.5.2	Termos de Compromisso para Reajuste de Planos Individuais Antigos	15
1.5.3	Monitoramento da Garantia de Atendimento	16
1.5.4	Geo-referenciamento	18
1.5.5	Alteração de Rede Hospitalar: Redimensionamento de Rede por Redução e Substituição de Entidade Hospitalar	21
1.5.6	Acompanhamento da Dispersão de Rede e Garantia de Acesso	29
1.5.7	Transferência de Carteira	35
1.5.8	Portabilidade de Carências	36
1.5.9	Monitoramento do Risco Assistencial	37
	Metodologia que passará a vigorar a partir de janeiro de 2017	38
	Classificação das operadoras a partir da nota final	40
	Encaminhamentos de acordo com o Mapeamento do Risco Assistencial e da Garantia de Atendimento	40
1.5.10	SIP (Sistema de Informação de Produtos – perfil de utilização)	41

1.5.11	Indução à Mudança do Modelo Assistencial	41
1.5.11.1	Políticas de PROMOPREV	42
1.5.13	Avaliação de Tecnologias em Saúde	43
1.5.14	Revisão do Rol de procedimentos ANS	44
1.5.15	Política de Incentivo ao Parto Normal	50
1.5.16	Direção Técnica	52
1.5.17	PRASS – Plano de Recuperação Assistencial	55
1.6	Macroprocessos não finalísticos	59
1.6.1	Elaboração de normativos	59
1.6.2	Elaboração de entendimentos	60
1.6.3	Outras demandas	60
1.7	Eventos e Redes de Trabalho	61
1.7.1	Eventos realizados pela DIPRO	61
1.7.1.1	Seminários	61
1.7.1.2	Audiência Pública	61
1.7.2	Redes de Trabalho (Participação em Grupos de Trabalho e Comitês Internos e Externos)	63
1.8	Estudos e Pesquisas	64
1.8.1	Estudo sobre Portabilidade de Carências	64
1.9	Publicações	64
1.9.1	Periódicos anuais	64
1.9.2	Cartilhas	65

1. DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DE PRODUTOS

1.1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE JURISDICIONADA

A estrutura administrativa da ANS é composta de uma Diretoria Colegiada, constituída por 5 (cinco) diretores, sendo que um deles atua também como diretor-presidente.

A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO é dirigida pela Dra. Karla Santa Cruz Coelho, que assumiu a referida gestão em julho de 2016.

O organograma da ANS está representado a seguir:



1.2. FINALIDADE INSTITUCIONAL DA UNIDADE

A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos possui como objetivo estratégico:

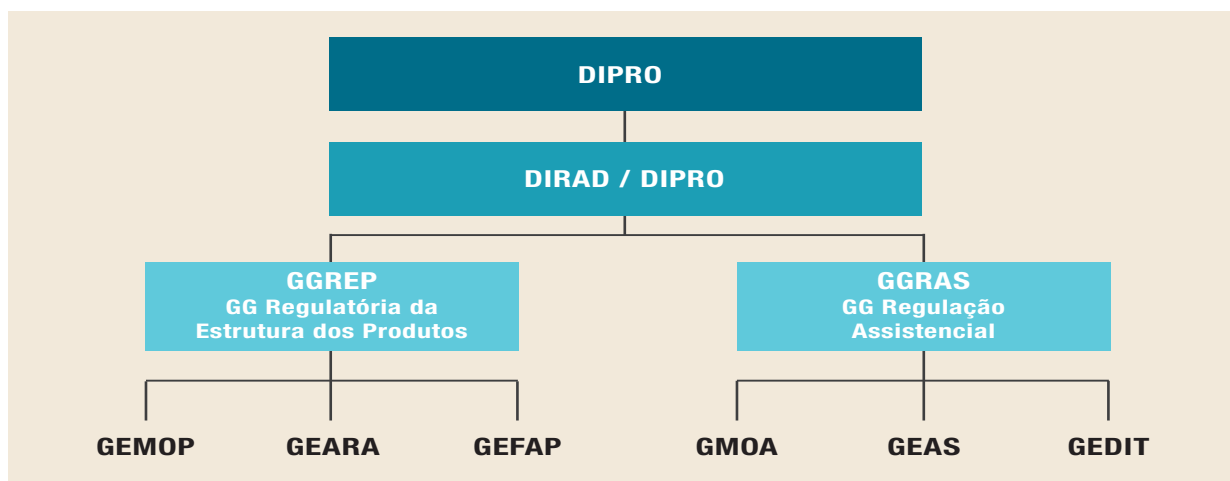


Orientar as ações regulatórias da Agência com foco no modelo assistencial previamente definido, que incentive a **qualidade do cuidado, a garantia da oferta e do acesso** adequado e oportuno, a educação em saúde e participação da sociedade e a sustentabilidade do setor.

As competências institucionais da unidade podem ser consultadas no Regimento Interno da ANS, na Resolução Normativa nº 197, e suas atualizações.

1.3. ORGANOGRAMA FUNCIONAL

O organograma da DIPRO está representado a seguir:



1.4 OBJETIVO ESTRATÉGICO DA DIPRO

Objetivo Estratégico:

Orientar as ações regulatórias da agência com foco no modelo assistencial previamente definido, que incentive a qualidade do cuidado, a garantia da oferta e do acesso adequado e oportuno, a educação em saúde e participação da sociedade e a sustentabilidade do setor (maior qualificação do setor e discussão/melhor definição dos papéis do corretor e da administradora na orientação aos beneficiários)

1.5 MACROPROCESSOS FINALÍSTICOS DA DIPRO

1.5.1 REAJUSTE ANUAL DE PLANOS INDIVIDUAIS – CÁLCULO E AUTORIZAÇÃO

O que é:

Os contratos de planos regulamentados médico-hospitalares, de contratação individual/familiar e com formação de preço pré-pagamento têm seu reajuste financeiro anual limitado ao índice calculado e autorizado pela ANS em observância ao art. 4º, incisos XVII e XVIII, da Lei 9961/2000¹.

A matéria está disciplinada pelos seguintes normativos: RDC nº 29/2000, RDC nº 66/2001, RN nº 08/2002, RN nº 36/2003, RN nº 74/2004, RN nº 99/2005, RN nº 128/2006, RN nº 156/2007 e RN nº 171/2008 e IN DIPRO nº 51/2017.

A metodologia de cálculo adotada pela ANS é a *Yardstick Competition*, vigente desde 2001 e aprimorada ao longo dos anos, no que se refere ao tratamento da base de dados.

¹ Art. 4º, Lei nº 9961/2000, incisos XVII e XVIII: Caberá à ANS:

XVII - autorizar reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, ouvido o Ministério da Fazenda;

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

O cálculo de reajuste se baseia nos comunicados de reajuste dos planos coletivos incorporados à base da ANS nos 12 meses anteriores e informados à ANS até 30 de março do ano a que se refere o reajuste. O período de aplicação do reajuste é de maio a abril do ano seguinte.

Após cálculo do reajuste, o percentual máximo a ser autorizado pela ANS é submetido à aprovação de sua Diretoria Colegiada, sendo em seguida apreciado pelo Ministério da Fazenda. Posteriormente, é publicado no Diário Oficial da União e na página da ANS.

A aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares de assistência suplementar à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 **depende de prévia** autorização da ANS, ato administrativo vinculado. A autorização só é concedida às operadoras que encaminharem solicitação à Agência e atenderem a todos os critérios e requisitos prescritos nas normativas vigentes.

Visando à transparência e ao acesso às informações, a ANS disponibiliza em seu sítio institucional os índices divulgados a cada ano, assim como as informações sobre autorizações concedidas individualmente a cada operadora (<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude/historico-de-reajuste-por-variacao-de-custo-pessoa-fisica>).

Essas informações também podem ser acessadas de forma fácil e ágil, por celulares smartphones ou tablets, com sistema operacional *android*, por meio do Aplicativo ANS *Mobile*. Mais um instrumento de empoderamento do consumidor.

PANORAMA DE 2016

Em 2016, o cálculo do índice de reajuste dos planos individuais resultou em 13,57%, para aplicação no aniversário dos contratos no período de maio de 2016 a abril de 2017. A metodologia de cálculo está descrita na Nota nº 991/2016/GEFAP/GGREP/DIPRO, de 18 de abril de 2016.

Para o reajuste de 05/2016 A 04/2017, 544 operadoras protocolizaram solicitação de autorização para aplicação de reajuste na ANS.

MELHORIAS NO PROCEDIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE REAJUSTE

PANORAMA PROCESSO ANTERIOR - MAIO DE 2016 A ABRIL DE 2017

Desde o ano de 2016, a GEFAP vem implementando várias mudanças no procedimento de autorização de reajuste de planos individuais/familiares, visando à melhoria do processo. Medidas simples como realização de contato, por telefone ou e-mail, com as operadoras que estavam apresentando uma ou mais pendências, fornecendo informações e orientações possibilitaram alcançar resultados positivos como:

- Redução do número de indeferimentos;
- Maior regularização das operadoras que possuem planos individuais/familiares quanto ao envio de informações devidas aos sistemas da ANS (Sistema de Informações de Beneficiários – SIB,

Sistema de Informações de Produtos – SIP e Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS;

- Cem por cento de arrecadação de TRC;
- Otimização do processo de trabalho com a redução de pedidos de reconsideração;

Além disso, a implementação de alterações no sistema RPS-Reajuste, aumentando suas funcionalidades proporcionou a otimização e segurança do processo como um todo, pois atividades até então realizadas manualmente passaram a ser feitas de forma automática.

PANORAMA PROCESSO ATUAL - MAIO DE 2017 A ABRIL DE 2018

Como a gestão da qualidade é um processo contínuo, foi realizado o diagnóstico da situação atual, até então, o que permitiu identificar a necessidade de melhorias no processo, como, por exemplo, o envio de ofícios autorizativos ou de indeferimento, pelos Correios e por via PTA, refletindo em uma comunicação dispendiosa, em duplicidade e lenta.

Foram também identificadas oportunidades de melhoria, como:

- . previsão, na Resolução Normativa – RN nº 171, de 29 de abril de 2008, de disponibilização de aplicativo, no site da ANS, pelo qual deveriam ser solicitadas as autorizações para aplicação de reajuste;
- . publicação da Resolução Normativa RN nº 411, de 22 de setembro de 2009, que instituiu a comunicação eletrônica entre a ANS e as operadoras de plano privado de assistência à saúde; e
- . previsão de implementação do Sistema Eletrônico - SEI na ANS, a partir de 2017.

Com vistas ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da sistemática de autorização de aplicação de reajustes, foram implementadas as seguintes medidas:

- Planejamento, desenvolvimento e implementação do Aplicativo Gestão Eletrônica de Autorização de Reajuste – GEAR, interface eletrônica integrada ao Sistema Eletrônico de Informações – SEI e ao sistema RPS Reajuste;
- Publicação da Instrução Normativa – IN nº 51, de 27 de janeiro de 2017, da DIPRO, que regulamenta os artigos 4º e 22 da Resolução Normativa – RN nº 171, de 29 de abril de 2008, dispondo sobre as rotinas e o procedimento de solicitação e autorização para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares de assistência suplementar à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
- Publicação da Instrução Normativa – IN nº 52, de 27 de janeiro de 2017, que dispõe sobre a utilização de meio eletrônico para a comunicação entre a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e as operadoras, nos termos traçados pela Resolução Normativa nº 411, de 21 de setembro de 2016, que institui a comunicação eletrônica entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e as operadoras de plano privado de assistência à saúde.

A adoção dessas medidas resultaram nas seguintes melhorias no processo de autorização para aplicação de reajuste:

- Comunicação totalmente eletrônica, o que possibilitou a extinção da utilização de papel, tanto no recebimento das solicitações quanto no envio de ofícios, proporcionando economicidade dos recursos públicos com a extinção dos custos com armazenamento e de envio por meio postal;
- Maior celeridade do processo. As operadoras levam apenas alguns segundos para efetuar as solicitações de autorização para aplicação de reajuste ou pedido de reconsideração, pelo aplicativo GEAR;
- Maior eficiência, celeridade e segurança na análise dos processos, devido à integração entre GEAR, SEI e RPS Reajuste;
- Maior conscientização das operadoras quanto às suas obrigações, pois pelo Aplicativo GEAR, elas são obrigadas a declarar ciência dos critérios, requisitos e prazos a serem cumpridos;
- Melhor qualidade dos serviços prestados, com foco no usuário, no caso, as operadoras, pois o Aplicativo GEAR encaminha mensagem de confirmação do recebimento da solicitação de autorização ou pedido de reconsideração para o e-mail informado, o que proporciona, às operadoras, maior segurança quanto à efetivação do procedimento.
- Maior celeridade no recebimento dos ofícios encaminhados pela ANS, eletronicamente, logo após a autorização ou indeferimento, via Programa Transmissor de Arquivos – PTA;

Concluindo, as melhorias implementadas no processo de autorização para aplicação de reajuste possibilitam maior celeridade, eficiência, economicidade dos recursos públicos e redução do custo regulatório, visando à melhoria contínua da qualidade do serviço prestado.

1.5.2 TERMOS DE COMPROMISSO PARA REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS ANTIGOS

O que é

O Termo de Compromisso (TC) é uma das ferramentas de regulação no setor de saúde suplementar e surgiu da necessidade da ANS poder celebrar acordos com operadoras, para que estas adotem práticas que se transformem em vantagens para os consumidores, garantindo, assim, a manutenção da qualidade dos serviços de assistência à saúde, conforme disposto no art. 29-A da Lei nº 9656/98. Os Termos de Compromisso para fixação dos reajustes de planos individuais anteriores à Lei nº 9656/98 foram celebrados logo após a suspensão da eficácia do artigo 35-E da Lei nº 9656/98, o qual estabelece que, independentemente da data da celebração do contrato, a aplicação de cláusula de reajuste de contraprestações pecuniárias depende de prévia aprovação da ANS (§2º do art. 35-E). O objetivo principal é apurar as variações dos custos médico-hospitalares (VCMH) das operadoras signatárias, que servem de base para o cálculo do reajuste realizado pela ANS a ser aplicado nos contratos individuais antigos constantes dos Termos de Compromisso assinados.

A metodologia utilizada para o cálculo do reajuste, vigente desde 2013, é denominada “VCMH Teto” e sua implementação foi motivada pela Nota nº 724/2013/GGEFP/DIPRO. De acordo com os critérios

estabelecidos neste documento, as autorizações de reajuste ficam limitadas ao Índice de Reajuste dos Planos Individuais Novos, acrescido de um fator² calculado de acordo com a diferença média observada entre os índices do Termo de Compromisso e dos planos individuais novos desde 2007.

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

As operadoras remanescentes celebrantes do Termo de Compromisso são Amil, Bradesco, Itaúseg, Sul América.

Em 2016, aproximadamente 317 mil beneficiários vinculados a contratos individuais antigos sofreram reajustes calculados pela ANS de acordo os critérios estabelecidos nos Termos de Compromisso assinados, e representam menos de 40% de beneficiários desde a celebração dos TC's.

Os reajustes autorizados em 2016 para cada uma das operadoras signatárias dos Termos de Compromisso foram:

TABELA 1 - ANÁLISE DA VCMH MAIS EFICIENTE 2016 E REAJUSTE AUTORIZADO

Operadora	VCMH Informado(*)	VCMH mais eficiente Medicinas de Grupo	VCMH mais eficiente Seguradoras	Índice ANS
AMIL	20,47%	14,01%	-	13,57%
BRDESCO	13,47%	-	13,47%	
SUL AMÉRICA	13,54%	-	13,47%	
ITAUSEG	15,83%	-	13,47%	

Fonte: ANS, 2016.

(*) VCMH Informado: Reajuste pleiteado pela operadora

Os índices autorizados a cada ano estão disponíveis para consulta no sítio da ANS (<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/716-reajuste-autorizado-as-operadoras-que-assinaram-termo-de-compromisso>).

1.5.3 MONITORAMENTO DA GARANTIA DE ATENDIMENTO

O que é:

O monitoramento da garantia de atendimento é o processo através do qual a ANS acompanha, trimestralmente, o cumprimento das regras dispostas na Resolução Normativa nº 259, de 2011, e detecta desconformidades que possam constituir risco à oferta ou à continuidade do atendimento à saúde dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

O monitoramento foi instituído desde dezembro de 2011 e atualmente, sua metodologia encontra-se disciplinada pela Instrução Normativa nº 48, de 2015, da DIPRO.

² Denominado "Fator da VCMH Mais Eficiente".

A metodologia adota como insumo as reclamações realizadas pelos beneficiários, sejam elas relacionadas ao descumprimento dos prazos e das regras previstas na RN nº 259, de 2011 ou à negativa de cobertura assistencial (quando o beneficiário reclama na ANS a cobertura de um procedimento ou serviço que lhe era devido e foi negado pela operadora).

Considerando-se o volume de reclamações e a quantidade média de beneficiários, há uma avaliação comparativa das operadoras que são classificadas em faixas que variam de zero a três, sendo zero a faixa mais positiva e três a mais gravosa. A avaliação e classificação respeitam a modalidade assistencial da operadora - Médico hospitalar ou Exclusivamente Odontológica.

As operadoras reincidentes na faixa 3, a mais gravosa, encontram-se em risco potencial e são submetidas a uma análise específica de acordo com os critérios estabelecidos. -Aquelas cuja situação de risco assistencial é evidenciada são submetidas as medidas cautelares previstas no ordenamento jurídico setorial com vistas a evitar a piora da qualidade e a descontinuidade da prestação dos serviços. Aquelas cujo potencial risco não enseje a adoção das medidas cautelares são acompanhadas no Monitoramento do Risco Assistencial realizado pela GMOA.

Assim, a ocorrência reiterada de reclamações de beneficiários poderá sujeitar a operadora a ter parte ou totalidade de seus produtos suspensos para fins de comercialização, além da decretação do regime especial de direção técnica, (independentemente da aplicação da penalidade imposta à infração de negativa de cobertura).

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

No segundo semestre de 2016, seguindo-se a metodologia disposta IN/DIPRO nº 48, de 2015 para classificação das operadoras no âmbito do monitoramento, tivemos:

- Ciclo do 2º TRI 2016, divulgado em setembro/2016.
- Ciclo do 3º TRI 2016, divulgado em novembro/2016.

Considerando os dois ciclos em destaque, o monitoramento abrangeu mais de 24 mil reclamações analisadas pela Diretoria de Fiscalização e processadas para fins de classificação das operadoras. Foram identificadas 19 operadoras em situação de risco que tiveram a comercialização de 92 planos suspensa³.

Ciclo	Período	Total de Reclamações	Operadoras com planos suspensos no período	Planos suspensos no período
2º TRI 2016	01/04/2016 a 30/06/2016	11.445	8	23
3º TRI 2016	01/07/2016 a 30/09/2016	13.956	11	69

³ Foi realizado um somatório simples do panorama de cada ciclo de monitoramento no período. Assim, se uma mesma operadora ou plano estiver indicada em dois ciclos, o resultado apresentado a considera duas vezes.

Em um trabalho conjunto com a DIDES foram desenvolvidos relatórios que exibem as informações necessárias para as análises com menor interferência manual no processo e permitem uma avaliação mais precisa dos dados do monitoramento.

Um outro trabalho importante relacionado a esse tema é que foi realizado, junto a Diretoria de Gestão – DIGES, o Mapeamento do Processo.

Como resultado do mapeamento, foi gerado um fluxograma detalhado do passo a passo do processo, indicando o responsável por cada etapa. Também será disponibilizado a descrição detalhada do mapeamento.

1.5.4 GEO-REFERENCIAMENTO

O que é:

O monitoramento do georreferenciamento está previsto no Contrato de Gestão da ANS com o Ministério da Saúde, que estabelece ações para os anos de 2015, 2016 e 2017, conforme o indicador que visa estimular a eficácia na divulgação da rede credenciada das operadoras aos beneficiários.

O indicador reflete a atuação da Agência frente à forma de divulgação da rede credenciada nos portais corporativos das operadoras de planos privados de assistência à saúde, no sentido de aumentar a eficácia regulatória no cumprimento da Resolução Normativa nº 285, de 23 de dezembro de 2011.

A Resolução Normativa nº 285 está em vigor para as operadoras de grande porte desde junho de 2012 e desde dezembro de 2012 para as operadoras de pequeno e médio porte. Já foram realizados 2 ciclos de monitoramento, um no Contrato de Gestão de 2013 e outro em 2014, ambos avaliando operadoras classificadas como grande porte.

No Contrato de Gestão vigente, propôs-se ampliar o monitoramento para as operadoras de pequeno e médio porte, que não haviam sido avaliadas nos períodos anteriores, bem como, concluir a avaliação das operadoras de grande porte, remanescentes.

Assim, espera-se melhorar o acesso dos beneficiários de planos de saúde aos prestadores de serviço através da disponibilização eficaz da rede assistencial das operadoras em seus portais corporativos, de forma atualizada e georreferenciada.

Considerando que o Contrato firmado com o Ministério da Saúde corresponde a três anos, conforme acima citado, o indicador foi modificado para contemplar 10 etapas. Para 2015 e 2016, foi fixada a meta parcial de 30% (trinta por cento) da meta total do indicador. A meta final seria atingida ao final de 2017, cuja meta parcial seria 40% (somando 100% ao final dos 3 anos).

Para atingir a meta, é necessário o cumprimento de três etapas anuais listadas abaixo, sendo cada uma correspondente a 10% (dez por cento).

- 1ª Etapa: Orientação às operadoras do setor (1º trimestre);
- 2ª Etapa: Verificação posterior do cumprimento do normativo pelas operadoras (3º trimestre);
- 3ª Etapa: Elaboração de Nota Técnica avaliando o resultado do cumprimento do normativo, com os encaminhamentos pertinentes (4º trimestre).

- Exclusivamente para o último ano há a previsão de uma etapa adicional, valendo também 10%, a ser cumprida no final do 4º trimestre do ano, que seria a elaboração de um relatório final.

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

A Orientação às Operadoras (1ª etapa) ocorreu no primeiro semestre, em 28/03/2016, através de um Comunicado disponibilizado para todas as operadoras do mercado no sitio da ANS. O mesmo texto foi enviado também através do e-mail institucional cadastrado junto a Agência.

A segunda etapa, Verificação do Cumprimento do Normativo, foi realizada no final do 3º trimestre. Foram monitoradas 100 (cem) operadoras, sendo 1 (uma) de grande porte, 36 (trinta e seis) de médio porte e 63 (sessenta e três) de pequeno porte, abrangendo 3.676.664 (três milhões, seiscentos e setenta e seis mil, seiscentos e sessenta e quatro) beneficiários de planos de saúde.

A RN nº 285, em seu art. 2º, prevê que deverão ser disponibilizados, nos portais corporativos das operadoras, os seguintes itens:

“Art. 2º Todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão disponibilizar nos seus Portais Corporativos na Internet informações sobre sua rede assistencial, observando os seguintes requisitos mínimos:

I - a rede assistencial deverá ser exibida por plano de saúde, apresentando:

- a) o nome comercial do plano de saúde;*
- b) seu Nº de registro na ANS ou seu código de identificação no Sistema de Cadastro de Planos comercializados anteriormente à data de vigência da Lei Nº 9.656, de 1998 (SCPA);*
- c) sua classificação para fins de comercialização, na forma do artigo 2º, da RN Nº 195, de 2009; e*
- d) sua situação junto à ANS na forma do artigo 12 da RN Nº 85, de 2004.*

II - cada prestador de serviços de saúde que compõe a rede assistencial deverá ser exibido com os seguintes dados:

- a) tipo de estabelecimento;*
- b) nome fantasia do estabelecimento, se houver, além da razão social e do CNPJ do estabelecimento, caso se trate de pessoa jurídica;*
- c) nome do profissional, caso se trate de pessoa natural, com o número de registro no respectivo Conselho Profissional;*
- d) especialidade(s) ou serviço(s) contratado(s), de acordo com o contrato firmado junto à operadora de planos privados de assistência à saúde, nos moldes das Resoluções Normativas - RN Nº 42, de 4 de julho de 2003; RN Nº 54, de 28 de novembro de 2003, e RN Nº 71, de 17 de março de 2004;*
- e) endereço, contendo:*
 - 1. unidade da Federação;*
 - 2. município;*
 - 3. bairro;*
 - 4. logradouro;*
 - 5. número; e*
 - 6. código de Endereçamento Postal - CEP.*

f).outras formas de contato:

- 1. ddd e telefones; e*
- 2. sitio eletrônico da Internet, caso exista.*

g) o nome comercial e o registro junto à ANS dos planos de saúde que garantem seu atendimento.
 § 1º A consulta da rede assistencial a partir do Portal Corporativo da operadora de planos privados de assistência à saúde na Internet deve permitir, de forma combinada e/ou isolada, a pesquisa de todos os dados dos prestadores de serviços de saúde previstos no inciso II deste artigo.

§ 2º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão manter atualizados em tempo real os dados de sua rede assistencial, sem prejuízo da garantia dos direitos contratuais dos beneficiários.

§ 3º É vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde condicionar o acesso às informações de sua rede assistencial somente aos seus beneficiários.”

Procedeu-se então a verificação do cumprimento dos itens supracitados, cujo resumo do resultado encontra-se a seguir:

Total de operadoras monitoradas:		100	63	36	01
Item	QT. Operadoras	QT. Pequeno Porte	QT. Médio Porte	QT. Grande Porte	
Nome comercial do plano	81	50	30	1	
No. de registro na ANS ou código SCPA	79	50	28	1	
Tipo de Contratação (individual/familiar/coletivo)	77	49	27	1	
Situação junto à ANS	74	46	27	1	
Razão social do Estabelecimento (PJ)	86	52	33	1	
CNPJ do Estabelecimento (PJ)	76	47	29	0	
Tipo de estabelecimento	92	56	35	1	
Nome do profissional (PF)	94	59	34	1	
Registro no órgão competente (PF)	87	55	31	1	
Especialidades ou serviços contratados	95	59	35	1	
UF	94	58	35	1	
Município	94	59	34	1	
Bairro	94	58	35	1	
Logradouro	95	59	35	1	
Número	95	59	35	1	
CEP	91	57	33	1	
DDD	89	54	34	1	
Telefone de contato	95	59	35	1	
Nome dos planos que são atendidos pelo estabelecimento	69	43	25	1	
Registro dos planos que são atendidos pelo estabelecimento	68	42	25	1	
Mapeamento Gráfico (M, G)	35	NA	34	1	
Mapeamento Gráfico Dinâmico (G)	1	NA	NA	1	
Acesso ao Público em Geral	91	58	32	1	

Observa-se, conforme quadro acima, que nenhum dos itens pesquisados foi cumprido pela integralidade das operadoras. Os itens Tipo de estabelecimento, Nome do profissional (PF), Especialidades ou serviços contratados, Dados do endereço (UF, Município, Bairro, Logradouro, Número e CEP) e Acesso ao Público em Geral merecem destaque, com mais de 90% de cumprimento pelas operadoras.

Da análise dos dados, verifica-se que 55 (cinquenta e cinco) operadoras analisadas (55%) cumpriram todos os itens de verificação. Além disso, 74 (setenta e quatro) operadoras possuem percentual de cumprimento dos itens superior a 80%.

% Cumprimento	G	M	P	Total
0 - 20%		1	4	5
20% - 40%	0	0	0	0
40% - 60%		1	2	3
60% - 80%		5	8	13
80% - 99%	1	9	14	24
100%		20	35	55
Total Geral	1	36	63	100

Apesar de as operadoras de médio porte não serem obrigadas a apresentar o Mapeamento Gráfico Dinâmico e as operadoras de pequeno porte estarem completamente fora desta regra, verificou-se uma quantidade considerável de operadoras que apresentam essas informações.

Exibição Gráfica	M	P
Mapeamento Gráfico	Obrigatório	55
Mapeamento Gráfico Dinâmico	27	49

Das 36 (trinta e seis) operadoras de médio porte, 27 (vinte e sete), 75%, disponibilizam no site consulta da localização do prestador através de Mapeamento Gráfico Dinâmico. No caso das operadoras de pequeno porte, das 63 (sessenta e três) analisadas, 49 (quarenta e nove), 77%, possuem consulta de localização por Mapeamento Gráfico e por Mapeamento Gráfico Dinâmico e apenas 6 (seis), 9,5%, possuem apenas o Mapeamento Gráfico.

Assim sendo, em relação ao ano de 2016 todos os procedimentos relacionados ao monitoramento foram concluídos.

As operadoras que não apresentaram cumprimento do previsto no normativo foram notificadas para fins de correção de sua página na internet em novembro/2016.

1.5.5 – ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR: REDIMENSIONAMENTO DE REDE POR REDUÇÃO E SUBSTITUIÇÃO DE ENTIDADE HOSPITALAR

O que é:

O art. 17 da Lei 9.656/98 faculta às operadoras de planos de assistência à saúde a substituição de entidade hospitalar, desde que por outra equivalente e mediante comunicação aos consumidores e à

ANS com trinta dias de antecedência, bem como estabelece a necessidade de autorização prévia da ANS para o redimensionamento de entidade hospitalar por redução.

As solicitações para substituição de entidade hospitalar e redimensionamento de rede por redução passam por um check-list, a fim de identificar se foram cumpridos os requisitos da IN/DIPRO nº 46, de 2014, bem como verificar o pagamento da TAP no valor devido.

Os pedidos que não atendem ao normativo em questão são devolvidos para que a operadora complemente as informações e/ou realize o pagamento da TAP e encaminhe novo pedido.

Após abertura, o processo administrativo é encaminhado aos especialistas em regulação para análise de mérito e, posteriormente, para revisão por parte da Coordenação Regulatória da Estrutura das Redes Assistenciais – COERA, sendo produzidos de 2 a 4 documentos a cada processo.

O processo é, então, encaminhado para expedição dos documentos e, posteriormente, retorna para os especialistas procederem à atualização manual da base no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS, com a exclusão dos prestadores que receberam autorização e inclusão dos prestadores no caso de pedidos de substituição de entidade hospitalar.

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

Em 2015/2016, realizou-se o levantamento dos problemas relacionados ao processo de trabalho para alteração de rede hospitalar, relacionados ao passivo e à rotina de análise, à rotina, à ausência de normativos disciplinando as regras para análise e à ausência de monitoramento da rede assistencial hospitalar, conforme descrito a seguir.

Frente aos problemas listados, foi desenvolvido, pela COERA/GEARA/GGREP/DIPRO, um projeto para reformulação das ações e estratégias adotadas pela ANS no que tange à alteração de rede hospitalar, consistindo nas seguintes ações:

Plano para tratamento do passivo de processos administrativos;

Instituição de Comitê para discussões sobre rede assistencial internamente, com representantes da ANS, e com representantes do setor de saúde suplementar;

- Definição de novos critérios de análise;
- Elaboração de sistema para recepção e análise dos pedidos;
- Estabelecimento de novo fluxo para recepção e análise; e
- Acompanhamento da rede assistencial das operadoras.

Todas as ações e estratégias propostas buscam dar celeridade à recepção e análise dos pedidos para alteração de rede hospitalar, ampliar o debate com a própria ANS e com os representantes do setor de saúde suplementar, bem como criar mecanismos e indicadores para acompanhar a rede assistencial. Nesse contexto, a principal finalidade é estimular a estruturação de efetivas REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE no setor suplementar, de forma a garantir o acesso do beneficiário às coberturas contratadas de forma oportuna, incentivando a qualidade do cuidado.

A seguir, serão abordadas as ações já adotadas, no segundo semestre de 2016, no que se refere ao projeto em questão.

PLANO PARA TRATAMENTO DO PASSIVO DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

O plano para tratamento do passivo teve o objetivo de centrar esforços na análise do passivo de processos administrativos para alteração de rede hospitalar que aguardavam análise de mérito, buscando alternativas para realizar as análises de forma oportuna e com maior celeridade e previu a adoção das seguintes ações:

- Agrupamento dos processos por ano e operadoras, a cada 100 a 150 prestadores.
- Análise realizada em planilha pré-formatada com informações dos bancos de dados.
- Digitação dos planos, da motivação e da GRU na planilha supramencionada.
- Análise de mérito para todos os pedidos.
- Documentos gerados por mala direta por operadora.
- Taxa de Alteração de Dados de Produtos – TAP analisada normalmente.
- Identificação de indícios de irregularidade por redimensionamento sem autorização: procedimento de representação.
- Realização de força-tarefa com servidores da DIPRO.

O plano apenas foi possível mediante a utilização da citada planilha pré-formatada, cuja análise de mérito e demais verificações (TAP, por exemplo) e realizada por meio de fórmulas de cálculo, a partir de informações extraídas dos bancos de dados da Agência (SIB, RPS, SIAR e CADOP), que são extraídas pela informática da ANS.

Entretanto, foi necessário preencher manualmente determinadas informações que só constavam nos autos dos processos administrativos:

- Planos informados pela operadora nos pedidos;
- Motivação para o pedido de alteração de rede hospitalar; e
- Nº da Guia de Recolhimento da União – GRU referente ao pagamento da TAP.

Considerando que esta fase do processo de trabalho é dispendiosa, necessitando de grande esforço de trabalho, a fim de operacionalizar o plano para tratamento do passivo e dar celeridade às análises, foi realizado o esquema de força-tarefa com servidores da DIPRO para preenchimento das informações nas planilhas. Com isso, os gestores dos demais órgãos da DIPRO cederam servidores por determinados períodos, a fim de centrarem esforços na análise desses processos.

Em julho deste ano, foi realizado treinamento com os servidores participantes da força-tarefa, tendo sido entregue um Manual contendo o passo-a-passo para preenchimento da planilha.

Após o preenchimento da planilha com as devidas informações, foram gerados os documentos por operadora, quais sejam: Nota de análise com anexos, Ofício e Memorando à GEFIN. A seguir encontram-se descritos os títulos dos anexos da Nota:

- Anexo I – listagem de processos
- Anexo II – justificativa do pedido e resultado da análise
- Anexo III – listagem dos planos
- Anexo IV – valor da TAP por prestador
- Anexo V – valor da TAP devida e paga por processo

RESULTADO DO PLANO PARA TRATAMENTO DO PASSIVO

Antes de iniciar o trabalho, foi feito um teste a partir da análise dos pedidos de uma operadora protocolizados em 2011, a fim de elaborar a planilha para digitação das informações necessárias e análise das solicitações.

Posteriormente, a equipe técnica da GEARA realizou, internamente, um projeto piloto no qual todos os pedidos para alteração de rede hospitalar protocolizados em 2012, que ainda aguardavam análise, foram divididos por operadora e em blocos de 100 a 150 prestadores de serviço. Cada bloco correspondeu a uma planilha que continha todos os dados de identificação do processo e na qual os servidores preenchiam as informações necessárias para a análise, quais sejam: motivação para exclusão do prestador, número da GRU e códigos ou números de registro dos planos.

Com a realização desse piloto, *todos os pedidos de 2012 foram analisados em 3 meses*. O que correspondeu ao total de 1.040 prestadores analisados.

A partir desse resultado, a DIPRO iniciou a implementação da força-tarefa e solicitou que todas as gerências cedessem servidores para participarem dessa iniciativa. Dessa forma, cada servidor recebeu um bloco de processos contendo entre 100 e 150 prestadores de serviço e a planilha correspondente para preenchimento das informações.

Entre agosto e dezembro, foram realizadas forças-tarefas com a distribuição de processos referentes aos blocos de 2013-2014 e 2015.

A tabela abaixo demonstra a quantidade de prestadores analisados, operadoras, processos e blocos por ano do pedido de alteração de rede, antes e depois da publicação da IN/DIPRO nº 46, de 2014, bem como o número de blocos analisados, revisados e expedidos/finalizados por ano.

TABELA 2 - QUANTIDADE DE PRESTADORES ANALISADOS, OPERADORAS, PROCESSOS E BLOCOS POR ANO DO PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

Ano	Nº prestadores	Nº operadoras	Nº processos	Nº blocos
2011 teste	115	1	10	1
2012	1.047	77	302	6
2013-2014	2.415	159	586	16
2015	1.469	121	1.001	13
Total	5.046	-	1.899	36

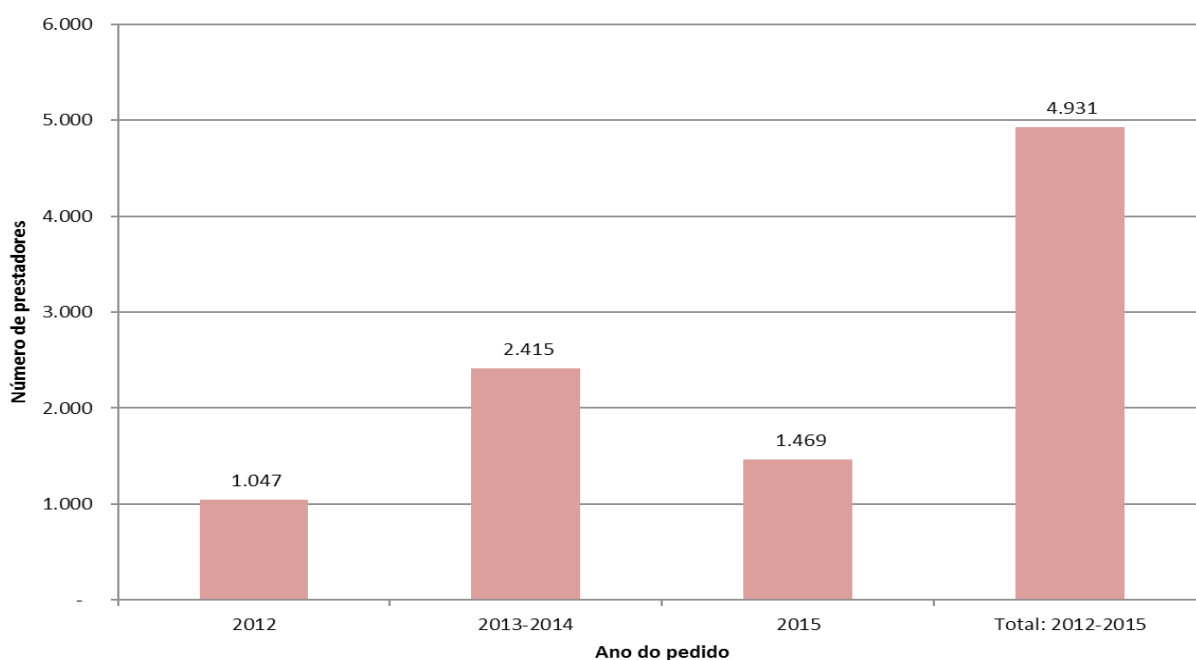
Fonte: ANS, 2016.

Considerando todas as etapas envolvidas desde o planejamento até a realização da força-tarefa, tem-se o total de 5.046 prestadores hospitalares para serem excluídos da rede das operadoras e a 1.899 processos administrativos (Tabela 2).

Cabe ressaltar que, no período de 2012 a 2015, 250 operadoras solicitaram alteração de rede hospitalar. A seguir, serão demonstradas informações relativas aos pedidos de alteração de rede hospitalar protocolizados entre 2012 a 2015.

O gráfico 1 apresenta a quantidade de prestadores hospitalares que tiveram pedidos para exclusão da rede assistencial de operadoras analisados, por ano do pedido. **Faz-se mister destacar, entre os meses de maio a dezembro de 2016, mais de 4.900 prestadores tiveram os pedidos de exclusão analisados.**

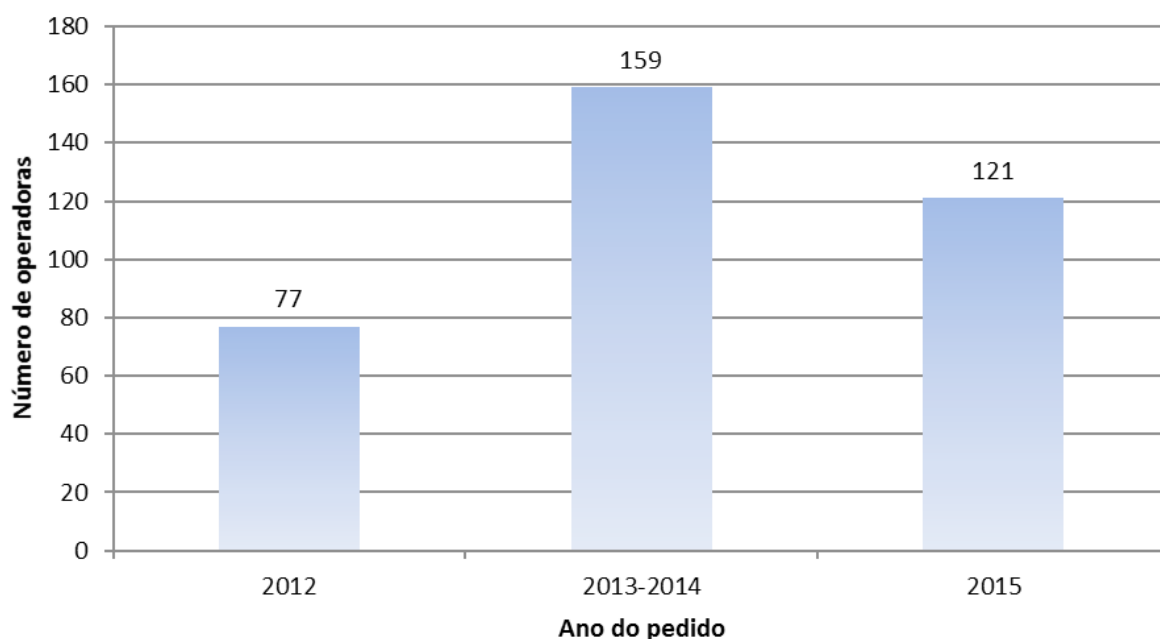
GRÁFICO 1 - QUANTIDADE DE PRESTADORES HOSPITALARES QUE TIVERAM PEDIDOS DE EXCLUSÃO ANALISADOS, POR ANO DO PEDIDO



Fonte: ANS, 2016.

O gráfico 2 apresenta o número de operadoras que encaminharam solicitação para alteração de rede hospitalar, por ano do pedido. O período de 2013-2014 apresentou quantidade maior de operadoras, tendo em vista o agrupamento de dois anos para formação dos blocos de análise.

GRÁFICO 2 - NÚMERO DE OPERADORAS QUE SOLICITARAM ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR, POR ANO DO PEDIDO

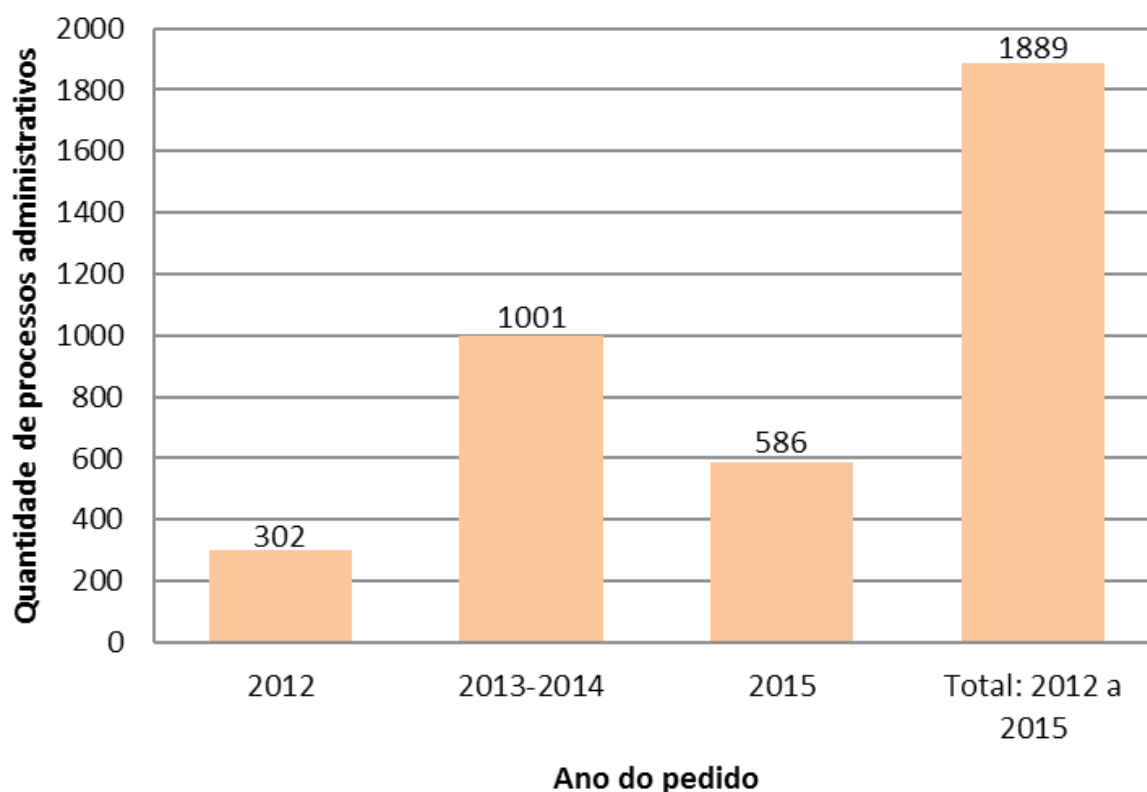


Fonte: ANS, 2016.

A quantidade de processos administrativos analisados entre 2012 a 2015 está disposta no gráfico 3. No total, foram analisados 1.889 processos. Cabe ressaltar que um único processo pode englobar o pedido de exclusão de mais de um prestador. Dessa forma, o número de processos não corresponde ao número de prestadores analisados.

O ano de 2012 possuía um número menor de processos aguardando análise porque os pedidos protocolizados nesse ano já estavam sendo analisados antes da realização do plano para tratamento do passivo.

GRÁFICO 3 - QUANTIDADE DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS PARA ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR ANALISADOS, POR ANO DO PEDIDO



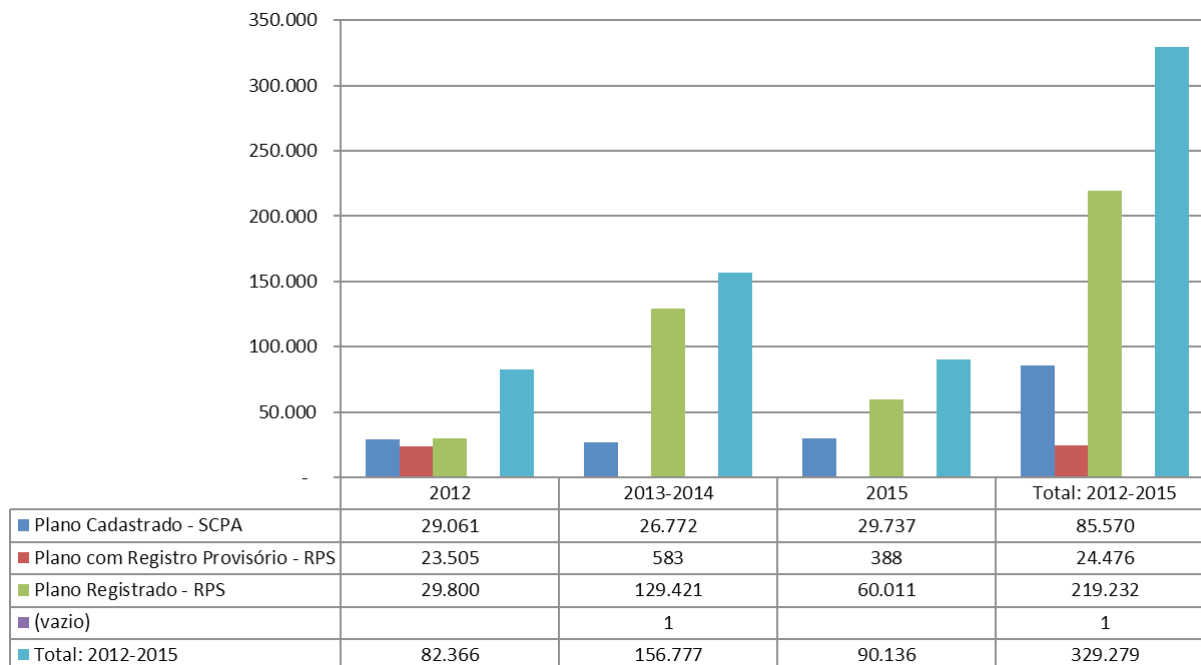
Fonte: ANS, 2016.

Os gráficos 4 e 5 demonstram a quantidade de planos listados nas solicitações de alteração de rede hospitalar, conforme o tipo de plano e o status, respectivamente.

Verifica-se que, em todos os períodos analisados, a maior dos planos listados nos pedidos para alteração de rede hospitalar é do tipo “Plano Registrado – RPS”, ou seja, 66,7% desses planos foram registrados a partir da vigência da Lei nº 9.656, de 1998 (Gráfico 8).

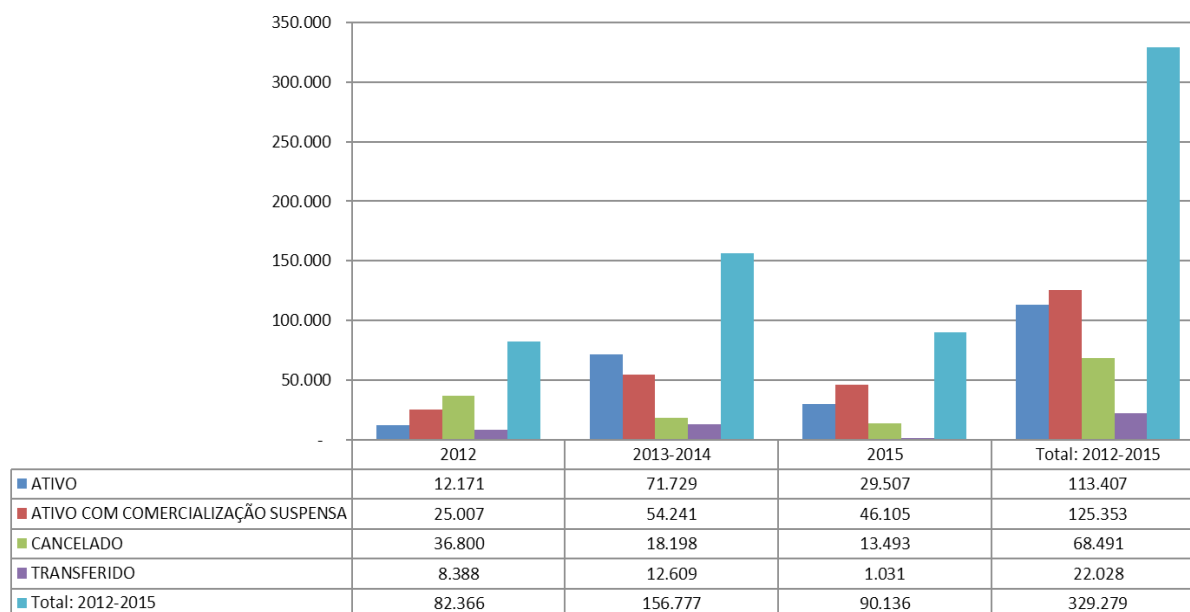
Com relação ao status, 38,1% dos planos eram ativos com a comercialização suspensa e 34,4% eram ativos. Os demais haviam sido transferidos ou estavam cancelados na data da análise (Gráfico 9).

GRÁFICO 4 - QUANTIDADE DE PLANOS LISTADOS NAS SOLICITAÇÕES DE ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR, SEGUNDO O TIPO DE PLANO E O ANO DO PEDIDO



Fonte: ANS, 2016.

GRÁFICO 5 - QUANTIDADE DE PLANOS LISTADOS NAS SOLICITAÇÕES DE ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR, SEGUNDO O STATUS E O ANO DO PEDIDO



Fonte: ANS, 2016.

PLANO PARA TRATAMENTO DO PASSIVO: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do plano para tratamento do passivo, com a realização da força tarefa, foi bastante profícuo e trouxe maior celeridade na análise das solicitações para alteração de rede hospitalar. Para tanto, foi de extrema importância a automatização da análise por meio de macros de excel, bem como a participação de servidores da DIPRO nessa tarefa, a fim de analisar a motivação para o pedido, digitar os produtos e os códigos da GRU relativos às taxas pagas.

Importa destacar o avanço trazido pela IN/DIPRO nº 46, de 2014, ao padronizar o fluxo para solicitação de alteração de rede hospitalar, facilitando a identificação da motivação para o pedido e a listagem dos produtos a serem alterados.

Destarte as melhorias trazidas pela IN supracitada, todas as etapas concernentes aos pedidos para alteração de rede hospitalar, quais sejam: recepção dos pedidos, controle dos pedidos e processos, cálculo da TAP por produto, análise, geração de documentos e alteração da rede no Sistema RPS; são feitas de forma manual e, portanto, a fim de alcançarmos maior eficiência nesse processo de trabalho, torna-se imprescindível a informatização do pedido, incluindo todas as fases envolvidas.

1.5.6 ACOMPANHAMENTO DA DISPERSÃO DE REDE E GARANTIA DE ACESSO

O que é:

Durante a Agenda Regulatória 2011/2012, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) promoveu o estudo sobre a dispersão de rede e garantia de acesso – projeto que inicialmente tinha o escopo de “definir critérios para análise de suficiência de rede”.

O objetivo do estudo era, a princípio, criar critérios quantitativos para mensurar a rede de prestadores suficiente para prestar atendimento aos beneficiários de cada carteira. Com o estudo, entretanto, percebeu-se que a suficiência da rede não pode ser parametrizada por critérios quantitativos, mas por uma associação de critérios e monitoramentos – que indicarão se há necessária dispersão da rede e se o acesso está sendo garantido ao beneficiário da forma adequada e com informação suficiente.

Desta forma, no referido estudo evoluiu-se para a necessidade de desenvolvimento de novo modelo de monitoramento de rede assistencial, onde sejam considerados critérios relativos ao monitoramento do acesso, da dispersão, do georreferenciamento e dos mecanismos de regulação.

Cabe destacar que, com as recentes regulamentações editadas pela ANS, cada vez mais exigindo do ente regulado a efetiva garantia do atendimento de seu beneficiário, nos termos da lei e seus regulamentos, faz-se necessário que o Órgão Regulador aprofunde os estudos sobre o assunto e crie critérios e métodos de monitoramentos que sejam adotados nas análises internas para concessão e manutenção de registro de produtos e que sejam disponibilizados para o mercado de saúde suplementar, de forma objetiva e transparente.

Nesse contexto, o projeto da Agenda Regulatória 2013-2014 evoluiu para o estudo do acesso, dando origem ao estudo denominado “DIAGNÓSTICO DA DISPERSÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL”. Com isso, examinou-se a existência de estabelecimentos para internação e urgência, Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia – SADT e médico clínico para a saúde

suplementar, nos municípios, regiões de saúde e estados do Brasil.

No que concerne à metodologia, os dados foram obtidos no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (<http://datasus.saude.gov.br>), a partir das informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O trabalho em questão demonstrou a dispersão de serviços de saúde no país mostrando municípios em que não existem prestadores de serviços para a saúde suplementar, e apontou a correlação entre essas localidades e a existência de beneficiários de planos de saúde.

Em continuidade a esse contexto, na Agenda Regulatória 2016-2018, foi estabelecido o projeto “Aprofundar os estudos de dispersão de prestadores de serviços privados de saúde no Brasil, mediante análise da utilização da rede assistencial na saúde suplementar”.

Nesse sentido, ficou estabelecida a necessidade de aprofundar o estudo do “Diagnóstico da Dispersão de Prestadores de Serviços Privados de Saúde no Brasil”, a partir de outras informações que estejam disponíveis sobre os prestadores de serviços de saúde.

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

O estudo “DIAGNÓSTICO DA DISPERSÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL” considerou informações disponíveis no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para fins de identificação da disponibilidade de prestadores privados nos municípios brasileiros.

De forma a aprofundar tal estudo, foi realizado um levantamento semelhante a este, baseado, entretanto, em informações do banco de dados do Sistema de Registro de Produtos – RPS.

A Lei n.º 9.656/98 estabelece, em seu art. 19, as características dos produtos para fins de registro na ANS. Dentre tais características, destaca-se a necessidade do envio da rede hospitalar própria ou contratada por município.

A Resolução Normativa nº 85, de 2004, exige que as operadoras informem toda sua rede assistencial para atendimento integral da cobertura prevista no art. 12 da Lei n.º 9.656/98, com número de registro no CNES de todos os prestadores da rede de serviços próprios, ou contratados, credenciados ou referenciados, de forma direta ou indireta.

Portanto, o Sistema RPS possibilita a elaboração do estudo em questão nos grandes grupos de classificação de prestadores: Rede Hospitalar (prestadores classificados como Assistência Hospitalar), Rede Não Hospitalar (Serviços de Alta Complexidade e Demais Estabelecimentos), além da Rede de Urgência/Emergência.

Nesse sentido, foi possível verificar os municípios do país que dispõem ou não de prestadores contratados por operadoras de planos de saúde. Tal verificação foi realizada considerando a base total do sistema RPS.

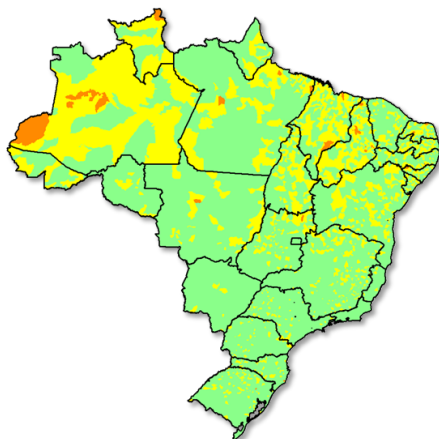
De forma a alinhar o resultado com os conceitos dispostos na Resolução Normativa nº 259, de 2011, foi criada a seguinte classificação:

A+	Disponibilidade no município – prestador acreditado (hospital e urgência/emerg.)
A	Disponibilidade no município
B	Disponibilidade nos municípios limítrofes
C	Disponibilidade na região de saúde
D	Disponibilidade fora da região de saúde

Nesse sentido, cada município seria classificado como “A+” se dispusesse de prestador qualificado contratado por alguma operadora de planos de saúde. Será “A” o município que disponha de prestador contratado por alguma operadora, sem acreditação. Já a classificação “B” diz respeito ao município que não dispõe de prestador, mas seus limítrofes dispõem de prestador. As classificações “C” e “D” seguem a mesma lógica, porém a disponibilidade de prestador ocorre apenas na região de saúde ou fora dela, respectivamente.

RESULTADOS:

FIGURA 1 - DISPONIBILIDADE DE REDE NÃO HOSPITALAR

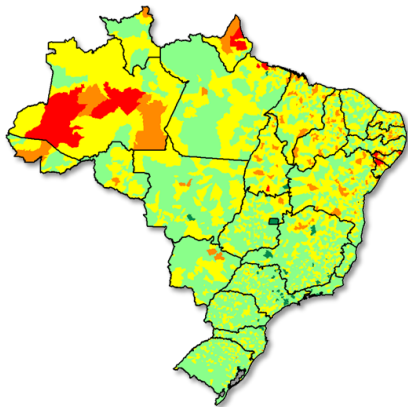


Classificação	Qtde Município	%
A	3849	69,1%
B	1676	30,1%
C	45	0,8%
D	0	0,0%
Total	5570	

	NORTE		NORDESTE		SUDESTE		SUL		CENTRO-OESTE					
A	470	48,4%	A	637	50,1%	A	1408	84,4%	A	984	82,6%	A	350	74,9%
B	486	50,0%	B	610	48,0%	B	260	15,6%	B	205	17,2%	B	115	24,6%
C	16	1,6%	C	25	2,0%	C	0	0,0%	C	2	0,2%	C	2	0,4%
D	0	0,0%	D	0	0,0%	D	0	0,0%	D	0	0,0%	D	0	0,0%

Fonte: ANS, 2016.

FIGURA 2 - DISPONIBILIDADE DE REDE HOSPITALAR

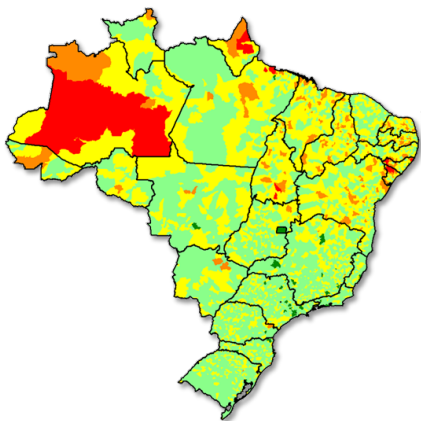


Classificação	Qtde Município	%
A+	45	0,8%
A	2338	42,0%
B	2857	51,3%
C	287	5,2%
D	43	0,8%
Total	5570	

NORTE			NORDESTE			SUDESTE			SUL			CENTRO-OESTE		
A+	3	0,3%	A+	5	0,4%	A+	29	1,7%	A+	6	0,5%	A+	2	0,4%
A	231	23,8%	A	286	22,5%	A	886	53,1%	A	714	59,9%	A	221	47,3%
B	604	62,1%	B	807	63,4%	B	740	44,4%	B	468	39,3%	B	238	51,0%
C	109	11,2%	C	156	12,3%	C	13	0,8%	C	3	0,3%	C	6	1,3%
D	25	2,6%	D	18	1,4%	D	0	0,0%	D	0	0,0%	D	0	0,0%

Fonte: ANS, 2016.

FIGURA 3 - DISPONIBILIDADE DE REDE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



Classificação	Qtde Município	%
A+	43	0,8%
A	2219	39,8%
B	2910	52,2%
C	338	6,1%
D	60	1,1%
Total	5570	

NORTE			NORDESTE			SUDESTE			SUL			CENTRO-OESTE		
A+	2	0,2%	A+	5	0,4%	A+	28	1,7%	A+	6	0,5%	A+	2	0,4%
A	211	21,7%	A	249	19,6%	A	881	52,8%	A	669	56,2%	A	209	44,8%
B	588	60,5%	B	810	63,7%	B	753	45,1%	B	510	42,8%	B	249	53,3%
C	131	13,5%	C	188	14,8%	C	6	0,4%	C	6	0,5%	C	7	1,5%
D	40	4,1%	D	20	1,6%	D	0	0,0%	D	0	0,0%	D	0	0,0%

Fonte: ANS, 2016.

No que diz respeito à rede não hospitalar, observou-se que todas as regiões de saúde possuem prestadores. E são poucos municípios em que a disponibilidade se dá apenas na região de saúde. Isso é consequência da própria informação no sistema RPS, que agrupa todos os prestadores não hospitalares (médicos, dentistas, laboratórios...), sem distinções. De toda forma, é possível identificar disparidades entre as regiões norte e nordeste, sul e sudeste, assim como já havia sido observado no estudo baseado no CNES.

Em relação aos hospitais, pouco mais da metade dos municípios do país tem disponibilidade apenas nos municípios limítrofes. No Sul, mais de 60% tem prestador no próprio município. No Norte e no Nordeste a maioria se concentra nos limítrofes, havendo regiões de saúde sem disponibilidade de prestador. Nas outras regiões de saúde do país isso não acontece.

Para urgência e emergência, o resultado é parecido com o de assistência hospitalar, até porque as informações no RPS são vinculadas. O que destaca são determinadas regiões no Norte sem disponibilidade de prestadores.

ESTUDO POR PLANO:

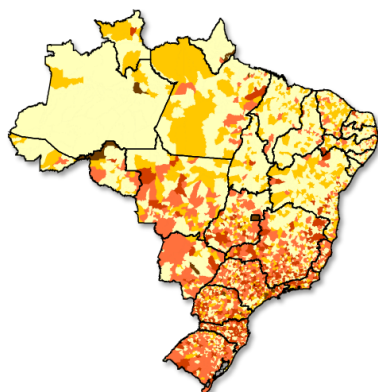
Esse mesmo tipo de levantamento foi realizado por plano de saúde, ou seja, para cada município do país foi verificada a quantidade de planos que dispõem ou não de prestadores para a cobertura naquela localidade que compõe sua área de atuação.

Nesse levantamento, as proporções de planos foram subdivididas em faixas, indicando a proporção de planos naquele município que dispõem de prestador.

Foram verificadas as redes hospitalares e de urgência/emergência, que são as que se apresentam vinculadas a plano no sistema RPS.

RESULTADOS:

FIGURA 4 - DISPONIBILIDADE DE REDE HOSPITALAR

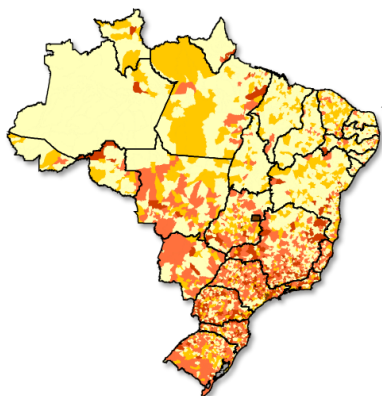


Faixa %	Qtde Município	%
Até 0%	3.218	57,8%
0%– 25%	826	14,8%
25%– 50%	964	17,3%
50%– 75%	540	9,7%
75%– 100%	22	0,4%
Total	5.570	

Faixa %	NORTE		NORDESTE		SUDESTE		SUL		CENTRO-OESTE	
Até 0%	340	75,6%	1.390	77,5%	760	45,6%	482	40,5%	246	52,7%
0%– 25%	74	16,4%	270	15,1%	236	14,1%	161	13,5%	85	18,2%
25%– 50%	27	6,0%	98	5,5%	409	24,5%	322	27,0%	108	23,1%
50%– 75%	5	1,1%	32	1,8%	257	15,4%	221	18,6%	25	5,4%
75%– 100%	4	0,9%	4	0,2%	6	0,4%	5	0,4%	3	0,6%
Total	450		1.794		1.668		1.191		467	

Fonte: ANS, 2016.

FIGURA 5 - DISPONIBILIDADE DE REDE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



Faixa %	Qtde Município	%
Até 0%	3.397	61,0%
0%– 25%	821	14,7%
25%– 50%	970	17,4%
50%– 75%	374	6,7%
75%– 100%	8	0,1%
Total	5.570	

Faixa %	NORTE		NORDESTE		SUDESTE		SUL		CENTRO-OESTE	
Até 0%	350	77,8%	1.438	80,2%	831	49,8%	520	43,7%	258	55,2%
0%– 25%	67	14,9%	252	14,0%	183	11,0%	226	19,0%	93	19,9%
25%– 50%	25	5,6%	79	4,4%	453	27,2%	307	25,8%	106	22,7%
50%– 75%	8	1,8%	24	1,3%	198	11,9%	136	11,4%	8	1,7%
75%– 100%	0	0,0%	1	0,1%	3	0,2%	2	0,2%	2	0,4%
Total	450		1.794		1.668		1.191		467	

Fonte: ANS, 2016.

Observou-se, para ambos os casos, a existência de muitos municípios que, apesar de haver planos que oferecem cobertura naquela localidade, não ofertam prestadores – esse resultado é fortemente influenciado pela quantidade de planos nacionais em atividade.

Observa-se que em apenas 8 municípios do país existem entre 75%-100% de planos que oferecem prestadores na localidade.

Esse estudo também reitera a disparidade regional do país e é reflexo da sua situação estrutural no que diz respeito à disponibilidade de prestadores.

Esses estudos foram apresentados no I Seminário sobre Regulação da Estrutura dos Produtos na Saúde Suplementar, realizado no dia 01/12/2016, no Rio de Janeiro, que reuniu a ANS com representantes do setor e especialistas da área acadêmica.

O encontro teve por objetivo debater e trocar informações e experiências sobre os temas Rede Assistencial, Pacto Intergeracional e Portabilidade, bem como divulgar as ações e estratégias desenvolvidas pela ANS.

1.5.7 TRANSFERÊNCIA DE CARTEIRA

O que é:

O processo de transferência de carteira é regulamentado pela RN nº 112/2005 e tem como objetivo a autorização, por esta Agência, das transferências de carteiras entre as operadoras, com análise prévia de documentação solicitadas na citada Norma, visando a proteção de continuidade assistencial do beneficiário, na transferência voluntária, parcial ou compulsória de carteira.

O processo de trabalho de análise da transferência de carteira inicia-se com a solicitação prévia por parte da operadora adquirente, em que esta protocoliza na ANS os termos de responsabilidade e as informações explicitadas nos Anexos I e II da RN nº 112/2005.

Após a conferência das informações recebidas, é instaurado o processo administrativo para análise da documentação, sendo encaminhado à DIOPE - Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras e à GEDIT - Gerência de Direção Técnica memorando com solicitação de análise segundo suas competências regimentais. Dessa forma, a DIOPE analisa os riscos econômico-financeiros da operação e a GEDIT averigua se a operadora adquirente possui processos de direção técnica em andamento nesta Agência.

Ao se conceder autorização para a transferência de carteira, de qualquer tipo, é necessário que a operadora adquirente garanta aos beneficiários da carteira a ser adquirida a manutenção integral das condições vigentes dos contratos adquiridos sem restrições de direitos ou prejuízos para os beneficiários, conforme estabelece o artigo 4º da RN nº 112/2005.

Segundo a normativa em vigor, a operadora adquirente deverá proceder a transferência da carteira no primeiro dia do mês subsequente à autorização concedida por esta Agência e informar aos beneficiários tanto individualmente quanto em publicação em jornal de grande circulação, a transferência da carteira ocorrida, assim como informá-los quanto à garantia de manutenção das condições contratuais firmados anteriormente com a operadora cedente.

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

No período de junho a dezembro de 2016 foram efetuados 12 pedidos de transferência de carteira, que envolve análise assistencial e econômico-financeira, além da verificação do instrumento jurídico a ser registrado pelas operadoras em cartório. Em média, são 1,71 pedidos mensais.

Foram realizadas, no mesmo período 04 transferências de carteiras, com data de efetiva transferência até Dezembro/2016.

Mês	Pedidos	Mês	Pedidos
jun-16	01	out-16	03
jul-16	02	nov-16	01
ago-16	01	dez-16	-
set-16	04	Total	12

Das 12 solicitações de transferência de carteira protocolizadas no período de junho a dezembro de 2016, 07 foram autorizadas com data de efetiva transferência para 01/01/2017; 01/02/2017 e 01/03/2017 e 01 terá sua efetiva transferência em 01/04/2017 por solicitação da operadora.

Existem ainda, duas solicitações de transferência que se encontram sobrestadas por solicitação da DIOPE, pelo fato das operadoras adquirentes apresentarem inconsistências na análise econômico-financeira que não se enquadram no Art. 2º. Da RN 112/2005, porém são necessárias ações saneadoras das operadoras para a autorização daquela Diretoria.

1.5.8 PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

O que é:

A Portabilidade de Carências, instituída pela Resolução Normativa-RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, foi destinada a incentivar a concorrência no setor de saúde suplementar e a oferecer ao beneficiário de plano de contratação individual ou familiar maior mobilidade no mercado, incrementando suas possibilidades de escolha, isentando-o da necessidade de cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária quando da mudança de plano de saúde.

Para tratar de alguns aspectos operacionais da RN nº 186/2009, foi publicada a Instrução Normativa-IN nº 19/2009 da DIPRO, que dispõe sobre a compatibilidade dos produtos e a faixa de preços para fins de Portabilidade de Carências.

Com o advento da RN n.º 252, em 28 de abril de 2011, estendeu-se o benefício da portabilidade de carências aos beneficiários de planos coletivos por adesão e criou-se o instituto da Portabilidade Especial de Carências, em que a mudança de plano ou de operadora é ocasionada por motivos alheios à vontade do beneficiário.

Entretanto, verificou-se ao longo da vigência da RN nº 186/2009 que há importantes questões a serem atualizadas na norma de portabilidade.

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

Em 29 de abril de 2015, foi publicada a Portaria da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos nº 04 que instituiu um novo Grupo de Trabalho de Portabilidade de Carências com o objetivo de discutir e elaborar proposta acerca das regras gerais de portabilidade de carências na saúde suplementar, que vise ao incentivo à concorrência e à sustentabilidade do setor.

A proposta do GT de Portabilidade para a alteração da RN nº 186/2009 foi apreciada na 438ª reunião Ordinária de Diretoria Colegiada no dia 24 de fevereiro de 2016. Nessa reunião, a Diretoria Colegiada da ANS deliberou recomendando que fossem realizados estudos mais aprofundados sobre algumas alterações da norma de Portabilidade, principalmente em relação a questões jurídicas e de impacto regulatório. Com isso, a proposta de alteração da RN nº 186/2009 voltou a ser estudada internamente, o que acarretou em ajustes na proposta de acordo com as recomendações da DICOL.

Em 1º de dezembro de 2016, foi realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o Seminário de Regulação da Estrutura dos Produtos, cujas as bases das discussões foram os desafios na organização dos serviços da rede assistencial, o envelhecimento da população e a necessidade do aprimoramento dos mecanismos de portabilidade de carências.

Foi apresentada a criação e a evolução da portabilidade na saúde suplementar ao longo dos anos e a necessidade de estudar a ampliação desse mecanismo, que permite ao consumidor trocar de plano de saúde preservando as carências já cumpridas no plano de origem.

O evento contou com ampla participação do setor, totalizando 170 participantes de operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e universidades, entre outros.

Além disso, está prevista para o dia 17 de março de 2017 o debate sobre o tema de Portabilidade de Carências com os representantes do mercado e da sociedade por meio do Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos. O Comitê de Regulação da Estrutura dos Produtos foi criado com o objetivo de propiciar um espaço permanente de discussão com os representantes do setor de saúde suplementar a respeito dos temas relacionados à estrutura dos planos de saúde. Estão previstas mais duas reuniões com Comitê ainda no primeiro semestre de 2017.

1.5.9 MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

O que é:

O monitoramento do risco assistencial é uma iniciativa da ANS que tem por objetivo a prevenção de anormalidades que ponham em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde prestado pelas operadoras de planos privados de saúde aos seus beneficiários.

Consiste em um processo periódico e sistemático de análise e produção de informações a partir dos dados encaminhados pelas operadoras aos sistemas de informação da ANS e, também, das queixas apresentadas pelos beneficiários.

Desde meados de 2014 a GMOA/GGRAS/DIPRO identificou a necessidade de revisão da metodologia do monitoramento do risco assistencial, iniciando estudos e análises nesse sentido.

Com o objetivo de elaborar uma proposta de aprimoramento dos monitoramentos realizados a DIPRO instituiu um grupo de trabalho por meio da Portaria nº 03 de 29/04/2015.

Em Dezembro de 2016, a proposta da nova metodologia foi aprovada pela Diretoria Colegiada culminando na publicação DA Resolução Normativa – RN 416/16 e da Instrução Normativa – IN 49/16.

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

Em 2016, tendo em vista o processo de aprimoramento da metodologia do monitoramento do risco assistencial houve a suspensão da divulgação dos resultados dos processamentos do monitoramento.

METODOLOGIA QUE PASSARÁ A VIGORAR A PARTIR DE JANEIRO DE 2017

O eixo acompanhamento e avaliação da **garantia de atendimento** consiste na análise do cumprimento das regras previstas na RN nº 259, de 17 de junho de 2011, que avalia o atendimento às necessidades de saúde dos beneficiários de forma adequada e em tempo oportuno, sendo uma maneira indireta de aferição da adequação da rede assistencial das operadoras.

O **mapeamento do risco assistencial** é feito com base em indicadores que, a partir dos dados coletados nos sistemas de informação da ANS, aferem aspectos assistenciais, atuariais, econômico-financeiros, estruturais e operacionais dos produtos (planos de saúde).

Estão sujeitas ao **mapeamento do risco assistencial** as operadoras com registro ativo na ANS no trimestre de avaliação e com, ao menos, 1 (um) produto ativo. As administradoras de benefícios, as operadoras em processo de cancelamento de registro e aquelas que não apresentem beneficiários no trimestre de avaliação não são submetidas ao mapeamento do risco assistencial.

O **mapeamento do risco assistencial** será realizado por meio de processamentos trimestrais com períodos avaliativos correspondentes ao 1º (janeiro a março), 2º (abril a junho), 3º (julho a setembro) e 4º trimestre (outubro a dezembro) de cada ano corrente. O acompanhamento e a avaliação da garantia de atendimento vêm sendo realizados continuamente desde 2012 e seus resultados também são apurados trimestralmente.

Os resultados preliminares dos processamentos do Monitoramento do Risco Assistencial serão disponibilizados na forma de Prontuário a cada operadora. A partir da divulgação desses resultados, será concedido um prazo de 15 dias para os recursos das operadoras, que se encerra nas datas-limite divulgadas no Calendário das Operadoras.

AS DIMENSÕES E OS INDICADORES DO MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL

Três dimensões constituem o mapeamento do risco assistencial – a dimensão assistencial, a dimensão atuarial dos produtos e a dimensão de estrutura e operação. As dimensões têm peso igual (33,33%) na nota final da operadora. Os indicadores que serão aferidos no ano corrente são elencados abaixo:

Dimensão	Indicador	Tema	Peso da dimensão
Assistencial	Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário	Cobertura e acesso	33,33%
	Número de consultas ambulatoriais com pediatra por beneficiário até 14 anos	Cobertura e acesso/Promoção e Prevenção/Saúde da Criança	
	Proporção de consulta médica em pronto socorro	Cobertura e acesso/Promoção e Prevenção	
	Taxa de exames de ressonância magnética	Cobertura e acesso	
	Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica	Cobertura e acesso	
	Número de sessões de hemodiálise crônica por beneficiário	Cobertura e acesso	
	Taxa de internação hospitalar	Cobertura e acesso	
	Taxa de internação pediátrica	Cobertura e acesso	
	Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário	Cobertura e acesso/Promoção e Prevenção /Saúde Bucal	
	Taxa de raspagem supragengival	Cobertura e acesso/Promoção e Prevenção/Saúde Bucal	
	Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído	Cobertura e acesso/Saúde Bucal	
	Proporção de próteses odontológicas unitárias	Cobertura e acesso/Saúde Bucal	
	Pontuação bônus para operadoras com programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças	Promoção e Prevenção	0,15 x Nota Dimensão Assistencial

Dimensão	Indicador	Tema	Peso da dimensão
Atuarial dos Produtos	PMPE - Prazo Médio de Pagamento de Eventos	Pagamento aos prestadores de serviços	33,33%
	Proporção de NTRP's com valor comercial da mensalidade atípico	Sustentabilidade econômico-financeira	
	Índice Combinado Saúde Ampliado – ICSA (“sinistralidade líquida”)	Sustentabilidade econômico-financeira	
Estrutura e Operação	Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde	Oferta de procedimentos serviços	33,33%
	Dispersão da rede assistencial hospitalar	Oferta de procedimentos e serviços	
	Dispersão de serviços de urgência e emergência 24 horas	Oferta de procedimentos e serviços	
	Dispersão da rede assistencial odontológica	Oferta de procedimentos e serviços	

Os indicadores são aplicáveis de acordo com as segmentações em que atuam as operadoras e, em alguns casos, com o número de beneficiários.

CLASSIFICAÇÃO DAS OPERADORAS A PARTIR DA NOTA FINAL

De acordo com a nota final obtida as operadoras serão classificadas nas seguintes faixas de risco assistencial:

Faixa	Nota
Faixa 1	$0,7 \geq \text{Nota} \leq 1$
Faixa 2	$0,35 \geq \text{Nota} < 0,7$
Faixa 3	$0 \geq \text{Nota} < 0,35$
Faixa Indeterminada	Falta de informações

ENCAMINHAMENTOS DE ACORDO COM O MAPEAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL E DA GARANTIA DE ATENDIMENTO

As operadoras que forem classificadas na faixa 3, na indeterminada, ou na sua combinação, do mapeamento do risco assistencial ou na faixa 3 do acompanhamento e avaliação da garantia de atendimento nos três últimos trimestres de avaliação, serão analisadas com vista à adoção de medidas administrativas pela ANS.

As medidas administrativas que poderão ser adotadas pela ANS, de acordo com a gravidade do risco assistencial, são:

Medidas Administrativas
Visita técnico-assistencial
Suspensão da comercialização de parte ou de todos os produtos da operadora
Plano de Recuperação Assistencial
Direção Técnica e outras medidas previstas no art. 24 da Lei nº 9656 de 1998

1.5.10 SIP (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE PRODUTOS – PERFIL DE UTILIZAÇÃO)

O que é:

As informações assistenciais são essenciais para a realização de análises epidemiológicas, para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde (da qual o setor de Saúde Suplementar é uma parte significativa), como também para o planejamento e gestão da atividade regulatória da ANS, de forma que ela possa atingir sua visão de “ser reconhecida como indutora de eficiência e qualidade na produção de saúde”.

O Sistema de Informação de Produtos – SIP constitui-se como a principal ferramenta para o acompanhamento da assistência prestada pelas operadoras e seus dados são a base de diversos programas e ações da ANS.

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

Os dados do SIP em 2016 foram utilizados na avaliação e aferição dos indicadores de atenção à saúde no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar – Componente Operadoras e no Monitoramento do Risco Assistencial, realizado com o objetivo de avaliar o índice de risco à qualidade ou à continuidade da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de saúde. Outrossim, o Programa de Conformidade Regulatória também utilizou como critério de elegibilidade de operadoras a regularidade do envio de dados do SIP.

Estes programas e ações, além da gestão das informações dos produtos ofertados pelas operadoras setoriais, culminaram em ações indutoras do aperfeiçoamento de modelos de cuidado que promovem a interface necessária entre a promoção da saúde, a prevenção de doenças e os demais níveis e complexidades da assistência à saúde, em prol da garantia do acesso aos serviços e da melhoria da qualidade de vida da população beneficiária de planos de saúde.

1.5.11 INDUÇÃO À MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL

O que é:

Modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente

intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda (PAIM, 1999).

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

Com o intuito de induzir uma política voltada para a qualificação da atenção à saúde e a sustentabilidade do setor suplementar, fez-se necessário repensar o modelo de gestão em saúde até então promovido pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Modelo este hospitalocêntrico, centrado em procedimentos e fragmentado.

Introduzir na saúde suplementar a temática da promoção de saúde e prevenção, o controle de riscos e doenças, a gestão do cuidado e incentivar a reestruturação do processo de produção do cuidado, assim como, rediscutir as formas usuais de organização dos serviços de saúde, com vistas ao monitoramento dos fatores de risco, ao gerenciamento de doenças crônicas, à compressão da morbidade e diminuição dos anos de vida perdidos por incapacidade.

1.5.11.1 POLÍTICAS DE PROMOPREV

O que é:

A ANS vem desenvolvendo uma política indutora para que as operadoras insiram ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças no contexto de um plano de cuidado integrado que promova a identificação oportuna e o monitoramento dos riscos em saúde, a compressão da morbidade para idades mais avançadas e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de assistência à saúde.

Essa política leva em consideração as diretrizes empreendidas pelo Ministério da Saúde, as especificidades do setor de saúde suplementar, o aumento da longevidade da população e das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), responsáveis pelas principais causas de morbimortalidade: câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, doenças mentais e diabetes.

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

Dando continuidade à política de indução para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, no segundo semestre de 2016 foram realizadas duas oficinas nos dias 31/10 e 25/11, na sede da ANS, com representantes do setor suplementar para definir estratégias para o aprimoramento de ações de promoção e prevenção no setor e dois workshops regionais, sendo um em Fortaleza, no dia 10/11, e outro em São Paulo, no dia 05/12.

Nos workshops, além das apresentações da ANS sobre o cenário atual e perspectivas futuras, as operadoras apresentaram experiências exitosas e os participantes discutiram os principais problemas e possíveis caminhos para as operadoras aprimorarem o desenvolvimento de programas de promoção e prevenção de doenças.

No dia 12 de dezembro, no Rio de Janeiro foi realizado o Seminário Internacional “Inovações na Organização da Saúde Suplementar para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças”. O evento reuniu 140 profissionais da saúde suplementar, entre prestadores e representantes de operadoras e de entidades do setor.

A ANS fechou o ano de 2016 contabilizando 1.481 programas de promoção da saúde e prevenção de doenças que contemplam 1.759.785 beneficiários.

1.5.13 AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

O que é:

A ATS é o processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde, das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias, considerando os seguintes aspectos: segurança, acurácia, eficácia, efetividade, custos, custo-efetividade e aspectos de equidade, impactos éticos, culturais e ambientais envolvidos na sua utilização (BRASIL, 2009).

O objetivo da ATS é subsidiar as instâncias decisórias quanto à incorporação e monitoramento da utilização de tecnologias no sistema de saúde, além de orientar os profissionais de saúde e usuários em relação à segurança, aos benefícios e aos custos.

Como produtos de ATS, há diversas formas de apresentação, que variam de acordo com a solicitação, o tempo, o formato e a perspectiva da análise. Atualmente, o Brasil dispõe de Notas Técnicas de Revisão Rápida (NTRR), Pareceres Técnicos Científicos (PTC), Estudos de Avaliação Econômica (AE), Revisões Sistemáticas com e sem metanálise (RS), Estudos de Impacto Orçamentário (AIO), entre outros.

No Brasil, a implementação da ATS vinha sendo discutida desde a década de 1980 e tomou impulso após a instituição do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CCTI) pelo Ministério da Saúde em 2003. Este conselho criou, em 2005, um Grupo Permanente de Trabalho em Avaliação de Tecnologias em Saúde (GT/ATS), coordenado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), para desenvolver estudos de ATS. É também responsável pela condução de diretrizes e promoção de avaliações tecnológicas em saúde para incorporação no Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, o DECIT é membro da INAHTA.

No âmbito da saúde suplementar, cumpre esclarecer que o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é revisado a cada dois anos e no processo de revisão, busca-se utilizar a Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS, que consiste numa ferramenta essencial para a qualificação do processo de gestão, pois oferece subsídios técnicos baseados na melhor evidência científica contemporânea, com o objetivo de embasar decisões em saúde. Como já mencionado anteriormente, trata-se de uma forma de investigação multidisciplinar, cuja ferramenta fundamental é a avaliação crítica da validade das pesquisas clínicas realizadas com a nova tecnologia.

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

É de fundamental importância esclarecer que a equipe da GEAS/GGRAS realiza a avaliação de novas tecnologias e procedimentos demandados ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde dentro dos princípios da saúde baseada em evidências. Contudo, é preciso salientar que esta gerência operacional não pode ser categorizada como uma agência de avaliação de tecnologias *strictu sensu*, uma vez que tais instituições se dedicam de forma exclusiva à ATS, com prazos e equipe maiores, além de ferramentas diferenciadas.

Mesmo sem a pretensão de atuar como uma agência de avaliação de tecnologias, a fim de melhor qualificar a análise técnica, a GEAS/GGRAS criou um formulário eletrônico estruturado para envio das solicitações de alteração do Rol, via plataforma FormSUS e posteriormente, todo o material enviado pela plataforma foi divulgado via Dropbox (“nuvem” para guarda e compartilhamento de arquivos), no formato original.

Após o encaminhamento das solicitações pelos demandantes, a equipe compilou as principais informações e estudos relativos à nova tecnologia e realizou buscas ativas em bases de dados científicas, tais como; Centre for Reviews and Dissemination (<http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/>) da Universidade de York, Cochrane library e Pubmed, a fim de localizar revisões sistemáticas referentes à tecnologia solicitada.

Os principais critérios de priorização para a análise das demandas são:

- Existência de dados epidemiológicos relativos às patologias prevenidas/tratadas com o uso da tecnologia (incidência, prevalência, letalidade, mortalidade, morbidade, etc.);
- Existência de estudos atualizados sobre o impacto econômico financeiro da tecnologia- CUSTO EFETIVIDADE, de preferência utilizando dados nacionais;
- Ausência de outras tecnologias já incorporadas que desempenhem a mesma função;
- Existência de mão de obra especializada para utilização/manuseio da tecnologia em saúde;
- Existência de insumos e matéria-prima necessários para o uso da tecnologia em saúde;
- Existência de rede de prestação de serviços comprovadamente instalada;
- Existência de resultados efetivos em desfechos clínicos; e
- Se a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS já avaliou e aprovou a tecnologia em questão.

Em março de 2016 foi iniciado o processo de revisão do Rol, que entrará em vigor no ano de 2018. Com base nos princípios da ATS foram analisados os formulários (FormSUS) enviados pelos membros do COSAÚDE. Esta análise confere uma maior qualificação e padronização ao processo. Posteriormente os procedimentos analisados foram discutidos no Comitê.

1.5.14 REVISÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS ANS

O que é:

Entre as competências legais da ANS, definidas no Art. 3 da Lei nº 9.961/98, está a elaboração de um Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que constitui a referência básica para a cobertura assistencial mínima obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde comercializados a partir de 2/1/1999,

bem como para aqueles contratados anteriormente, desde que adaptados à Lei nº 9656/1998, nos termos do artigo 35 da referida Lei.

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, como mencionado anteriormente, é revisado periodicamente a cada dois anos e essas revisões têm visado: à reorganização da tabela de procedimentos, orientada pela lógica de cobertura; à inclusão de tecnologias com evidências de segurança, eficácia, efetividade e eficiência, e à exclusão de procedimentos obsoletos ou de insuficiente validação, a partir dos princípios da Medicina Baseada em Evidências; ao estabelecimento de diretrizes de utilização para determinados procedimentos; à avaliação do impacto econômico financeiro das novas inclusões; à garantia de cobertura a ações de promoção e prevenção; ao alinhamento da cobertura às políticas do Ministério da Saúde; e à correção de eventuais erros e adequação de divergências quanto à nomenclatura empregada em tabelas de uso corrente (CBHPM, TUSS).

- Nesse sentido, as revisões do Rol observam as seguintes diretrizes:
-
- Inclusão de tecnologias com evidências de segurança, eficácia, efetividade (Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS);
- Avaliação de tecnologias já aprovadas pela AMB - Associação Médica Brasileira e incorporadas à CBHPM;
- Avaliação de tecnologias com recomendação favorável pela Conitec e incorporadas pelo Ministério da Saúde;
- Exclusão de procedimentos obsoletos, sem segurança clínica ou com evidências de qualidade insuficientes, a partir dos princípios da Medicina Baseada em Evidências;
- Exclusão ou não inclusão de tecnologias não aprovadas pela AMB - Associação Médica Brasileira e não incorporadas à CBHPM;
- Exclusão ou a não inclusão de tecnologias com recomendação desfavorável pela Conitec e não incorporadas pelo Ministério da Saúde;
- Inclusão de novas Diretrizes de Utilização – DUT ou Diretrizes Clínicas – DC para os procedimentos a serem incorporados, visando a introdução de uma lógica voltada para o melhor cuidado em saúde e melhores práticas médicas, ao invés da simples incorporação de procedimentos a uma tabela de coberturas obrigatórias;
- Revisão de diretrizes (DUT ou DC) desatualizadas;
- Avaliação do impacto econômico financeiro das novas inclusões;
- Avaliação da distribuição geográfica da tecnologia a ser incorporada;
- Discussão das propostas de inclusão e exclusão com Grupo Técnico formado para esse fim (com representação derivada da CAMSS - Câmara de Saúde Suplementar);
- Consulta Pública para que toda sociedade participe desta discussão;
- Critérios éticos e sociais;
- Garantia de cobertura a ações de promoção e prevenção;
- Alinhamento às políticas do Ministério da Saúde;
- Comparação com a tecnologia em uso para o mesmo fim;
- Adequação à nomenclatura empregada em tabelas de uso corrente (CBHPM, TUSS);
- Parceria com AMB e com as Sociedades Médicas e com conselhos de profissionais da área da saúde para elaboração de DUT e priorização das tecnologias a serem avaliadas;
- Avaliação apenas de tecnologias que já possuam registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa.

Desse modo, a partir das referidas diretrizes, são traçados os critérios de priorização das demandas, os quais são elencados a seguir:

1. Existência de dados epidemiológicos relativos às patologias prevenidas/tratadas com o uso da tecnologia (incidência, prevalência, letalidade, mortalidade, morbidade, etc.).
2. Existência de estudos atualizados sobre o impacto econômico financeiro da tecnologia - custo efetividade, preferencialmente utilizando dados nacionais;
3. Inexistência de outras tecnologias já incorporadas que desempenhem a mesma função;
4. Existência de mão de obra especializada para utilização/manuseio da tecnologia em saúde;
5. Existência de insumos e matéria-prima necessários para o uso da tecnologia em saúde;
6. Existência de rede de prestação de serviços comprovadamente instalada;
7. Existência de resultados efetivos em desfechos clínicos; e
8. Avaliação de eficácia e efetividade pelo Conitec.

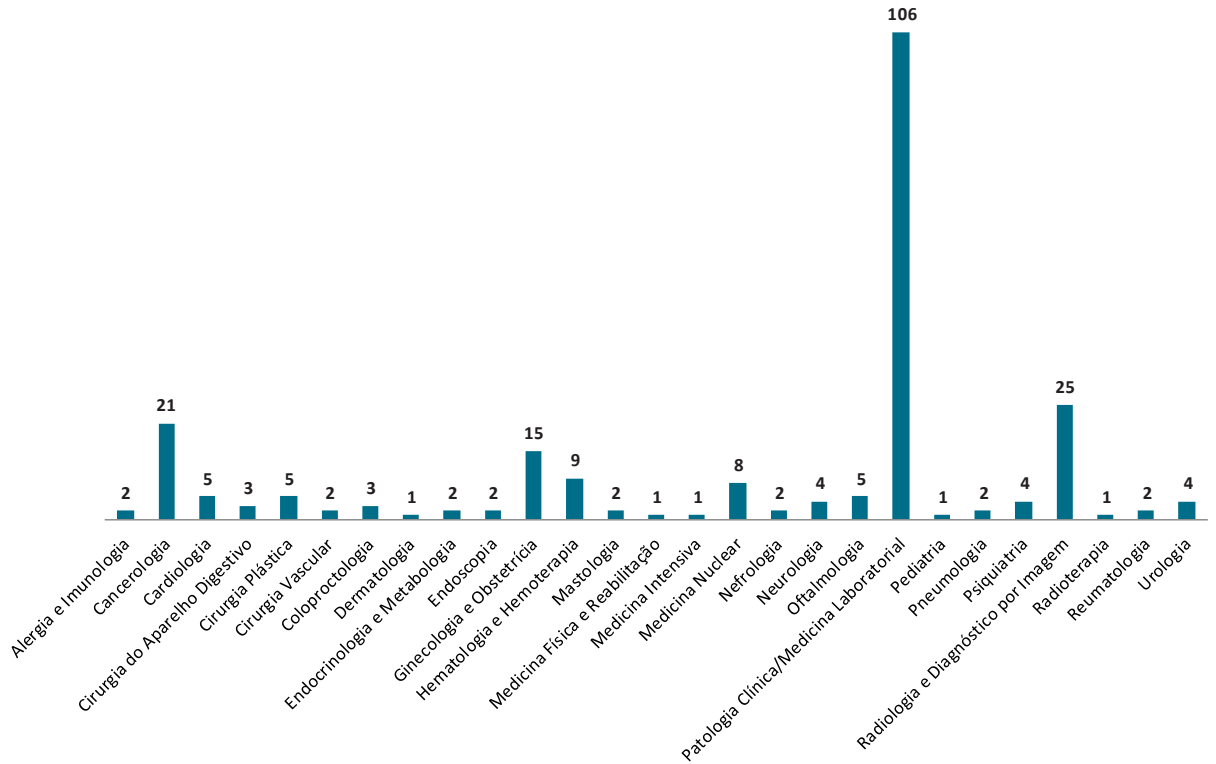
PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

O processo de revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que entrará em vigor a partir de 01 de janeiro de 2018, foi iniciado no ano de 2016. Ao longo do segundo semestre do referido ano, podemos destacar as seguintes atividades:

- a) Foi concluído em 05 de setembro de 2016, o período de recebimento dos formulários de entrada via plataforma FormSUS, que havia sido iniciado em 01 de março de 2016. Através do referido formulário, os demandantes puderam encaminhar à ANS as solicitações de inclusão e exclusão de procedimentos, bem como as propostas de inclusão, alteração e exclusão de diretrizes de utilização de procedimentos;
- b) Recepção de 238 formulários de entrada, com os respectivos arquivos, em torno de 1.700, que forneceram subsídios para as análises técnicas;
- c) Análise das solicitações encaminhadas através dos formulários de entrada via plataforma FormSUS, de acordo com os princípios da saúde baseada em evidências;
- d) Início das reuniões do GT do Formulário de Entrada para revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – 2018. Estas reuniões objetivam a apresentação, pelo demandante, do procedimento ou tecnologia a ser incorporado/alterado/excluído, das Diretrizes de Utilização propostas e das respectivas evidências científicas relacionadas; e
- e) Finalização das reuniões do GT de Genética.

Os 238 pedidos encaminhados para alteração do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde contemplaram **27** especialidades médicas, com um média de **8,81** procedimentos solicitados por especialidade, distribuídos da seguinte forma (Gráfico 6):

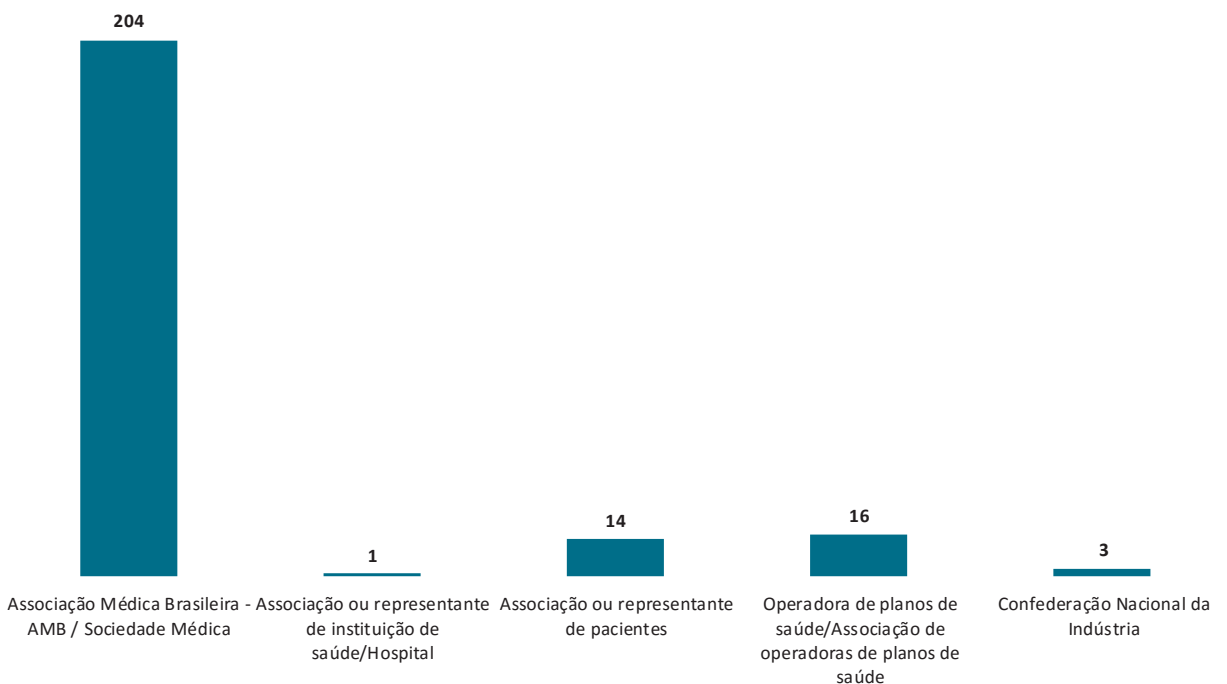
GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DAS SOLICITAÇÕES POR ESPECIALIDADE



Fonte: ANS, 2016.

Quanto à origem das demandas, as 238 solicitações foram distribuídas da seguinte forma (Gráfico 7):

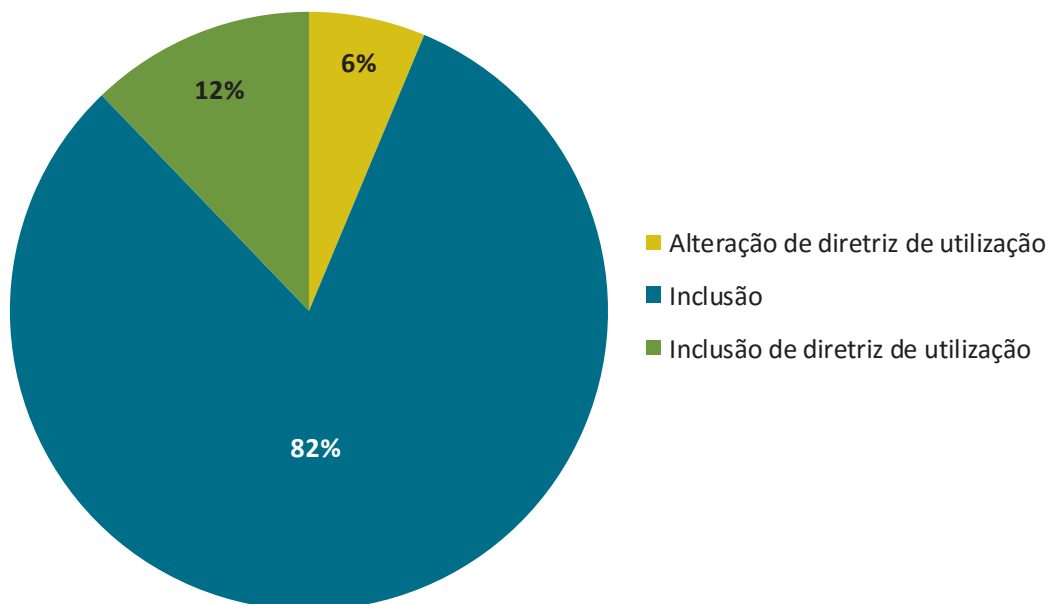
GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO DAS SOLICITAÇÕES QUANTO À ORIGEM



Fonte: ANS, 2016.

No tocante ao motivo da solicitação, os percentuais alcançados são os abaixo sinalizados (Gráfico 8):

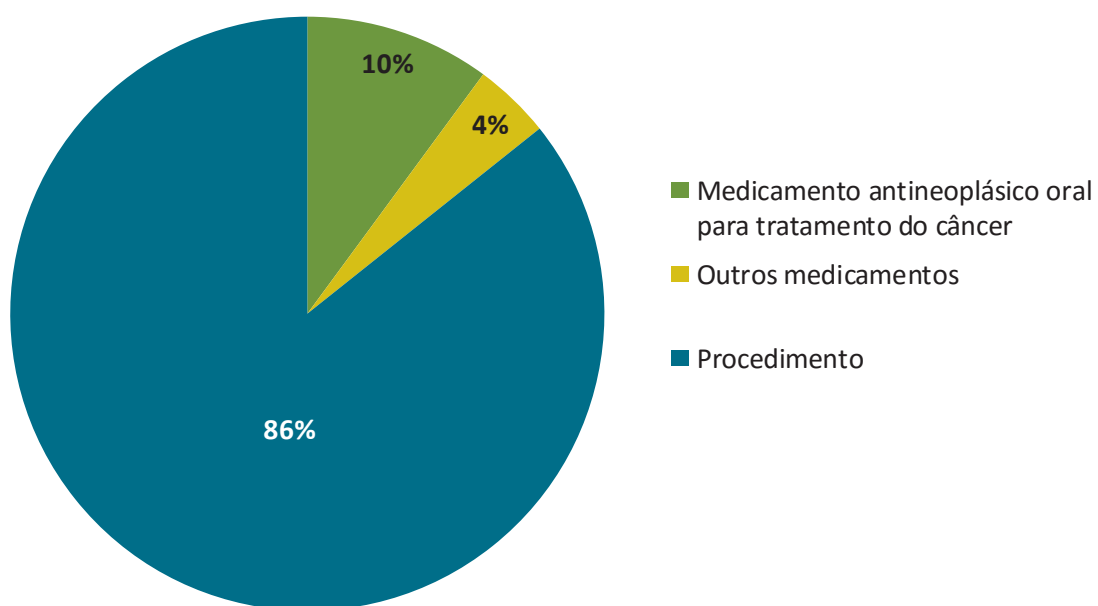
GRÁFICO 8 – DISTRIBUIÇÃO DAS SOLICITAÇÕES QUANTO AO MOTIVO



Fonte: ANS, 2016.

Os tipos de solicitação encaminhadas encontram-se demonstrados abaixo (Gráfico 9):

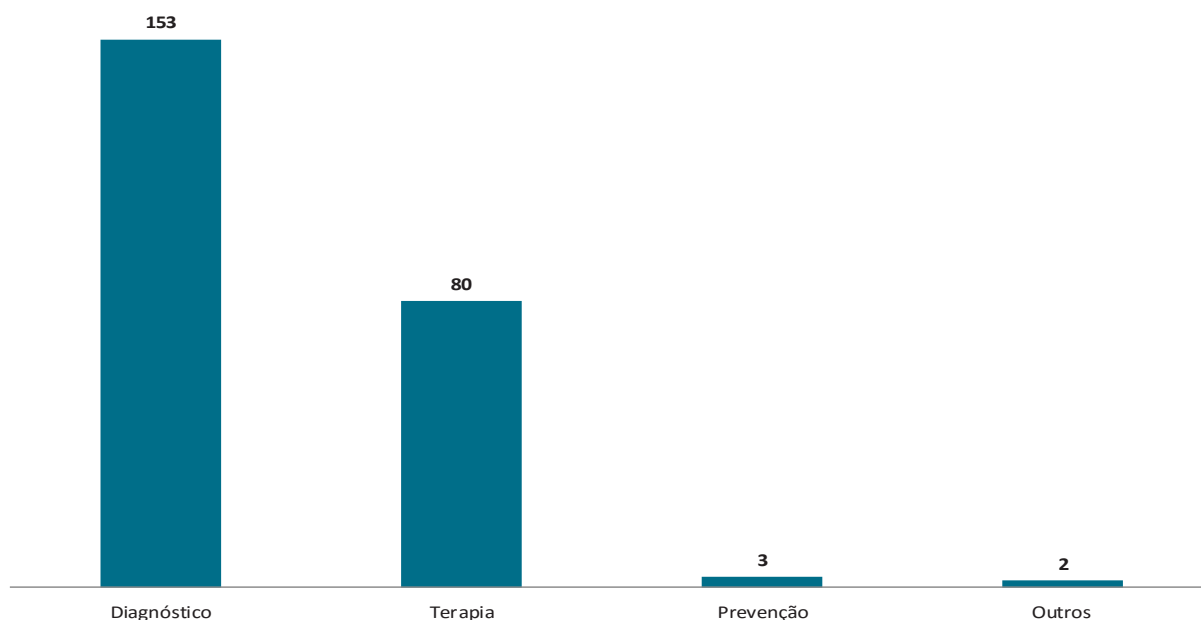
GRÁFICO 9 – DISTRIBUIÇÃO DAS SOLICITAÇÕES QUANTO AO TIPO



Fonte: ANS, 2016.

A natureza das tecnologias demandadas foi a que se segue (Gráfico 10):

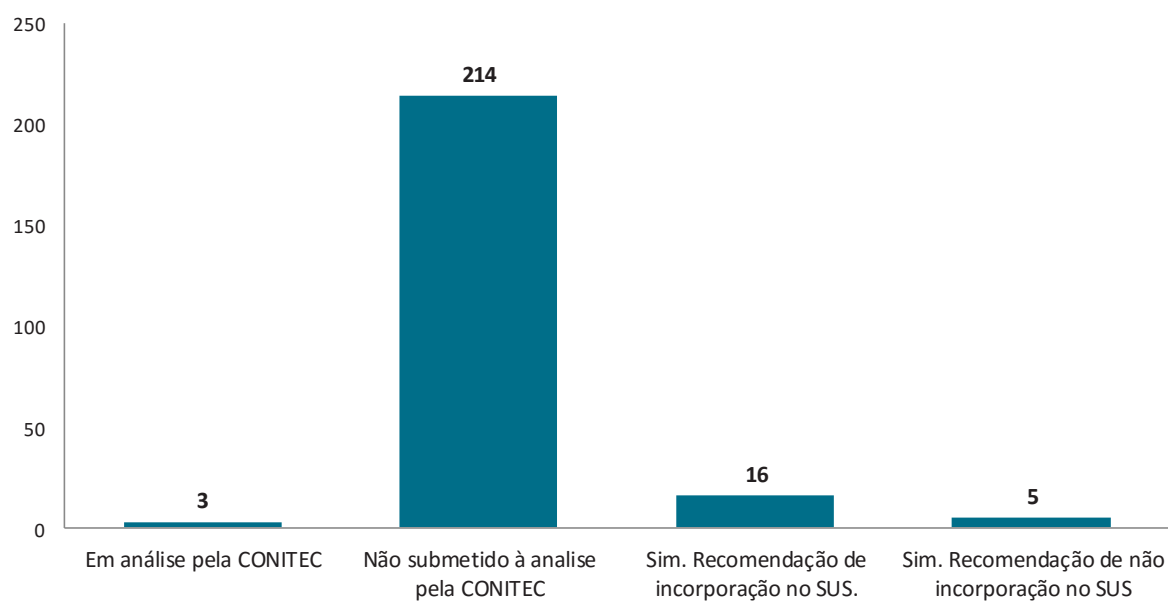
GRÁFICO 10 – NATUREZA DAS TECNOLOGIAS SOLICITADAS



Fonte: ANS, 2016.

Das 238 tecnologias solicitadas, 214 não haviam sido analisadas previamente pela CONITEC, conforme demonstrado no gráfico abaixo:

GRÁFICO 11 – QUANTITATIVO ANALISADO PELA CONITEC



Fonte: ANS, 2016.

As reuniões específicas do Grupo Técnico de Trabalho de Genética, deliberaram as seguintes conclusões: a) atualização dos subitens e orientações gerais para a DUT de análise molecular de DNA; b) proposição de 08 (oito) novos subitens; c) revisão dos subitens atuais; d) atualização da DUT de acilcarnitina; e e) uma nova DUT para focalização isoelétrica de transferrina.

Ao longo do ano de 2017, terá prosseguimento as reuniões do GT do Formulário de Entrada para revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – 2018 com os demandantes, bem como haverá a disponibilização de consulta pública para contribuições de toda sociedade civil.

Finda a consulta pública, as contribuições serão analisadas pela equipe da GEAS/GGRAS e o processo culminará com a edição do novo normativo que regulamentará o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – 2018, conforme cronograma definido abaixo:

Atividade	Período de realização
Abertura do formulário de entrada (formaSuS)	01/03/2016 a 30/08/2016 (Prorrogado até 05/09/2016)
Análise das demandas recebidas via formaSuS e realização de reuniões com o COSAUDE	Entre 01/09/2016 e fevereiro de 2017
Consulta pública	Sengundo trimestre de 2017
Análise das demandas recebidas via consulta pública e realização de reuniões com o COSAUDE	Sengundo trimestre de 2017
Publicação	Segundo semente 2017

1.5.15 POLÍTICA DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL

O que é:

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acompanha a produção assistencial das operadoras de planos de saúde através do Sistema de Informações de Produtos (SIP). Entre outras informações, as operadoras têm a obrigatoriedade de informar periodicamente o número executado de cirurgias cesáreas e partos normais, o que é fundamental para o monitoramento da assistência ao parto e nascimento na saúde suplementar.

Observa-se que no setor privado, a proporção de cirurgias cesáreas é bem maior do que no setor público, chegando a 88% dos nascimentos. No setor público, envolvendo serviços próprios do SUS e os contratados do setor privado, as cesarianas chegam a 46% (2).

Atenta a um problema de saúde pública tão relevante, a ANS tem ao longo dos últimos 12 anos, procurado aprimorar o seu arcabouço regulatório de forma a mudar a realidade da assistência obstétrica na saúde suplementar. Várias ferramentas têm sido utilizadas para o alcance desse objetivo: parcerias

institucionais, pesquisas, participação social para elaboração de propostas, publicações, campanhas, atualização e elaboração de normas, tais como a Resolução Normativa (RN) nº 368 de 06 de janeiro de 2015, que tem como foco principal minimizar a assimetria de informação que ronda o processo de parto e nascimento, empoderando as beneficiárias da saúde suplementar.

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

A GGRAS realizou a Avaliação de Impacto da Resolução Normativa nº 368. A norma entrou em vigor em julho de 2015 com o objetivo de fortalecer ainda mais as ações da Agência de estímulo ao parto normal, visando reduzir cesarianas desnecessárias. Seu ponto focal é garantir o direito da gestante a informações que auxiliem na sua tomada de decisão sobre o tipo de parto, bem como assegurar ao profissional de saúde informações sobre a evolução da gestação para garantir o melhor atendimento à mulher.

O estudo resulta de uma pesquisa feita com operadoras de planos de saúde médico-hospitalares - através do preenchimento voluntário de formulário eletrônico - na qual foram balizados os eventos ocorridos no período entre 04/07/2015 e 03/07/2016, ou seja, até um ano após a vigência da norma. O total de formulários válidos - preenchidos corretamente pelas operadoras - recebidos pela ANS corresponde a aproximadamente 58% dos beneficiários da saúde suplementar.

O estudo evidenciou que no curto período de vigência da norma (um ano), as novas obrigações estabelecidas, como a utilização do partograma em partos normais; a disponibilização de informações relativas aos percentuais de partos normais e cirurgias cesáreas (por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico) e a distribuição do Cartão da Gestante para as beneficiárias da saúde suplementar, foram incorporadas pela maioria das operadoras.

“O parto é um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher e de sua família, por isso é fundamental informá-la sobre os riscos que podem ser gerados em decorrência de um procedimento cirúrgico desnecessário. Políticas regulatórias como a RN nº 368 e outros projetos da ANS, como o Projeto Parto Adequado, apontam que é possível modificar o modelo de atenção ao parto e nascimento na saúde suplementar. Com o envolvimento consciente de operadoras, prestadores e beneficiários, chegaremos a ideias inovadoras e ótimos resultados”, afirmou Karla Coelho, diretora de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS.

PARTOGRAMA

Em relação à utilização do partograma em partos normais, 60% das operadoras afirmaram ter observado maior utilização deste instrumento após o início da vigência da norma. O dado é bastante positivo uma vez que o partograma, de simples realização, auxilia os obstetras nas decisões a serem tomadas frente a uma paciente em trabalho de parto.

Sua utilização constitui um dos indicadores utilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o monitoramento da saúde materna e neonatal. Eventualmente, nos casos em que não é possível o parto normal, a norma da ANS dispõe que deverá ser redigido um relatório médico detalhado contendo a justificativa pela adoção da cirurgia cesárea, o qual substituirá o partograma.

CARTÃO DA GESTANTE

Sobre o cartão da gestante, 80% das operadoras declararam ter disponibilizado o cartão às suas beneficiárias conforme o modelo preconizado pela ANS. A adoção do Cartão para registro da evolução da gravidez no âmbito da saúde suplementar tem como objetivo a redução da assimetria de informação, contribuindo, principalmente, para o atendimento qualificado da gestante em qualquer etapa da gestação e por qualquer profissional de saúde habilitado.

O instrumento facilita o melhor atendimento à mulher em trabalho de parto ou em situações de urgência/emergência - bem como nos casos de mudança de obstetra no decorrer da gestação - por permitir ao profissional de saúde que venha a atender a gestante o conhecimento de seu histórico pessoal e obstétrico e da evolução da gestação.

DIREITO A INFORMAÇÕES

Quanto ao direito do beneficiário de acesso aos percentuais de partos normais e cirurgias cesáreas, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico, verificou-se que 42% das operadoras declararam ter recebido e respondido solicitações de informações. Com isso, a ANS pretende empoderar a gestante no seu exercício de escolha da operadora, médico ou estabelecimento em que realizará o seu parto.

É importante destacar que em consonância com a RN nº 368, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou em junho de 2016 a Resolução 2144 estabelecendo critérios para a cesariana a pedido da paciente. Esta norma estabelece que, nas situações de risco habitual e para garantir a segurança do feto, a cesariana somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação. A Resolução também está de acordo com a recomendação da OMS de que o parto induzido ou a cirurgia cesárea não devem ser planejados antes de 39 semanas completas de gestação – a não ser que exista indicação clínica.

1.5.16 DIREÇÃO TÉCNICA

O que é:

De acordo com o art. 2º, inciso III, da Resolução Normativa nº 417, de 23 de dezembro de 2016, a Direção Técnica é o regime especial que pode ser decretado quando são detectadas anormalidades administrativas graves de natureza assistencial que coloquem em risco a assistência prestada aos beneficiários de uma operadora.

O art. 19, da Resolução Normativa nº 417, de 23 de dezembro de 2016, elenca as hipóteses nas quais pode ser instaurado o regime especial de Direção Técnica, vejamos:

Art. 19. O regime especial de Direção Técnica poderá ser instaurado quando houver:

I - não apresentação de resposta ao ofício de que trata o art. 3º;

II – impertinência das medidas que a operadora afirmou terem sido implementadas para solucionar as anormalidades administrativas graves de natureza assistencial identificadas;

III - falta de comprovação das medidas que a operadora afirmou terem sido implementadas para solucionar as anormalidades administrativas graves de natureza assistencial identificadas;

IV - falta de comprovação das alegações apresentadas;

*V - não apresentação, não aprovação ou não cumprimento de Plano de Recuperação Assistencial;
VI - identificação de anormalidades administrativas graves de natureza assistencial em operadora que esteve em Plano de Recuperação Assistencial ou Direção Técnica nos dois anos anteriores, contados da data do recebimento do ofício de notificação de anormalidades administrativas graves de natureza assistencial;*

VII - falhas de natureza assistencial, atuarial, estrutural ou operacional graves que indiquem risco iminente de desassistência, a dissolução da operadora ou colapso na prestação da assistência à saúde dos beneficiários, dentre outras hipóteses; ou

VIII - não envio reiterado de informações periódicas à ANS, que indiquem risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde.

Parágrafo único. Nos casos previstos nos incisos VI a VIII do caput, poderá ser afastado o oferecimento prévio do Plano de Recuperação Assistencial, sendo indicada a aplicação de quaisquer das medidas previstas no art. 24 da Lei nº 9.656, de 1998.

Cabe destacar que em 23 de dezembro de 2016 com a publicação da Resolução Normativa nº 417 e da Instrução Normativa da DIPRO nº 50, foi instituída nova disciplina para o regime especial de Direção Técnica.

O rito previsto para o regime especial prevê o encaminhamento de ofício de anormalidades administrativas graves de natureza assistencial, conforme dispõe o art. 3º e o art. 20, ambos da RN 417. Caso a operadora não apresente o Plano de Recuperação Assistencial – PRASS ou este não seja aprovado ou ainda, se aprovado, não seja cumprido, deve ser instaurado o regime especial de Direção Técnica.

Além dessas hipóteses, também pode ser instaurado o regime especial de Direção Técnica quando a operadora não apresentar resposta ao Ofício de que trata o art. 3º da RN 417, quando a resposta apresentada não comprovar que todas as anormalidades administrativas graves de natureza assistencial foram sanadas, ou ainda, nas hipóteses em que restar afastada a possibilidade de que seja apresentado o Plano de Recuperação Assistencial em virtude de risco grave a continuidade ou qualidade da assistência prestada aos beneficiários.

Para tanto, é elaborada Nota Técnica pela GEDIT, para fornecer subsídios ao Diretor da DIPRO, que indica a instauração do regime de Direção Técnica, sendo a indicação submetida a deliberação pela Diretoria Colegiada da ANS.

Caso a Diretoria Colegiada delibere pela instauração do regime, é nomeado Diretor Técnico, atendendo as previsões da Resolução Normativa Nº 300, de 20 de julho de 2012.

Iniciado o regime, após a elaboração do diagnóstico situacional da operadora, o Diretor Técnico pode solicitar que a operadora apresente o Programa de Saneamento Assistencial – PSA, que deverá ser enviado pela operadora no prazo de 15 (quinze) dias. Realizado o diagnóstico situacional, o Diretor Técnico pode, ainda, propor a retirada ordenada do mercado da operadora, sem que seja solicitada a apresentação do PSA.

A operadora deverá responder às Instruções Diretivas do Diretor Técnico, bem como informações requisitadas pela ANS, sob pena de afastamento do administrador

A duração do regime é de 365 (trezentos e sessenta e cinco dias), improrrogáveis, conforme previsão da Lei no 9656/98.

Ao término do regime, o Diretor Técnico deverá elaborar relatório conclusivo, com uma das seguintes indicações: levantamento do regime; sugestão, excepcionalmente, de instauração de um novo regime de Direção Técnica; alienação da carteira com posterior liquidação extrajudicial ou cancelamento do registro.

A GEDIT/DIPRO também elabora Nota Técnica com a indicação de desfecho do regime, para subsídio da indicação do Diretor da DIPRO e deliberação pela Diretoria Colegiada da ANS.

Ultrapassada a análise inicial quanto ao rito do regime, cabe apresentar o levantamento relativo ao ano de 2016.

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

Em 2016 foram instaurados 04 (quatro) regimes especiais de Direção Técnica:

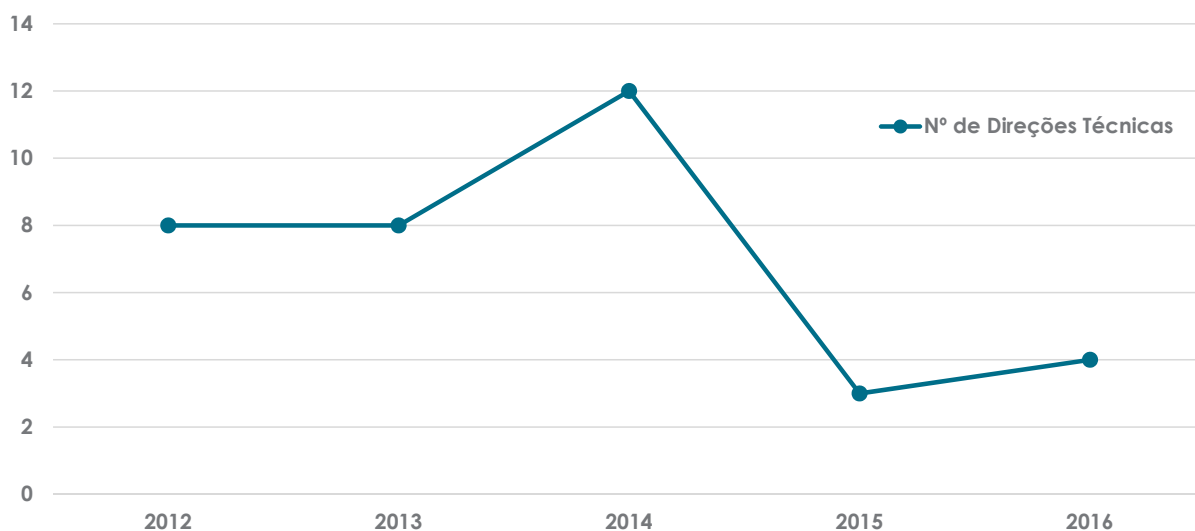
	Registro ANS	Operadora
Direção Técnica	27	SALUTAR SAÚDE SEGURADORA S/A
	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO
	384356	COOPUS - COOPERATIVA DE USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE DE CAMPINAS
	348066	UNIMED DAS ESTÂNCIAS PAULISTAS - OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE SOCIEDADE COOPERATIVA

Todos os regimes supracitados encontram-se em andamento.

A seguir, a evolução anual de Direções Técnicas:

Ano	Nº de DTS
2012	8
2013	8
2014	12
2015	3
2016	4
Total Geral	35

GRÁFICO 12 – NÚMERO DE DIREÇÕES TÉCNICAS



Fonte: ANS, 2016.

Em relação ao número de Direções Técnicas, em janeiro de 2016, 02 (duas) Direções Técnicas estavam em andamento, senão vejamos:

	Registro ANS	Operadora
Direção Técnica	348805	PROMED ASSISTENCIA MEDICA LTDA
Direção Técnica	393321	SANTO ANDRÉ PLANOS DE ASSISTENCIA MÉDICA LTDA

Os dois regimes acima listados foram encerrados em dezembro de 2016 e o desfecho encontra-se em análise pela GEDIT.

1.5.17 PRASS – PLANO DE RECUPERAÇÃO ASSISTENCIAL

O que é:

Nos termos do art. 2º, inciso II, da Resolução Normativa nº417, de 23 de dezembro de 2016, é o conjunto de medidas corretivas, estratégias, ações, documentos, metas e cronograma apresentados pelas operadoras, para sanar as anormalidades administrativas graves de natureza assistencial que possam colocar em risco a qualidade e a continuidade do atendimento aos beneficiários.

O art. 3º da Resolução Normativa nº 417 dispõe que identificada a prática de anormalidades administrativas graves de natureza assistencial, a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO encaminhará ofício de notificação à operadora, concedendo prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data do recebimento do ofício, para a apresentação do Plano de Recuperação Assistencial.

As medidas, projeções, metas e cronograma devem ser especificadas pela operadora no Plano, com um prazo de vigência de até 12 meses.

O Plano de Recuperação Assistencial-PRASS é analisado pelo Diretor da DIPRO, que poderá ou não o aprovar. O diretor da DIPRO também é responsável pela avaliação quanto ao cumprimento do PRASS.

Da decisão do Diretor da DIPRO cabe recurso à Diretoria Colegiada no prazo de 10 dias. A DICOL pode conceder, excepcionalmente, mais 15 dias para que a operadora apresente novo Plano de Recuperação Assistencial.

Assistencial, de modo a evitar a instauração imediata de regime especial de Direção Técnica.

Caso o Plano de Recuperação Assistencial não seja aprovado, a operadora será submetida ao regime de Direção Técnica.

A operadora deverá encaminhar relatórios mensais, para a avaliação das medidas adotadas para sanar as anormalidades administrativas graves de natureza assistencial verificadas pela ANS.

Ao término do Plano de Recuperação Assistencial, a GEDIT é responsável pela elaboração de Nota Técnica, que subsidiará a decisão do Diretor da DIPRO, que pode determinar o encerramento do Plano de Recuperação Assistencial, por cumprimento deste, ou indicar a instauração de Direção Técnica, por seu descumprimento.

PANORAMA DE 2016 – PROCESSO ATUAL

Em 2016 foram acompanhados pela Gerência de Direção Técnica 10 (dez) Planos de Recuperação Assistencial:

	Registro ANS	Operadora
Direção Técnica	323811	ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR SÃO LUCAS S/A
	348520	MEDISANITAS BRASIL ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE S/A.
	324213	UNIMED NORTE/NORDESTE CONFEDERAÇÃO DAS SOC COOP DE TRAB MEDICO
	304051	UNIMED MONTES CLAROS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.
	335657	ADVANCE PLANOS DE SAÚDE LTDA
	385255	UNIHOSP SAÚDE S.A.
	303623	CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO
	314170	COOPERATIVA DE USUÁRIOS ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR DO SICOOB - VIVAMED
	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO
	313971	FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO DO ACRE, AMAPÁ, AMAZONAS, PARÁ, RONDONIA E RORAIMA

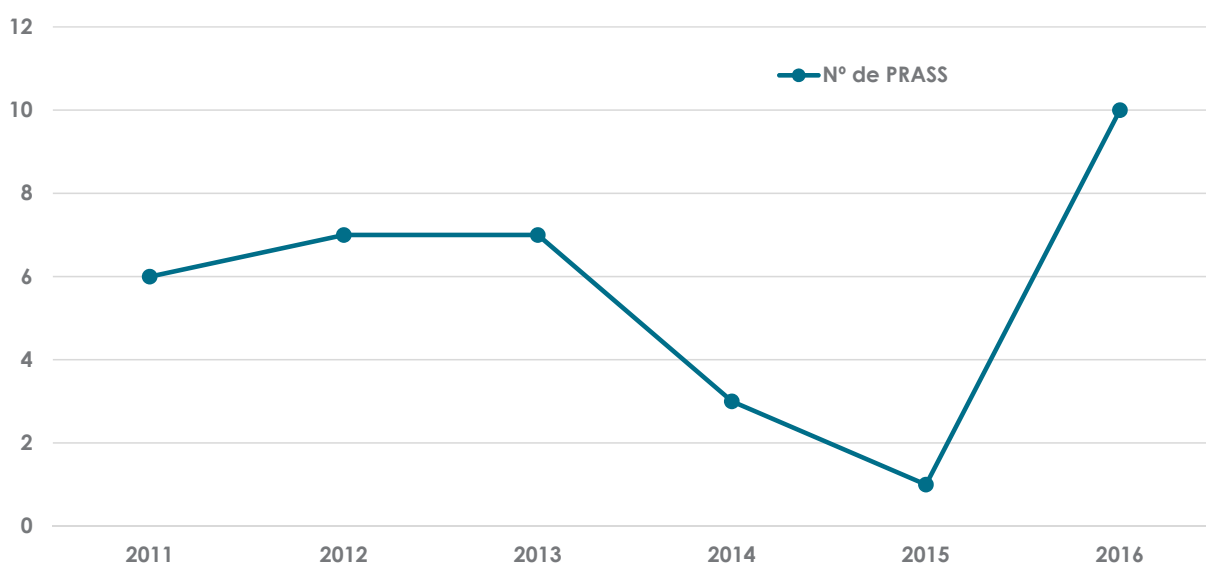
A seguir é apresentada a situação dos Planos de Recuperação Assistencial acima elencados:

Situação do Prass	Nº de Operadoras
Arquivamento	2
Em Direção Técnica	1
Em andamento	7
Total Geral	10

Segue, abaixo, a evolução anual dos Planos de Recuperação Assistencial:

Ano	Nº de Operadoras
2011	6
2012	7
2013	7
2014	3
2015	1
2016	10
Total Geral	34

GRÁFICO 13 – EVOLUÇÃO DO PRASS



Fonte: ANS, 2016.

Em janeiro de 2016 nenhuma operadora encontrava-se em Plano de Recuperação Assistencial.

Considerando essas informações, ao longo do ano, comparando os meses de janeiro e dezembro, tivemos o seguinte quantitativo de operadoras em Direção Técnica e em Plano de Recuperação Assistencial:

Situação	jan/16	dez/16
Direção Técnica	2	4
PRASS	0	10

Ao longo de 2016 foram acompanhadas 06 (seis) operadoras em regime de Direção Técnica e 10 (dez) operadoras em Plano de Recuperação Assistencial, dentre outros encaminhamentos dados a processos pela GEDIT, conforme tabela a seguir:

	Registro ANS	Operadora
Direção Técnica vigente	27	SALUTAR SAÚDE SEGURADORA S/A
	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO
	384356	COOPUS - COOPERATIVA DE USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE DE CAMPINAS
	348066	UNIMED DAS ESTÂNCIAS PAULISTAS - OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE SOCIEDADE COOPERATIVA
	419168	COOPUS PLANOS DE SAÚDE LTDA
Direção Técnica expirada - em análise	400190	SANTO ANDRÉ PLANOS DE ASSISTENCIA MÉDICA LTDA
	348805	PROMED ASSISTENCIA MEDICA LTDA
Alienação de carteira	403849	PRONTOMED ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA
PRASS - em andamento	323811	ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR SÃO LUCAS S/A
	348520	MEDISANITAS BRASIL ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE S/A.
	324213	UNIMED NORTE/NORDESTE CONFEDERAÇÃO DAS SOC COOP DE TRAB MEDICO
	304051	UNIMED MONTES CLAROS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.
	335657	ADVANCE PLANOS DE SAÚDE LTDA
	385255	UNIHOSP SAÚDE S.A.
	313971	FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO DO ACRE, AMAPÁ, AMAZONAS, PARÁ, RONDONIA E RORAIMA
PRASS - Arquivado	303623	CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO
	314170	COOPERATIVA DE USUÁRIOS ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR DO SICOOB - VIVAMED

continua...

	Registro ANS	Operadora
PRASS descumprido	393321	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO
Em análise DT	320111	SAÚDE SIM LTDA
	415537	LOTUS OPERADORA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA.
	413402	UNILIFE SAÚDE LTDA.
Arquivado - após resposta ao ofício de notificação	884	ITAUSEG SAÚDE S.A.

1.6 MACROPROCESSOS NÃO FINALÍSTICOS

1.6.1 ELABORAÇÃO DE NORMATIVOS

Um dos macroprocessos não finalísticos empreendidos pela DIPRO consistem em atividades de assessoramento normativo referentes a elaboração, avaliação e encaminhamento de notas e relatórios técnicos, minutas de atos administrativos e proposições normativas relacionados às atividades da Diretoria.

Ao longo do período compreendido entre junho e dezembro de 2016 foram aprovados os seguintes normativos originários ou afetos à DIPRO:

- RN 407/2016 - Altera a Resolução Normativa - RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes diagnósticos para infecção pelo vírus Zika.
- RN 409/2016 - Altera o anexo da Resolução Normativa nº 398, de 05 de fevereiro de 2016, a qual dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante.
- RN 412/2016 - Dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão.
- RN 415/2016 - Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, instituído pela Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, a RN nº 198, de 16 de julho de 2009.
- RN 416/2016 - Dispõe sobre o Monitoramento do Risco Assistencial sobre as operadoras de planos de assistência à saúde.

- RN 417/2016 Dispõe sobre o Plano de Recuperação Assistencial e sobre o regime especial de Direção Técnica, no âmbito do mercado de saúde suplementar, revoga a RN nº 256, de 18 de maio de 2011, e dá outras providências.
- IN 049/2016 DIPRO - Dispõe sobre as medidas administrativas decorrentes da avaliação das operadoras de planos de assistência à saúde no Monitoramento do Risco Assistencial, a que se refere a RN nº 416, de 22 de dezembro de 2016.
- IN 050/2016 DIPRO - Regulamenta a Resolução Normativa – RN nº 417, de 22 de dezembro de 2016, para dispor, em especial, sobre o Plano de Recuperação Assistencial, sobre o regime especial de Direção Técnica e sobre o Programa de Saneamento Assistencial no curso do regime especial de Direção Técnica, e revoga a Instrução Normativa - IN nº 33, 6 de julho de 2011, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

RN Nº 412/16 - GEMOP

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através do trabalho desenvolvido pela GEMOP publicou, em 11 de novembro de 2016, a Resolução Normativa nº 412, que dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão.

Para a edição da RN nº412, de 10 de novembro de 2016, a ANS realizou a Câmara Técnica da Regulamentação do Pedido de Cancelamento/Exclusão de Beneficiários de Planos de Saúde onde foi discutida a e apresentada a proposta de resolução normativa para regulamentar o tema aos principais representantes do mercado de saúde suplementar.

O objetivo da norma é extinguir possíveis ruídos na comunicação entre beneficiário e a operadora no momento em que o primeiro manifesta sua vontade de cancelar o plano de saúde ou de excluir dependentes. A resolução se aplica aos contratos celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e entra em vigor no prazo de 180 dias corridos contatos a partir de 11/11/2016, data de sua publicação no Diário Oficial da União.

1.6.2 ELABORAÇÃO DE ENTENDIMENTOS

Nota no. 02/DIRAD/DIPRO/2016 – Assunto: Variação das contraprestações pecuniárias em razão da idade em contratos firmados no período compreendido entre 02/01/1999 e 31/12/2003.

1.6.3 OUTRAS DEMANDAS

Análise dos Processos Sancionadores (ASSNT) no período compreendido entre junho e dezembro de 2016: **encaminhamento de 1280 votos.**

Representação por não envio de informações periódicas (ASSNT) no período compreendido entre junho e dezembro de 2016: **abertura e acompanhamento de 301 processos.**

Demandas externas (ASSNT), via E-SIC, no período compreendido entre junho e dezembro de 2016: **38 demandas recepcionadas e respondidas.**

Ao longo do segundo semestre de 2016, a GEAS/GGRAS produziu 276 respostas a questionamentos elaborados em grande parte pelo Poder Judiciário, sobre cobertura assistencial, mecanismos de regulação e sobre o processo de revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

A GEAS/GGRAS respondeu a 583 questionamentos técnicos ao longo do 2º. semestre de 2016, relativos a dúvidas oriundas de NIP – Notificação de Intermediação Preliminar da DIFIS, da Ouvidoria da ANS, das operadoras e dos consumidores. Estes questionamentos ingressam via plataforma SIF-Relacionamento e as respostas são devolvidas para o demandante através do mesmo sistema.

1.7 EVENTOS E REDES DE TRABALHO

1.7.1 EVENTOS REALIZADOS PELA DIPRO

1.7.1.1 SEMINÁRIOS

No dia 01/12, foi realizado no Rio de Janeiro, o Seminário sobre Regulação da Estrutura dos Produtos na Saúde Suplementar com o objetivo de discutir temas como rede assistencial, pacto intergeracional e portabilidade de carências como mecanismo de concorrência no setor.

O evento foi destinado a representantes do setor, especialistas da área acadêmica e aos órgãos de defesa do consumidor, que debateram os assuntos em mesas-redondas e contou com aproximadamente 200 participantes.

No dia 12/12, no Rio de Janeiro, foi realizado pela GGRAS/DIPRO o seminário com o tema “Inovações na Organização da Saúde Suplementar para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças”. O encontro reuniu 140 profissionais da saúde suplementar, entre prestadores e representantes de operadoras e de entidades do setor, e fez parte do ciclo de oficinas e workshops Promoprev – iniciativa da ANS para estimular a criação de modelos de atenção que priorizem a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

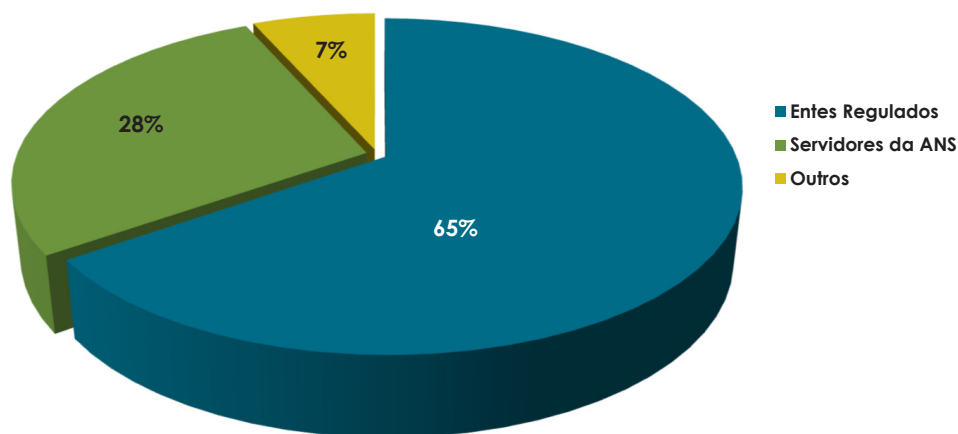
1.7.1.2 AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

A Gerência de Manutenção e Operação dos Produtos (GEMOP) realizou a Audiência Pública nº 04 em 24 de outubro de 2016 no auditório da Confederação Nacional do Comércio, no Rio de Janeiro/RJ. A realização da audiência foi aprovada pela Diretoria Colegiada da ANS, em sua 453ª Reunião Ordinária, ocorrida em 04 de outubro de 2016.

A finalidade da audiência pública foi de debater e recepcionar contribuições da sociedade civil e dos agentes regulados sobre a proposta de regulamentação específica dos contratos coletivos empresariais com poucas vidas.

A Audiência Pública contou com a presença de 75 participantes, assim distribuídos: 49 profissionais e entidades representativas das operadoras de planos privados de assistência à saúde, 21 servidores públicos da ANS e 05 representantes de outras categorias (Acadêmicos, Defensoria Pública, Ministério da Fazenda e Escritórios de Advocacia), conforme ilustrado na Figura abaixo:

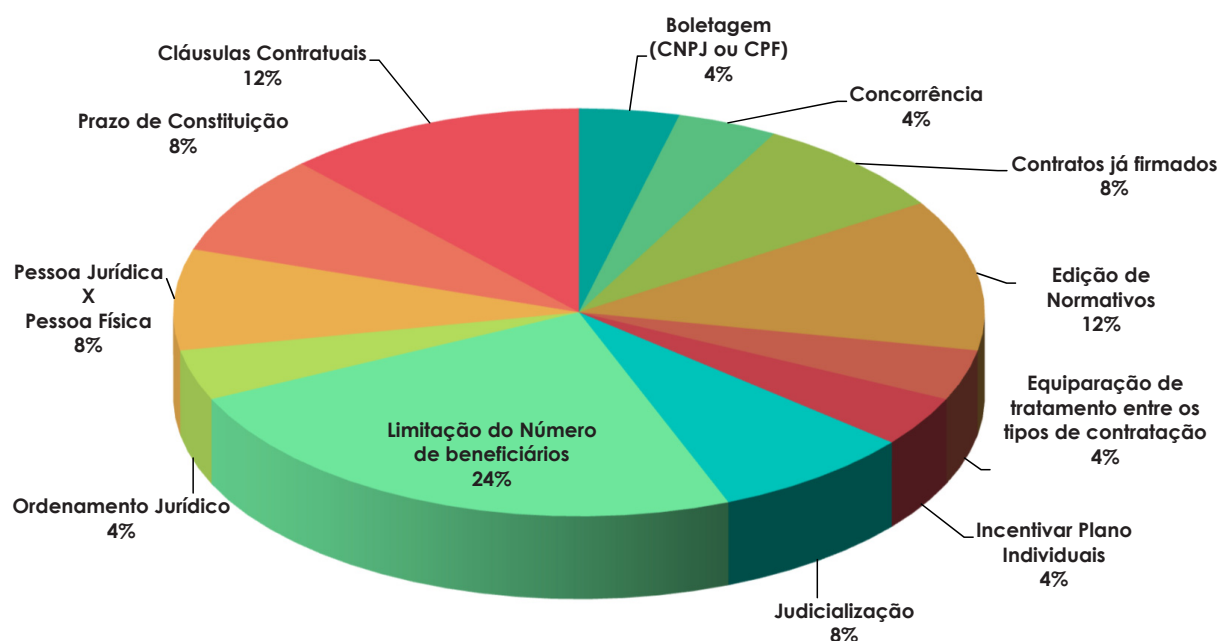
PARTICIPANTES



Fonte: ANS, 2016.

A audiência recebeu 25 contribuições por parte dos profissionais e entidades representativas das operadoras de planos privados de assistência à saúde e da Defensoria Pública.

QUESTÕES DISCUTIDAS POR TEMA



Fonte: ANS, 2016.

Os subsídios colhidos serão considerados na revisão e eventual adequação na elaboração do texto final do normativo proposto.

O relatório, bem como cópias digitais da lista de presença, da apresentação técnica realizada no evento e da gravação em áudio estão disponíveis no endereço eletrônico www.ans.gov.br, em “Participação da Sociedade”, no item “Audiências Públicas”.

1.7.2 REDES DE TRABALHO (PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE TRABALHO E COMITÊS INTERNOS E EXTERNOS)

INTERNOS

- Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar - COPISS
- Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde – COSAÚDE
- Comitê Qualificação de Operadoras (GEEIQ/DIDES)
- Grupo Técnico de Boas Práticas Regulatórias (GPLAN)
- Comissão Permanente de Tecnologias Colaborativas (SEGER)

EXTERNOS

- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) – coordenada pelo Ministério da Saúde
- Comitê Gestor da Rede Cegonha – coordenado pelo Ministério da Saúde
- Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS) – coordenado pelo Ministério da Saúde
- Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) – coordenada pelo Ministério da Saúde
- Grupo de Discussão em Avaliação de Tecnologias de Saúde (GRUDA) – coordenado pelo Ministério da Saúde
- Câmara Técnica de Órtese e Prótese – coordenada pelo Ministério da Saúde
- Materiais e Implantes – AMB
- Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia – Núcleo Parto Normal, coordenada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)
- Diretrizes para estímulo ao Parto Normal – Ministério da Saúde
- Comitê Gestor Oncologia INCA (Lei 60 dias) – coordenado pelo Ministério da Saúde
- Comitê Gestor da rede de atenção psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas
- Comissão sobre Acesso e Uso do Genoma Humano – coordenada pelo Ministério da Saúde
- Grupo de Trabalho Saúde Mental – coordenado pelo Ministério da Saúde
- CT Serviço Técnico de Saúde (CTSTS) – coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa
- Câmara Técnica para revisão da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) – coordenado pela Associação Médica Brasileira – AMB
- Rede Interagencial de Informações Para a Saúde (RIPSA) – coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS
- Health Technology Assessment International (HTAI)

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) idealizada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O IHAC soma-se aos esforços do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM/MS), coordenado pelo Ministério da Saúde.
- Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde - a ANS é membro do grupo técnico do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil para o período compreendido entre 2011 – 2022, uma iniciativa do Ministério da Saúde.

1.8 ESTUDOS E PESQUISAS

1.8.1 ESTUDO SOBRE PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

No final de 2016, foi contratado um prestador de serviços especializado para realização de estudo sobre o comportamento do consumidor de planos de saúde na utilização do instrumento de portabilidade de carências com o intuito de analisar a eficiência e a efetividade da RN nº 186/2009 e do Guia ANS de Planos de Saúde.

O estudo irá analisar o grau de satisfação do beneficiário na utilização da portabilidade de carências, com o objetivo de avaliar a eficiência e a efetividade da norma de portabilidade, nos seguintes aspectos: compreensão das regras de portabilidade de carências; usabilidade do Guia ANS de Planos de Saúde; satisfação com o novo plano; e sugestões e reclamações quanto às regras/formas de exercício da portabilidade.

1.9 PUBLICAÇÕES

1.9.1 PERIÓDICOS ANUAIS

PAINEL DE PRECIFICAÇÃO

O Painel de Precificação é uma publicação de periodicidade anual destinada a apresentar à sociedade e aos agentes do mercado de saúde suplementar um panorama segmentado da formação inicial de preços dos planos de saúde, conforme o valor comercial informado nas Notas Técnicas de Registro de Produto (NTRP's) vigentes para os planos em comercialização no mercado brasileiro, e a monitorar a evolução dos preços de planos de assistência à saúde com formação de preço pré-estabelecido.

Além disso, esse estudo analisa os reajustes por mudança de faixa etária e os demais componentes da precificação dos produtos, tais como o custo médio dos itens de despesa assistencial (consultas médicas, exames, terapias, internações e outros atendimentos ambulatoriais) e demais despesas não assistenciais, além de suas evoluções.

Tal publicação é disponibilizada no sítio da ANS, desde o ano 2012. A edição mais recente é a de 2015, que pode ser encontrada no seguinte endereço:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Foco/painel_precificacao2015_completo.pdf

O painel de precificação relativo ao ano de 2016 está na fase de diagramação e será publicado no mês de abril de 2017.

1.9.2 CARTILHAS

PUBLICAÇÃO: “CARTILHA SOBRE GARANTIA DE ATENDIMENTO PELOS PLANOS DE SAÚDE”

A cartilha sobre Garantia de Atendimento pelos Planos de Saúde, cujo lançamento foi realizado no I Seminário sobre Regulação da Estrutura dos Produtos na Saúde Suplementar traz orientações para os beneficiários de planos de saúde sobre o assunto, com informações importantes sobre a realização de consultas, exames e cirurgias.

De acordo com o material, urgências e emergências devem ser atendidas imediatamente, e os exames de análises clínicas, em até três dias. Consultas como as de pediatria, ginecológica e odontologia, podem ser realizadas em uma semana. Serviços diagnósticos, de terapia e de sessões com psicólogo ou fonoaudiólogo, por exemplo, devem ser fornecidos num prazo de até 10 dias. Já algumas especialidades médicas podem ser feitas em duas semanas. Os procedimentos de alta complexidade e internação eletiva têm até 21 dias para serem atendidos.



A cartilha esclarece que o atendimento poderá ser realizado por qualquer profissional ou estabelecimento de saúde que faça parte da rede de prestadores da operadora de plano de saúde contratada, e não por profissionais específicos.

Segundo a diretora de Normas de Habilitação dos Produtos (DIPRO), Karla Santa Cruz Coelho, “Dar transparência a informações de interesse do cidadão é um dos objetivos do trabalho desenvolvido pela ANS. Dessa forma, estimulamos o empoderamento dos beneficiários planos de saúde quanto aos seus direitos. Por isso, com a publicação dessa cartilha, a ideia é informar ao consumidor, de forma clara, transparente e em linguagem fácil, as regras sobre os prazos de atendimento”.

A publicação informa também sobre áreas de cobertura de planos de saúde, orientações sobre reembolso, como agendar uma consulta ou procedimento, necessidade de solicitação de protocolo de atendimentos, além dos canais de comunicação da ANS para registro de reclamações e a mediação de conflito.

A cartilha sobre prazos máximos de atendimento está disponível em meio digital no portal da ANS, na seção Publicações.

CARTILHA DOS DEMITIDOS E APOSENTADOS

A Coordenação Regulatória de Acesso aos Produtos (CORAP/GEMOP/GGREP/DIPRO) publicou com o apoio da GECOMS uma Cartilha destinada aos empregados e ex-empregados que participam ou participaram do pagamento do plano de saúde coletivo empresarial contratado a partir de 1999 pelo empregador ou ex-empregador.

Este material tem como objetivo trazer de forma objetiva e em linguagem de fácil leitura para o empregado ou ex-empregado os principais aspectos da Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2011, que regulamenta ao direito de manutenção da condição de beneficiário de plano privado de assistência à saúde, em decorrência da demissão sem justa causa ou aposentadoria.

CARTILHA DE CANCELAMENTO A PEDIDO

A Coordenação Regulatória de Acesso aos Produtos (CORAP/GEMOP/GGREP/DIPRO) está desenvolvendo com o apoio da GCOMS uma Cartilha destinada a esclarecer a regulamentação do cancelamento ou exclusão a pedido do beneficiário recentemente regulamentada pela Resolução Normativa nº 412/16.

Este material tem como objetivo trazer de forma objetiva e em linguagem de fácil leitura para os consumidores, as principais regras e consequências do pedido de cancelamento ou exclusão a pedido do beneficiário para que auxilie o consumidor na tomada da decisão.

No presente momento, estão sendo feitos ajustes finais com a GECOMS para apresentação da cartilha e dos textos de divulgação aos gerentes e diretores da ANS.

EQUIPE INTEGRANTE DESTA GESTÃO

2º SEMESTRE DE 2016

DIREÇÃO

Diretora de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO)

Karla Santa Cruz Coelho

ASSESSORAMENTO E CONTROLE DA GESTÃO

Assessoria Normativa

Joao Roberto Caldeira de Oliveira

Assessoria de Apoio à Gestão

Mírian Carvalho Lopes

Assessoria de Projetos Estratégicos

João Luis Barroca de Andrea

UNIDADES ORGANIZACIONAIS POR MACROPROCESSOS

REGULAÇÃO DA ESTRUTURA DOS PRODUTOS

Gerência-Geral Regulatória da Estrutura dos Produtos (GGREP)

Rafael Pedreira Vinhas

Gerência de Manutenção e Operação dos Produtos (GEMOP)

Fabricia Goltara Vasconcellos Faedrich

Gerência de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais (GEARA)

Felipe Umeda Valle

Gerência Econômico Financeira e Atuarial dos Produtos (GEFAP)

Daniele Rodrigues Campos

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Gerência-Geral de Regulação Assistencial (GGRAS)

Raquel Medeiros Lisboa

Gerência de Direção Técnica (GEDIT)

Dominic Bigate Lourenço

Gerência de Assistência à Saúde (GEAS)

Rochele Alberto Martins Santos

Gerência de Monitoramento Assistencial (GMOA)

Katia Audi Curci

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos
0800 021 2105



*Use a opção do código
para ir ao portal da ANS*

