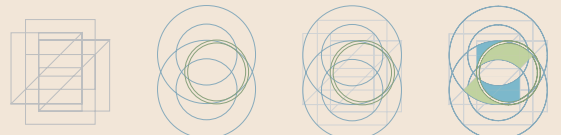
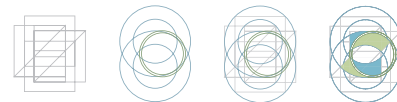


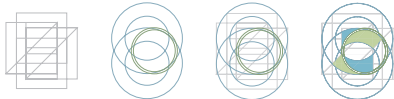
RELATÓRIO DE ATIVIDADES

2012





RELATÓRIO DE ATIVIDADES **2012**



Elaboração, distribuição e informações:

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84, Glória
CEP: 20021-040, Rio de Janeiro – RJ
Tel.: +5521 2105 0000
Disque ANS: 0800 701 9656
<http://www.ans.gov.br>
ouvidoria@ans.gov.br

Elaboração e projeto gráfico:

Gerência de Comunicação Social - GCOMS/DICOL

Diretoria Colegiada da ANS:

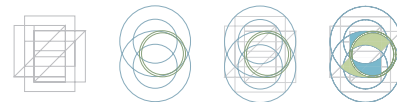
Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES

Diretoria de Fiscalização - DIFIS

Diretoria de Gestão - DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO



Diretoria Colegiada da ANS no período deste relatório:

Mauricio Ceschin

Diretor Presidente a partir de 28/04/2010 até 19/11/2012.

Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos a partir de 22/10/2010 até 19/11/2012.

Andre Longo Araujo de Melo

Diretor da Diretoria de Gestão de 20/01/2012 até 20/11/2012.

Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos a partir de 16/11/2012.

Diretor Presidente Interino a partir de 19/11/2012.

Leandro Reis Tavares

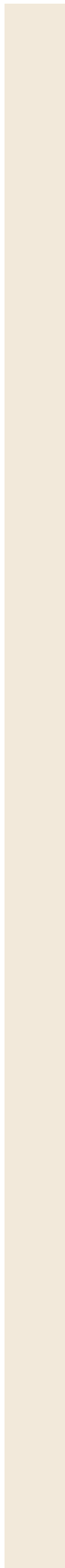
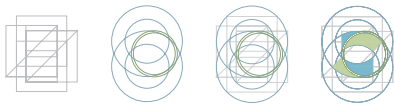
Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras de 23/08/2010 até 19/11/2012.

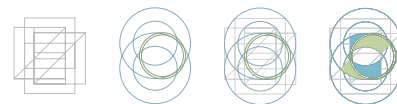
Bruno Sobral de Carvalho

Diretor da Diretoria de Desenvolvimento Setorial a partir de 05/04/2011.

Eduardo Marcelo de Lima Sales

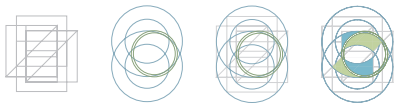
Diretor da Diretoria de Fiscalização a partir de 31/08/2010.

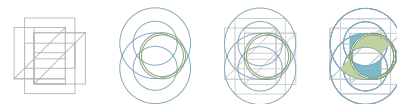




SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
I - TÓPICOS DA EVOLUÇÃO DOS PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NO PAÍS	9
II - A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS	12
III – AGENDA REGULATÓRIA – UM COMPROMISSO DA ANS COM A SOCIEDADE	17
IV - AVANÇOS REGULATÓRIOS - FOCOS	19
Monitoramento das Operadoras	19
Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial	32
Sustentabilidade do Setor	42
Garantia de acesso à informação	46
Integração com o SUS	54
Fiscalização e articulação setorial	58
Participação social	61
V - GESTÃO INTERNA	66





APRESENTAÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) empreende ações para garantir o acesso e a qualidade assistencial aos beneficiários de planos de saúde e a sustentabilidade do setor de Saúde Suplementar.

A regulação deste setor incide diretamente sobre 48 milhões de consumidores com planos de assistência médica, ou seja, um em cada quatro habitantes do país; e 18,6 milhões com planos exclusivamente odontológicos.

A dimensão se traduz também pela receita de contraprestações (mensalidades) de R\$ 97,4 bilhões das operadoras médico-hospitalares e R\$ 2,25 bilhões das operadoras exclusivamente odontológicas, totalizando quase R\$ 100 bilhões de receita em 2012.

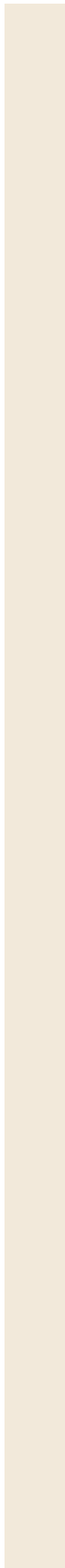
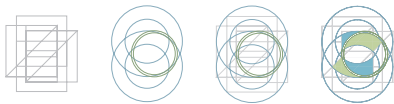
As despesas assistenciais acompanharam a evolução das receitas, somando R\$ 78,79 bilhões, com uma taxa de sinistralidade (relação entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações) de 85%. A receita média por beneficiário em operadoras médico-hospitalares foi de R\$ 154,50 (9,4% superior a de 2011). Já a despesa assistencial das operadoras exclusivamente odontológicas foi de R\$ 1,09 bilhão, com uma sinistralidade de 12,6%.

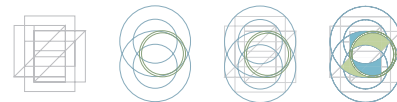
São 1.538 operadoras e 59.866 planos de saúde registrados na ANS, e cerca de 103.000 prestadores de serviços de saúde que realizaram, em 2012, 244 milhões de consultas médicas, 7,4 milhões de internações, 582 milhões de exames complementares e quase 51 milhões de terapias.

Este Relatório de Atividades da ANS do ano de 2012 é organizado em quatro partes. A primeira traz breve retrospectiva da evolução do setor, descreve a estrutura básica, o marco legal e as principais competências da Agência. Na sequência, aborda a Agenda Regulatória 2011/2012 que orientou as ações da ANS no biênio passado e a Agenda Regulatória 2013/2014, que prioriza as ações dos próximos dois anos. O cerne das atividades está na terceira parte, dos Avanços Regulatórios, organizada por principais focos da atuação da ANS em 2012. Por fim, são apresentadas algumas ações de gestão interna da Agência.

Destaca-se que a totalidade do conteúdo utilizado neste relatório está disponível no portal da ANS, na internet. Ressalta-se também que este documento não esgota todas as atividades desenvolvidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2012.

Boa leitura!





I - TÓPICOS DA EVOLUÇÃO DOS PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NO PAÍS

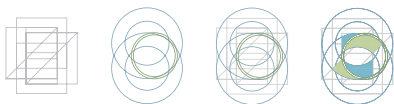
A partir dos anos 1950, o desenvolvimento da indústria no Brasil, em especial a automobilística, e o deslocamento da economia do setor agrário para os centros urbanos, influenciaram o início da assistência prestada pelos planos privados de saúde. Empresários estrangeiros, inspirados principalmente na experiência americana, organizaram junto aos prestadores de serviço uma assistência médica e hospitalar específica para seus empregados.

Profissionais de saúde e prestadores de serviços identificaram a possibilidade de oferecer acesso a serviços de saúde a uma parcela da população que possuía vínculo formal de trabalho nas indústrias de transformação, metalurgia e química das regiões urbanas e industrializadas. Esses fatores estimularam o crescimento de serviços privados de saúde, em particular de empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas.

Até a década de 1980, os planos de saúde estavam voltados para trabalhadores inseridos no mercado formal. A partir da segunda metade dos anos 80, as empresas de planos de saúde expandiram seus negócios para clientes individuais.

Em 1988, a Constituição Federal estabeleceu o direito social à saúde, a universalização da assistência e a conformação de um Sistema Único de Saúde - SUS (regulamentado pela Lei nº 8.080/1990). No final desta década, com o aumento expressivo do segmento de planos privados, e queixas frequentes e cada vez mais persistentes de consumidores, a questão da regulamentação dos planos de saúde entrou na agenda da sociedade e do Governo.

A promulgação do Código de Defesa do Consumidor – CDC (Lei nº 8.078/1990) exerceu forte influência sobre o setor nos anos 1990. Os direitos garantidos pelo CDC impulsionaram a discussão sobre a proteção dos direitos dos consumidores nas relações com as empresas de planos de saúde.



Início da regulamentação

Nos anos 90, o debate sobre os planos de saúde tinha como pontos centrais: a elaboração de regras de solvência para as empresas de planos de saúde; a abertura do setor para o capital estrangeiro; e, as reivindicações de ampliação de cobertura e controle de preços defendidos por entidades médicas e de defesa do consumidor.

Em meados de 1998, atos públicos em diversas capitais do país e a criação de fóruns permanentes pela regulamentação dos planos de saúde foram exemplos de manifestações organizadas pela sociedade em prol da regulação das empresas de planos de saúde, que até então estavam sujeitas a um controle governamental irrisório, à exceção das seguradoras, que eram normatizadas pelo Ministério da Fazenda (SUSEP/MF) sob o aspecto econômico-financeiro. A criação em 1998, do Departamento de Saúde Suplementar (DESA) na estrutura Ministério da Saúde, foi passo importante na regulação do setor sob a visão da Saúde.

Lei nº 9.656, de 1998

Regulamentação de produtos (planos):

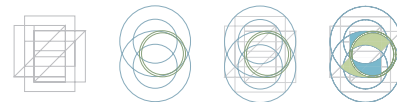
- Ampliação e padronização de coberturas
- Regras para portadores de doença ou lesão anterior à aquisição do plano, tempo máximo de carência, atendimento de urgência e emergência
- Proibição de rescisão unilateral
- Controle de reajustes para planos individuais

Regulamentação econômico-financeira:

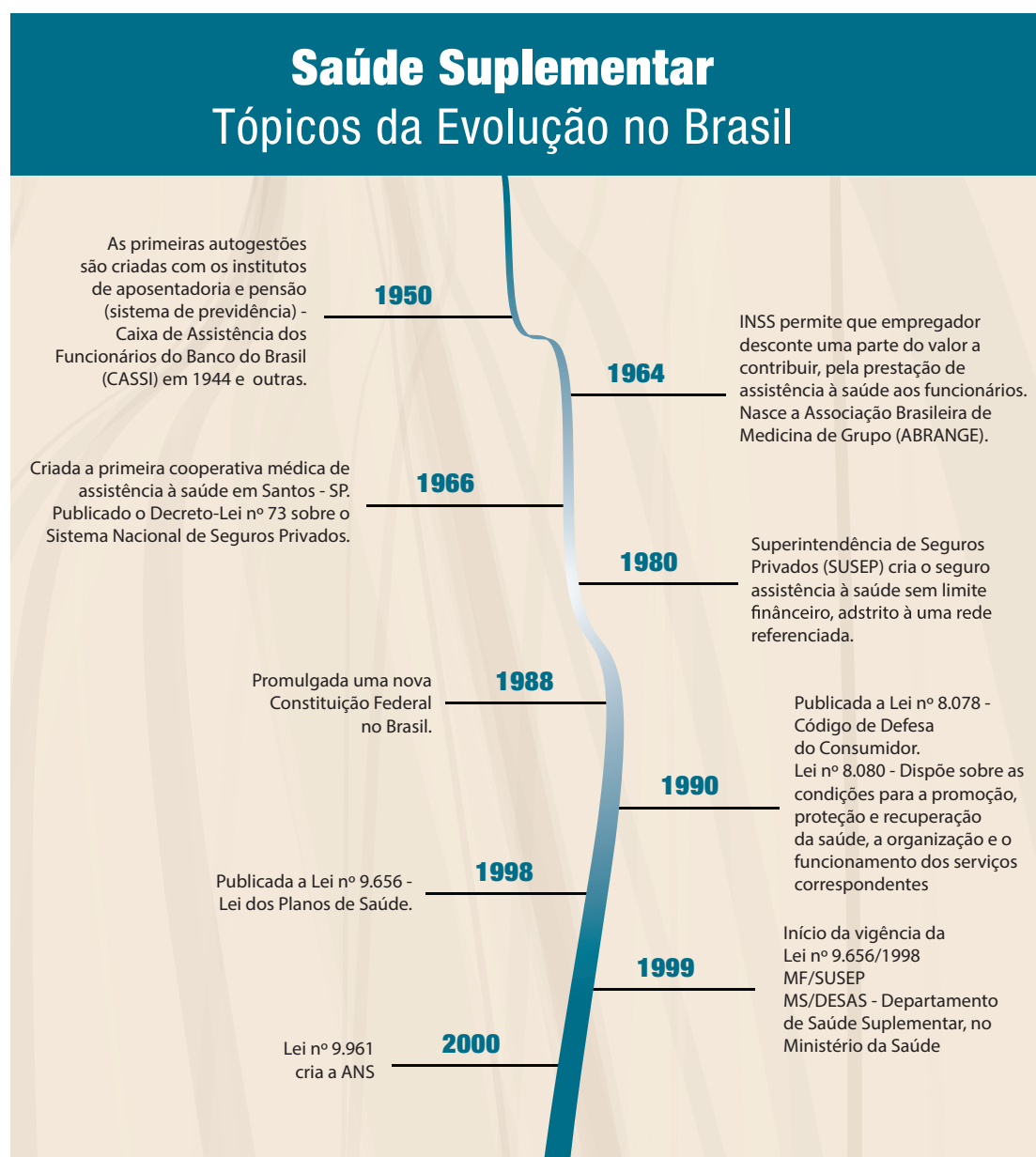
- Parâmetros para a sustentabilidade econômica das operadoras - reservas técnicas e provisões financeiras
- Transparência (publicação dos Demonstrativos Contábeis)
- Regras de entrada e saída
- Exigência de capitalização
- Possibilidade de intervenção

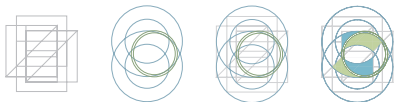


A promulgação da Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/1998) trouxe mudanças importantes, em especial: a obrigação de oferta de ampla cobertura dos serviços de saúde, incluindo assistência a todas as patologias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10); a assistência psiquiátrica e os transplantes de rim e de córnea, e a proibição do limite do tempo e do número de internações e procedimentos.



Foram definidas regras para os casos de beneficiários demitidos do emprego, aposentados e portadores de doença ou lesão anterior à aquisição do plano, tempo máximo de carência, atendimento de urgência e emergência e rescisão de contrato por parte da operadora. A Lei trouxe também parâmetros para a sustentabilidade econômica das operadoras (reservas técnicas e provisões financeiras).





II – A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar é a agência reguladora do Governo Federal, vinculada ao Ministério da Saúde por meio de Contrato de Gestão, que atua em todo o Território Nacional na regulação, na normatização, no controle e na fiscalização do setor de planos privados de assistência à saúde.

Foi criada em janeiro de 2000, como uma autarquia sob o regime especial, caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia das decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Tem sede no Estado do Rio de Janeiro e possui 12 Núcleos de atendimento nos seguintes estados: Bahia, Ceará, Distrito Federal, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo.

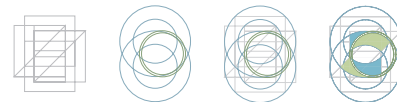
O marco regulatório do setor é composto pela Lei nº 9.961, de 2000, que criou a ANS e pela Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre a regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde.

A finalidade institucional da ANS é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

As competências legais da ANS podem ser assim organizadas:

Competências gerais:

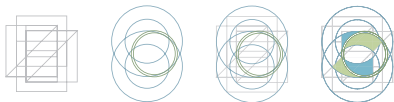
- Propor políticas e diretrizes gerais para a regulação do setor.
- Fixar as normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras, incluindo:
 - a) conteúdos e modelos assistenciais;
 - b) adequação e utilização de tecnologias em saúde;
 - c) direção fiscal ou técnica;
 - d) liquidação extrajudicial;
 - e) procedimentos de recuperação financeira das operadoras;
 - f) normas de aplicação de penalidades;
 - g) garantias assistenciais, para cobertura dos planos ou produtos comercializados ou disponibilizados.
- Adotar medidas que estimulem a competição no setor.
- Articular-se com os órgãos de defesa do consumidor.
- Autorizar reajustes e revisões das mensalidades dos planos, ouvido o Ministério da Fazenda.
- Estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras.



- Estabelecer normas para o Ressarcimento ao SUS.
- Fiscalizar o cumprimento das disposições da Lei n.º 9.656, de 1998, e de sua regulamentação.
- Aplicar as penalidades pelo descumprimento dessas normas.
- Fiscalizar as atividades das operadoras e zelar pelo cumprimento das normas atinentes ao seu funcionamento.

Competências relacionadas à regulação assistencial:

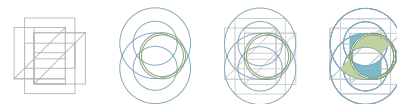
- Estabelecer normas, rotinas e procedimentos para registro, autorização, manutenção e cancelamento de registro dos planos (produtos) das operadoras.
- Monitorar a evolução dos preços de planos de saúde, seus prestadores de serviços, e respectivos componentes e insumos.
- Elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde.
- Controlar e avaliar os aspectos garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras.
- Zelar pela qualidade dos serviços de assistência à saúde no âmbito da assistência à saúde suplementar.
- Avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência.
- Fixar critérios para credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras.
- Estabelecer parâmetros e indicadores de qualidade e de cobertura em assistência à saúde para os serviços próprios e de terceiros oferecidos pelas operadoras.
- Fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos.
- Fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar.
- Estabelecer critérios de aferição e controle da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras.



Competências relacionadas à regulação econômico-financeira:

- Autorizar o registro e o funcionamento das operadoras, bem assim sua cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle societário, sem prejuízo do disposto na Lei no 8.884, de 1994.
- Expedir normas e padrões para o envio de informações de natureza econômico-financeira pelas operadoras, com vistas à homologação de reajustes e revisões.
- Estipular índices e demais condições técnicas sobre investimentos e outras relações patrimoniais a serem observadas pelas operadoras.
- Definir a segmentação das operadoras e administradoras.
- Determinar ou promover a alienação da carteira de planos das operadoras.
- Proceder à liquidação extrajudicial e autorizar o liquidante a requerer a falência ou insolvência civil das operadoras.
- Estabelecer critérios gerais para o exercício de cargos diretivos das operadoras





Missão

Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Visão

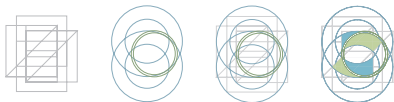
Contribuir, através do exercício da sua função de regulação e fiscalização, para a construção de um setor de saúde suplementar, cujo principal interesse seja a geração de saúde. Um setor com operadoras sólidas e auto-suficientes, que seja centrado no cuidado continuado ao beneficiário; que realize ações de atenção à saúde, com uma concepção includente de todos os profissionais de saúde; que respeite o controle social e que esteja adequadamente articulado com o Sistema Único de Saúde.

Valores

No cumprimento de sua missão, a ANS atua para equilibrar o exercício do poder entre os agentes e a sociedade, agindo sempre em defesa do interesse público, com os seguintes valores institucionais: a transparência dos atos, que são imparciais e éticos; o conhecimento como fonte da ação; o espírito de cooperação; e o compromisso com os resultados.

Dimensões da atuação da ANS

- **Regulação Econômica:** solvência, reservas técnico-operacionais e sustentabilidade dos produtos [planos].
- **Regulação Assistencial:** rol de procedimentos, planos de cuidado, diretrizes clínicas, rede de atenção adequada, tempo máximo para procedimentos, indução de práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças.
- **Fiscalização Setorial:** monitoramento contínuo, articulação com entidades de defesa do consumidor, processos sancionadores, suspensão de comercialização de produtos, regimes especiais [direção técnica e direção fiscal].
- **Indução da Qualidade:** operadoras (IDSS, Espaço da Qualidade) e prestadores (QUALISS).



Estrutura básica da Agência:

A Diretoria Colegiada da ANS é formada por cinco diretores, sendo um deles o diretor-presidente. Além das cinco diretorias, a Agência possui órgãos vinculados, ou seja, não subordinados à Diretoria Colegiada. A seguir, uma síntese das atribuições das diretorias da ANS:

Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras – DIOPE

Planeja, coordena, organiza e monitora as atividades referentes à autorização de funcionamento, acreditação, transferência de controle societário, acompanhamento econômico-financeiro, regimes especiais de direção fiscal e liquidação extrajudicial das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO

Regulamenta, habilita, qualifica e monitora os produtos ou planos privados de assistência à saúde.

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

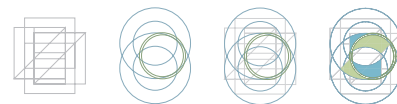
Dissemina e produz informações padronizadas e de qualidade para a inovação do setor de saúde suplementar. Subsidiaria políticas públicas, inclusive ressarcindo os recursos do SUS. Cria estímulos para a qualificação dos prestadores de serviços de saúde contratados pelas operadoras.

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Assegura o cumprimento da legislação na saúde suplementar por meio de medidas de mediação de conflitos e de penalidades às operadoras de planos de saúde, em casos de infração. Promove ações de fiscalização preventivas nas operadoras e atendimento aos consumidores por meio de canais de relacionamento, inclusive pessoalmente nos Núcleos da ANS. Realiza articulações com órgãos e entidades de defesa do consumidor e centrais sindicais.

Diretoria de Gestão - DIGES

Desenvolve e implementa políticas, ações e projetos inovadores na área de gestão para fortalecer e otimizar a capacidade de governo da ANS.



III – AGENDA REGULATÓRIA – UM COMPROMISSO DA ANS COM A SOCIEDADE

Agenda Regulatória é um instrumento de planejamento que agrega o conjunto de temas estratégicos e prioritários, necessários para o equilíbrio do setor, que serão objeto de atuação da ANS no período de dois anos. Seu objetivo é estabelecer cronogramas de atividades prioritárias de forma a garantir maior transparência e previsibilidade na atuação regulatória, possibilitando o acompanhamento, pela sociedade, dos compromissos pré-estabelecidos pela ANS.

Desafios da Saúde Suplementar hoje

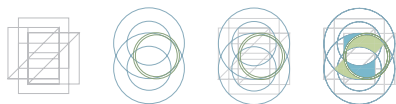
Principal desafio: SUSTENTABILIDADE

- Envelhecimento e longevidade da população
- Incorporação tecnológica
- Modelo de pagamento a prestadores que privilegia consumo e utilização de materiais em detrimento da remuneração do trabalho médico
- Cultura de Tratamento de Doenças x Promoção da Saúde e Prevenção de doenças
- Heterogeneidade concorrencial
- Ampliação do mercado (melhoria da renda, novos consumidores com acesso a planos de saúde)

Agenda 2011/2012

Em outubro de 2010, a ANS aprovou sua primeira Agenda Regulatória para o biênio 2011/2012. A definição da agenda partiu da identificação dos desafios do setor de Saúde Suplementar. Hoje, um dos principais desafios a ser enfrentado é dar sustentabilidade a um sistema de saúde (público e privado) que demanda investimentos crescentes e constantes, e que precisa, por isso mesmo, ser organizado e eficiente.

A Agenda Regulatória 2011/2012 foi composta de 28 projetos organizados em nove eixos temáticos: 1) Modelo de financiamento do setor; 2) Garantia de acesso e qualidade assistencial; 3) Modelo de pagamento a prestadores; 4) Assistência farmacêutica; 5) Incentivo à concorrência; 6) Garantia de acesso à informação; 7) Contratos antigos; 8) Assistência ao idoso; 9) Integração da Saúde Suplementar com o SUS.



A cada dois meses a ANS prestava contas do andamento dos projetos na Câmara de Saúde Suplementar e no seu portal na internet. Ao final de 2012, 86% de suas metas foram cumpridas (24 projetos) e quatro projetos (14%) estão em andamento, pois devido a alteração de escopo serão concluídos no biênio 2013/2014.

Agenda 2013/2014

A proposta inicial agregou a análise dos desafios enfrentados pelo setor em composição com os projetos oriundos do planejamento estratégico das áreas técnicas da ANS e com os oriundos da Agenda anterior (2011/2012).

Seu processo de construção foi participativo e pode ser dividido em três fases de contribuições: i) consulta interna - para os servidores da ANS; ii) pré-consulta - para os representantes da Câmara de Saúde Suplementar - CAMSS; e iii) Consulta Pública nº 52, de 2012 - para toda a sociedade. As contribuições foram analisadas e consolidadas, resultando na definição da Agenda Regulatória da ANS para o próximo biênio.

A Agenda Regulatória 2013/2014 é composta por 32 projetos organizados em sete eixos: 1) Garantia de acesso e qualidade assistencial; 2) Sustentabilidade do setor; 3) Relacionamento entre operadoras e prestadores; 4) Incentivo à concorrência; 5) Garantia de acesso à informação; 6) Integração da Saúde Suplementar com o SUS; e, 7) Governança regulatória.

Agenda Regulatória

Compromisso da ANS com a Sociedade

2013/2014



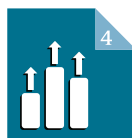
1



2



3



4



5



6



7

1) Garantia de Acesso e Qualidade Assistencial.

2) Sustentabilidade do Setor.

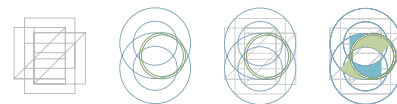
3) Relacionamento entre Operadoras e Prestadores.

4) Incentivo à Concorrência.

5) Garantia de Acesso a Informação.

6) Integração da Saúde Suplementar com o SUS.

7) Governança Regulatória



IV – AVANÇOS REGULATÓRIOS

1. Foco no monitoramento das operadoras

- **Monitoramento econômico-financeiro.**

O ano de 2012 iniciou com avaliação de todas as demonstrações financeiras e pareceres de auditoria independente, identificando inconsistências nas informações enviadas pelas operadoras para o sistema de informações econômico-financeiras (DIOPS/ANS), qualificando o grau de fidedignidade dos registros contábeis, mediante o cruzamento dos principais saldos do balanço patrimonial com os saldos constantes do sistema da ANS e identificação dos pareceres de auditoria que apresentaram ressalvas relevantes, abstenção de opinião ou opinião adversa.

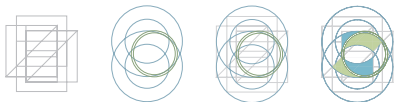
De um total de 1.110 demonstrações encaminhadas à ANS, 69 foram devolvidas por estarem incompletas, 178 operadoras foram notificadas por apresentarem inconsistências com o DIOPS e 181 apresentaram parecer com ressalva. Todas as operadoras identificadas com inconsistências foram notificadas a apresentar justificativa e medidas de saneamento para as irregularidades.

O foco dos esforços foi dirigido para formatação de nova metodologia de análise e acompanhamento dos processos de recuperação econômico-financeira, materializada na confecção de proposta de norma, submetida à consulta pública, além da conclusão dos processos já retornados da Procuradoria da ANS, com parecer favorável à indicação do regime de direção fiscal.

Outro destaque foi a reforma das normas contábeis para 2013, com a definição de tratamentos específicos para o agrupamento das contas de produto e a revisão da lógica de codificação do Plano de Contas. Esse trabalho contou com contribuições de entidades de representação dos segmentos de mercado.

Quadro do monitoramento econômico-financeiro em janeiro de 2013. As 359 operadoras analisadas pelo monitoramento regular reuniam 47 milhões de beneficiários.

PANORAMA ECONÔMICO-FINANCEIRO	JANEIRO 2013
Total de ops analisadas - monitoramento regular econômico financeiro	359
Processos em análise de Autorização de Funcionamento	01
Ops que se encontram em IN nº 15/DIOPE/2008 –TAO - pendência documental	122
Plano de Recuperação(problemas econômico-financeiros)	106
Ops em Regime de Direção Fiscal	118
Ops em Regime Especial de Liquidação Extrajudicial	73







- **Monitoramento do Risco Assistencial, Plano de Recuperação Assistencial e Direção Técnica.**

O objetivo do monitoramento é acompanhar a evolução do risco assistencial das operadoras mediante a identificação de indícios de anormalidades administrativas e assistenciais que possam impactar a descontinuidade da assistência aos beneficiários, conferindo também transparência aos critérios adotados para a realização das Visitas Técnicas Assistenciais nas operadoras.

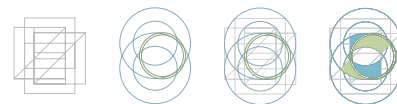
O método avalia trimestralmente as operadoras médico-hospitalares, por meio de um conjunto de 14 indicadores, sendo que as demandas por negativa de cobertura, informadas pela Notificação de Investigação Preliminar (NIP), têm peso significativo na composição da nota final da operadora. Há também uma pontuação bônus caso possuam programas para promoção da saúde aprovados na ANS. As operadoras exclusivamente odontológicas são avaliadas em 9 indicadores.

De acordo com o resultado obtido, as operadoras receberão uma nota final que varia de zero a 1 e poderão ser classificadas em quatro faixas de risco conforme o quadro abaixo.

	Verde: risco baixo.
	Amarelo: pré-moderado.
	Laranja: moderado.
	Vermelho: alto risco assistencial.

As operadoras classificadas no status verde e amarelo são acompanhadas pela ANS. As operadoras com risco moderado, que se enquadram nos critérios de priorização, são selecionadas para Visita Técnica Assistencial; e as demais são objeto de monitoramento remoto. As operadoras classificadas com risco alto (status vermelho) são analisadas quanto ao seu enquadramento nos critérios de plano de recuperação ou Direção Técnica.

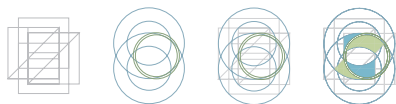
O resultado do processamento de dezembro de 2012 mostra que 53,45% das operadoras médico-hospitalares ativas apresentaram baixo risco assistencial; 7,48% risco assistencial pré-moderado; 32,07% encontram-se na faixa de risco moderado e 6,61% encontram-se na faixa de risco alto. No grupo exclusivamente odontológico 77,70% das operadoras apresentaram baixo risco assistencial; 2,40% risco assistencial pré-moderado; 11,03% risco moderado e 7,43% encontram-se na faixa de risco alto.



Os relatórios consolidados são de divulgação trimestral e estão sintetizados a seguir.

GRUPO MÉDICO-HOSPITALAR	PROCESSAMENTO				
Status de Risco Assistencial	Dezembro 2011	Março 2012	Junho 2012	Setembro 2012	Dezembro 2012
BAIXO	814	786	890	865	550
PRÉ-MODERADO	78	100	57	71	77
MODERADO	117	105	67	81	330
ALTO	100	94	67	31	68
Não se aplica	0	0	0	0	4
Total monitorado	1.109	1.085	1.081	1.048	1.029

GRUPO ODONTOLÓGICO	PROCESSAMENTO				
Status de Risco Assistencial	Dezembro 2011	Março 2012	Junho 2012	Setembro 2012	Dezembro 2012
BAIXO	347	342	354	375	324
PRÉ-MODERADO	2	5	1	8	10
MODERADO	8	19	24	14	46
ALTO	73	52	41	15	31
Não se aplica	0	10	8	7	6
Total monitorado	430	428	428	419	417

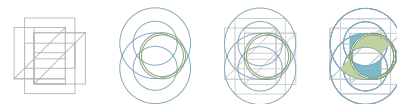


- **Monitoramento do cumprimento dos prazos máximos para atendimento - RN 259/2011.**

A ANS monitora as operadoras de planos de saúde, desde dezembro de 2011, quanto ao cumprimento da RN 259, que determina prazos máximos para marcação de consultas, exames e cirurgias. O acompanhamento da ANS é diário e o Relatório do Monitoramento é divulgado trimestralmente.

Ao longo deste período, a Agência apresentou cinco relatórios de monitoramento, que resultaram em três medidas de suspensão da comercialização de planos de saúde. Os prazos máximos estabelecidos pela norma são:

SERVIÇOS	PRAZO MÁXIMO (DIAS ÚTEIS)
Consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	07 (sete)
Consulta nas demais especialidades médicas	14 (catorze)
Consulta/sessão com fonoaudiólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com nutricionista	10 (dez)
Consulta/sessão com psicólogo	10 (dez)
Consulta/sessão com terapeuta ocupacional	10 (dez)
Consulta/sessão com fisioterapia	10 (dez)
Consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista	07 (sete)
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	03 (três)
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10 (dez)
Procedimentos de alta complexidade - PAC	21 (vinte e um)
Atendimento em regime de hospital-dia	10 (dez)
Atendimento em regime de internação eletiva	21 (vinte e um)
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	a critério do profissional responsável pelo atendimento



A avaliação das operadoras é realizada de acordo com dois critérios: comparando-as entre si, dentro do mesmo segmento e porte, e avaliando evolutivamente seus próprios resultados. Os planos de saúde recebem notas de 0 a 4, em que 0 significa que o serviço atendeu às normas e 4 é a pior avaliação possível. Os planos com pior avaliação – durante dois períodos consecutivos - estão sujeitos à suspensão temporária da comercialização. Quando isso ocorre, os clientes que já tinham contratado o serviço continuam no direito de usá-lo, mas a operadora não pode aceitar novos beneficiários nestes planos.

De dezembro de 2011 a dezembro de 2012 foi suspensa temporariamente a comercialização de 396 planos de 56 operadoras. Destas, 16 foram reincidentes no não cumprimento da norma durante os quatro períodos de monitoramento e, portanto, indicadas para Direção Técnica visando a correção das anormalidades administrativas e assistenciais graves. Outras 11 operadoras foram convocadas para assinar Termo de Compromisso com a ANS para adoção de medidas de melhorias, tais como: estrutura de rede, marcação de procedimentos, central de atendimento e práticas de gestão das demandas assistenciais.

As medidas adotadas em relação às 28 operadoras suspensas no monitoramento de dezembro de 2012 foram:

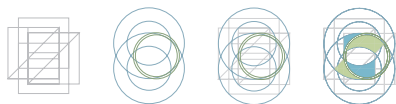
11 recuperam sua situação assistencial no 1º trimestre de 2013, sendo: sete assinaram termo de compromisso e apresentaram melhoras no monitoramento da garantia de atendimento; cinco foram encaminhadas para o rito da direção técnica e apresentaram melhora no monitoramento da garantia de atendimento. Destas 12 operadoras, cinco não apresentaram nenhuma reclamação referente ao descumprimento dos prazos de atendimento.

17 vão permanecer suspensas por anormalidades assistenciais, sendo: oito já estão encaminhadas para saída do mercado - duas em liquidação extrajudicial e seis em portabilidade especial. Duas em direção técnica. Duas em direção fiscal e encaminhamento para o rito da direção técnica. Quatro apresentaram plano de recuperação e serão encaminhadas para decretação de direção técnica. Uma assinou o termo e não apresentou melhoras. Será encaminhada para o rito da direção técnica.

Avaliação das operadoras no primeiro período de 2013

Em março de 2013, o quinto relatório incluiu os novos critérios para suspensão temporária da comercialização de planos de saúde. Além do descumprimento dos prazos de atendimento para consultas, exames e cirurgias, previstos na RN 259, passaram a ser considerados todos os itens relacionados à negativa de cobertura, como o rol de procedimentos, prazo de carência, rede de atendimento, reembolso e mecanismo de autorização para os procedimentos.

No trimestre de 19/12/2012 a 18/03/2013 a ANS recebeu 13.348 reclamações referentes à garantia de atendimento: 480 operadoras médico-hospitalares e 29 operadoras exclusivamente



odontológicas tiveram pelo menos uma reclamação. Porém, devido à ampliação dos critérios de avaliação, não houve a suspensão de planos de saúde, pois esta medida requer a soma de dois períodos de monitoramento com os mesmos critérios, o que irá ocorrer em julho de 2013.

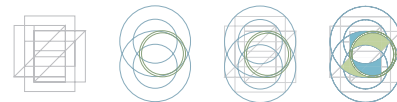
Medida cautelar de proteção ao consumidor - Histórico do monitoramento do cumprimento da RN 259/2011

PERÍODO	TOTAL DE RECLAMAÇÕES	OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES COM RECLAMAÇÕES	OPERADORAS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICAS COM RECLAMAÇÕES	OPERADORAS COM PLANOS SUSPENSOS	PLANOS SUSPENSOS
19/12/2011 18/03/2012	2.981	191	14	_____	_____
19/03/2012 18/06/2012	4.682	162	02	37	268
19/06/2012 18/09/2012	10.144	233	08	38	301
19/09/2012 18/12/2012	13.600	415	20	29	225
19/12/2012 18/03/2013	13.348	480	29	_____	_____

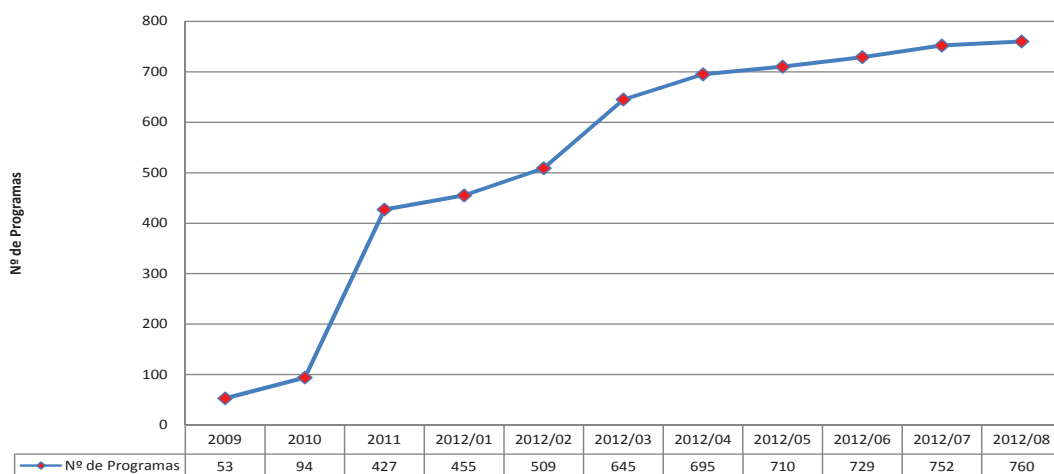
- Relatório de Acompanhamento da concessão de bonificação aos beneficiários de planos de saúde pela participação em Programas para Promoção do Envelhecimento Ativo - CP nº 42/2011 e RN nº 265/2011; e estímulo à premiação pela participação em programas para população-alvo específica e programas para gerenciamento de crônicos, RN nº 264/2011, IN nº 35/2011 e IN nº 36/2011.

A ANS divulgou, em outubro de 2012, um ano após o lançamento dos programas, os dados deste acompanhamento: 760 programas foram informados à ANS com a participação de 1,2 milhão de usuários. Um incremento substancial em relação aos 127 programas e 198 mil beneficiários informados 12 meses antes (ver gráficos a seguir).

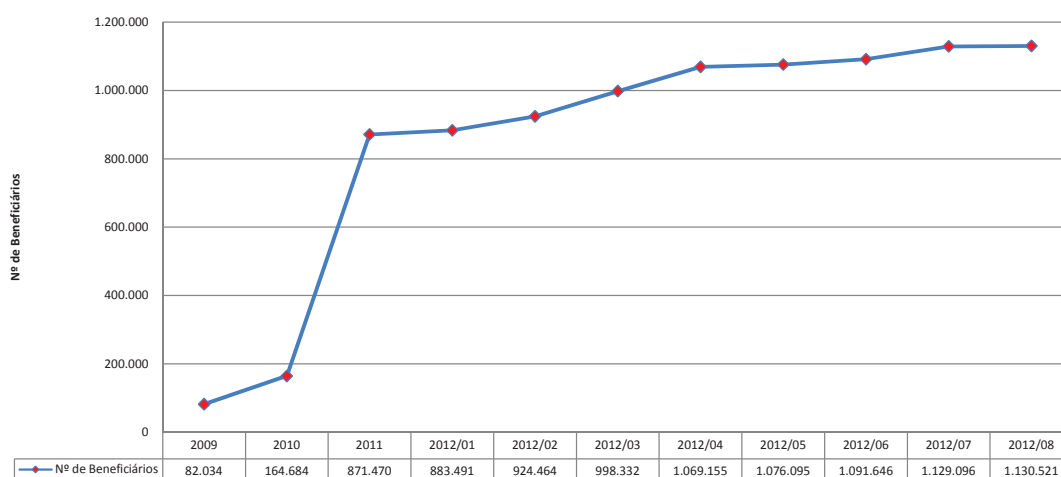
Os incentivos às operadoras para a realização desses programas são: i) recebimento de pontuação no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar da Operadora (IDSS); ii) divulgação, no portal da ANS, das operadoras que têm programas aprovados pela ANS; iii) declaração de aprovação do programa; e iv) bonificação no Monitoramento Assistencial realizado pela ANS.

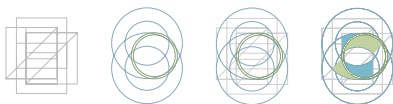


Total de programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

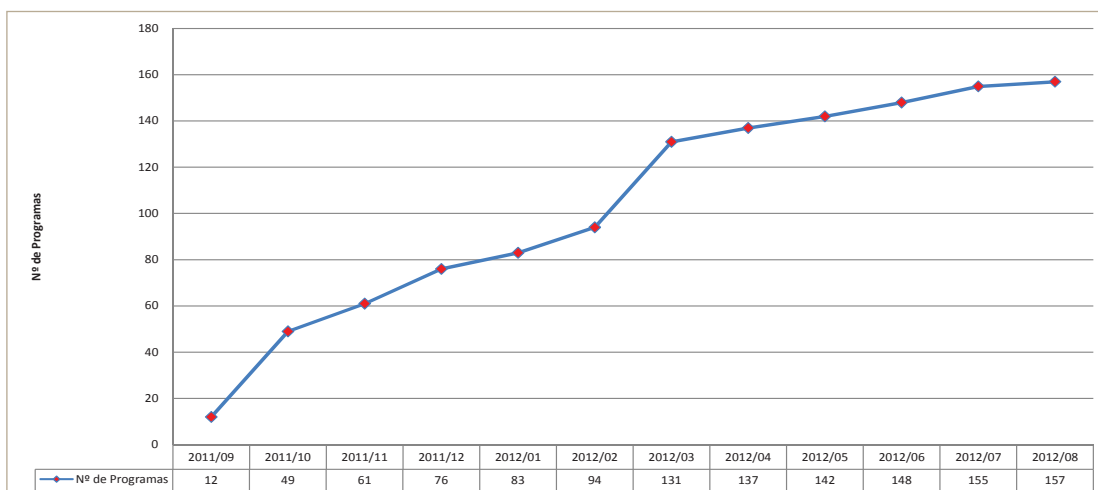


Estimativa de beneficiários participantes de programas para Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

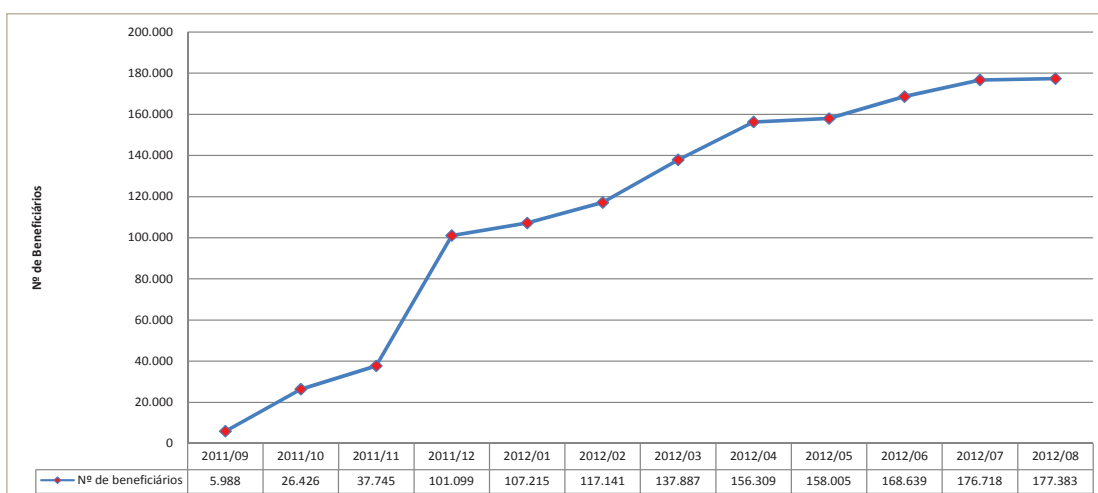




Quantitativo de Programas que oferecem bonificação e premiação aos beneficiários

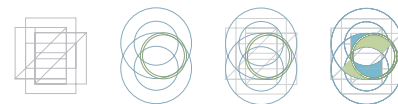


Estimativa de beneficiários que participam de programas que oferecem bonificação e premiação aos beneficiários



Relatório de 2012 do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar foi implementado em 2004 pela ANS. Consiste na avaliação sistemática de um conjunto de atributos esperados no desempenho de áreas, organizações e serviços relacionados ao setor. Esse Programa, integrante da Política de Qualificação da Saúde Suplementar, é composto pela Qualificação Institucional (da própria ANS) e pela Qualificação das Operadoras.

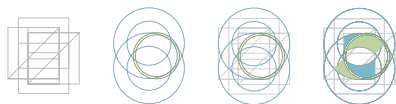


A avaliação é realizada por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). O índice é calculado a partir de indicadores definidos pela Agência, com base nos dados dos sistemas de informação da ANS e nos sistemas nacionais de informação em saúde. Os indicadores são organizados em quatro dimensões:

- Dimensão Atenção à Saúde: avalia a qualidade da atenção, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados de saúde. Os indicadores aferidos são:

INDICADORES DA DIMENSÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	PESO
1.1. TAXA DE CITOPATOLOGIA CÉRVICO-VAGINAL ONCÓTICA	3
1.2. TAXA DE MAMOGRAFIA	3
1.3. PROPORÇÃO DE PARTO CESÁRIO	3
1.4. NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS POR BENEFICIÁRIO	2
1.5. TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	2
1.6. PROPORÇÃO DE CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO	2
1.7. ÍNDICE DE SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA POR CONSULTA MÉDICA	2
1.8. TAXA DE INTERNAÇÃO POR FRATURA DE FÊMUR EM IDOSOS	0
1.9 . NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS SELECIONADAS POR BENEFICIÁRIO COM 60 ANOS OU MAIS	3
1.10. NÚMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS INICIAIS POR BENEFICIÁRIO	2
1.11. TAXA DE APLICAÇÃO TÓPICA PROFISSIONAL DE FLUOR	1,5
1.12. TAXA DE SELANTE	1,5
1.13. TAXA DE RASPAGEM SUPRA –GENGIVAL	2
1.14. TAXA DE DENTES PERMANENTES COM TRATAMENTO ENDODÔNTICO CONCLUÍDO	1
1.15. TAXA DE EXODONTIA DE PERMANENTE	1
1.16. PROPORÇÃO DE PRÓTESES ODNTOLÓGICAS UNITÁRIAS	1
1.17. PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS	Bônus 10% ou 15% sobre IDAS

- Dimensão Econômico-Financeira: acompanha o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de plano de saúde sob o ponto de vista das condições de liquidez e solvência, avaliando a capacidade de manter-se em dia com suas obrigações financeiras junto a seus prestadores para o atendimento com qualidade e de forma continua a seus beneficiários. Os indicadores aferidos são:



INDICADORES DA DIMENSÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA	PESO
2.1. SUFICIÊNCIA EM ATIVOS GARANTIDORES VINCULADOS	3
2.2. LIQUIDEZ CORRENTE	2
2.3. LIQUIDEZ DE NECESSIDADE DE CAPITAL DE GIRO	1
2.4. PATRIMÔNIO LÍQUIDO POR FATURAMENTO	1
2.5. PROVISÃO DE EVENTOS/SINISTROS A LIQUIDAR	1

- Dimensão de Estrutura e Operação: afere as condições da oferta de rede de consultórios, hospitais, ambulatorios, laboratórios e centros diagnósticos oferecidos pelas operadoras de planos de saúde para o atendimento de seus beneficiários. Além disso, avalia o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto a ANS. Os indicadores aferidos são:

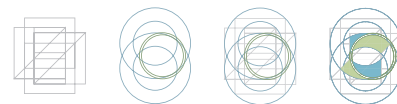
INDICADORES DA DIMENSÃO ESTRUTURA E OPERAÇÃO	PESO
3.1. DISPERSÃO DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE	2
3.2. DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL MÉDICO HOSPITALAR	1
3.3. DISPERSÃO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 24H	2
3.4. DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL ODONTOLÓGICA	1
3.5. PERCENTUAL DE QUALIDADE CADASTRAL	3
3.6. ÍNDICE DE REGULARIDADE DO ENVIO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	3

- Dimensão Satisfação dos Beneficiários: utiliza indicadores de permanência dos beneficiários nas operadoras como forma de avaliar a satisfação. Também mede a gravidade das infrações à legislação cometida por parte das operadoras. A partir de 2012, utilizará um índice de reclamações e será realizada uma pesquisa que buscará aferir diretamente o grau de satisfação dos beneficiários com suas operadoras. Os indicadores aferidos são:

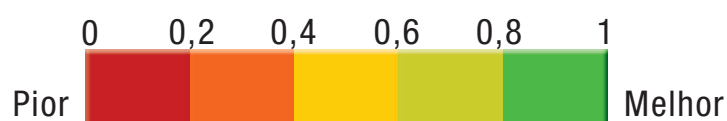
INDICADORES DA DIMENSÃO SATISFAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	PESO
4.1. PROPORÇÃO DE PERMANÊNCIA DOS BENEFICIÁRIOS	1
4.2. PROPORÇÃO DE BENEFICIÁRIOS COM DESISTÊNCIA NO PRIMEIRO ANO	1
4.3. SANÇÃO PECUNIÁRIA EM PRIMEIRA INSTÂNCIA	1
4.4. ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES	3
4.5. PONTUAÇÃO BÔNUS OUVIDORIA	Bônus 5% sobre o IDSB

Para cada uma das quatro dimensões é calculado um Índice de Desempenho. As dimensões possuem pesos diferenciados para compor o resultado final da operadora, representado pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

O IDSS varia de zero a um (0 - 1), sendo 40% deste valor dado pela dimensão Atenção à Saúde; 20% pela Econômico-financeira; 20% pelos indicadores de Estrutura e Operação; e 20% pela dimensão Satisfação dos Beneficiários.



A ANS divulga o resultado final IDSS das operadoras em seu endereço eletrônico e apresenta os resultados divididos em faixas de pontuação, conforme figura a seguir. A partir de 2012, os resultados do ano base 2011 foram também divulgados por nota, detalhando inclusive os resultados de pontuação alcançado em cada indicador.

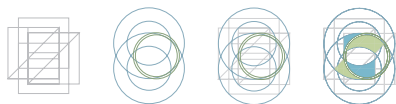


O Relatório de 2012, ano base 2011, indicou que o número de operadoras (médico-hospitalares e odontológicas) que obtiveram o índice nas duas melhores faixas (0,60 a 1,00) subiu de 482 (que incluem 33.756.664 beneficiários), em 2010, para 735 operadoras em 2011 (com 45.735.930 beneficiários), para um total de 1.239 operadoras avaliadas. Em contrapartida na faixa de 0,00 a 0,19, o número caiu de 383 operadoras (2010) para 54, ano passado - o de beneficiários passou de 5.760.020 para 474.056.

Operadoras e beneficiários por faixa de IDSS, segundo a segmentação assistencial (Brasil, 2008 – 2011)

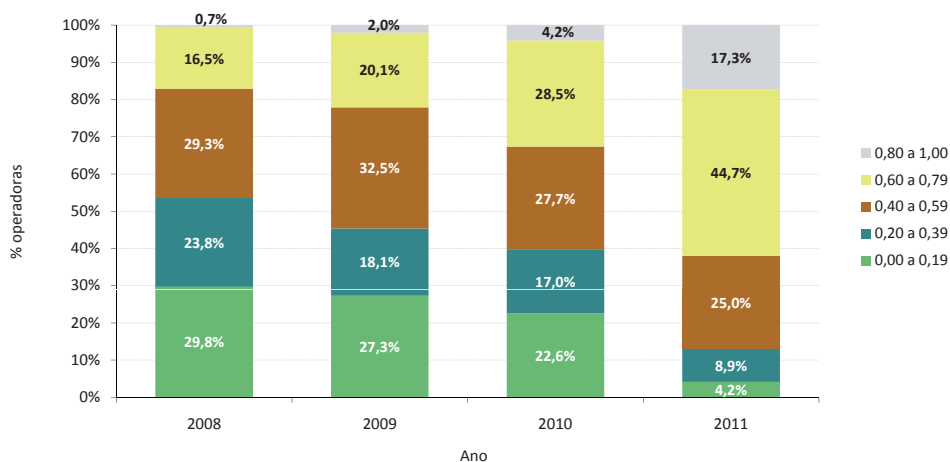
SEGMENTO	FAIXA	2008		2009		2010		2011	
		Operad.	Benef.	Operad.	Benef.	Operad.	Benef.	Operad.	Benef.
TOTAL GERAL		1.636	49.130.673	1.583	53.126.353	1.517	58.154.464	1.239	60.387.194
Médico-hospitalar	0,00 a 0,19	358	2.453.406	316	1.819.258	249	4.775.645	38	408.031
	0,20 a 0,39	286	7.821.496	209	3.825.919	188	4.643.708	81	1.148.550
	0,40 a 0,59	353	12.978.491	376	13.296.312	306	11.502.965	228	9.874.293
	0,60 a 0,79	198	17.838.182	233	18.411.168	314	21.221.257	408	29.655.212
	0,80 a 1,00	8	104.087	23	6.701.455	46	4.442.563	158	5.967.956
	Total	1.203	41.195.662	1.157	44.054.112	1.103	46.586.138	913	47.054.042
Exclusivamente Odontológicas	0,00 a 0,19	167	441.188	157	424.453	134	984.375	16	66.025
	0,20 a 0,39	107	1.078.679	73	1.098.055	63	608.894	46	543.228
	0,40 a 0,59	91	1.723.960	100	1.681.975	95	1.882.213	95	2.611.137
	0,60 a 0,79	61	4.419.135	67	1.537.815	100	7.507.961	105	2.602.853
	0,80 a 1,00	7	272.049	29	4.329.943	22	584.883	64	7.509.909
	Total	433	7.935.011	426	9.072.241	414	11.568.326	326	13.333.152

No período entre o ano base 2008 e ano base 2011, houve um crescimento significativo no número de operadoras e de beneficiários de planos privados de assistência à saúde. No segmento médico-hospitalar, o percentual de operadoras situadas nas duas maiores faixas de IDSS aumentou de maneira expressiva, passando de 17%, em 2008, para 62%, em 2011, conforme gráfico a seguir. Em relação às duas menores faixas, houve uma redução significativa de 54% para 13% no mesmo período.

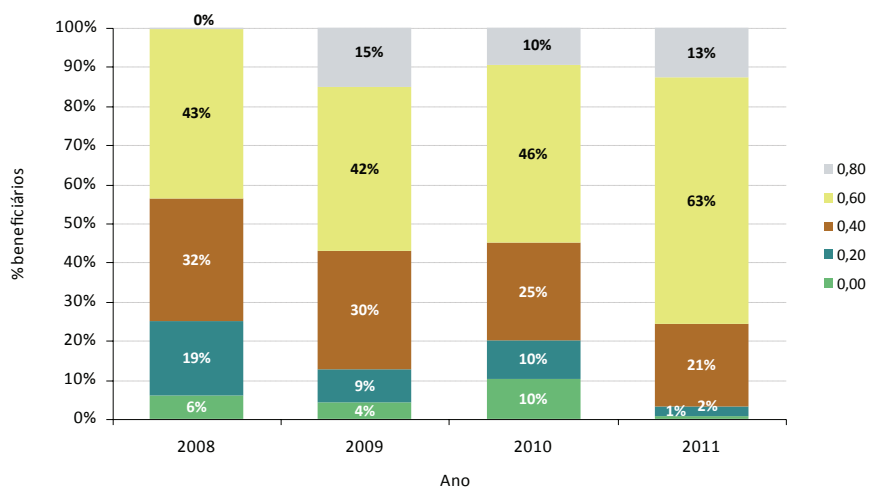


Quanto aos beneficiários de planos médico-hospitalares, nos últimos quatro anos, ocorreu um aumento significativo no percentual de beneficiários situados nas duas maiores faixas de IDSS, passando de 43% para 76%. Nas duas menores faixas, ocorreu uma redução significativa de 25% para 3% no período em questão.

Distribuição percentual de operadoras médico-hospitalares por faixa de IDSS (Brasil, 2008-2011).



Distribuição percentual de beneficiários em planos médico-hospitalares por faixa de IDSS (Brasil, 2008-2011)

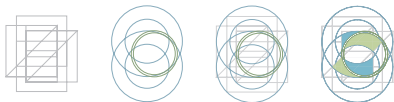


- **Índice de reclamações.**

O Índice de Reclamações da Saúde Suplementar foi criado em 2003, com o objetivo de permitir que os consumidores comparem a atuação das operadoras de planos de saúde. O Índice de Reclamações é calculado a partir do total de reclamações que a Agência recebe dos consumidores de planos privados de saúde. As reclamações podem ser feitas por meio do Disque ANS, correio eletrônico, correspondência ou presencialmente em um dos doze Núcleos de Atendimento da ANS espalhados pelo país.

O número de reclamações atendidas é utilizado para permitir a comparação da atuação das operadoras do ponto de vista do consumidor que, ao julgar não ter tido respeitado seu direito, dirige-se a ANS para solicitar orientação, análise e julgamento da questão.





A forma de apresentação é mensal: representa a média do número de reclamações nos seis meses anteriores para cada conjunto de 10.000 beneficiários. Assim, se o índice de reclamações das operadoras de grande porte é 0,53 em junho de 2012, significa que foram recebidas pela ANS, em média, entre janeiro e junho de 2012, 0,53 reclamações para cada grupo de 10.000 beneficiários destas operadoras nestes meses. A consulta do índice está disponível também por operadora.

2. Foco no Acesso e na Garantia de Qualidade Assistencial

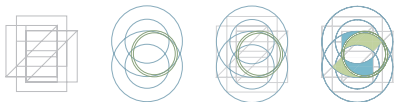


- **Obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet – Consulta Pública nº 45/2011 e RN nº 285/2011.**

Todas as operadoras de planos de saúde, independentemente do número de beneficiários (porte), têm a obrigatoriedade de divulgar, em seus portais corporativos, as informações de seus planos de saúde e respectivas redes credenciadas. A implantação da norma permite aos beneficiários localizar de forma mais fácil e ágil todos os prestadores de saúde do plano contratado. Possibilita o aumento da concorrência no setor pelo fato de tornar mais visível o que cada operadora oferece, possibilitando uma melhor escolha no momento de contratar um plano.

Desde o segundo semestre de 2012, as operadoras com número igual ou superior a 100.000 beneficiários, passaram a oferecer a opção de visualização de sua rede assistencial por imagens ou mapas que indiquem a localização espacial geográfica individualizada dos prestadores de serviços de saúde (mapeamento gráfico dinâmico).

A partir de janeiro de 2013, também as operadoras com número igual ou superior a 20.000 (vinte mil) e inferior a 100.000 (cem mil) beneficiários, tiveram que oferecer a opção de visualização de sua rede assistencial por meio de mapas que indiquem a localização geográfica individualizada dos prestadores de serviços de saúde (mapeamento gráfico).



- **Manutenção do plano de saúde por aposentados e demitidos - regulamentação dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998. Consulta Pública nº 41/2011. RN nº 279/2011 e RN nº 287/2012.**

Em 1º de junho de 2012 entrou em vigor a Resolução Normativa nº 279, de 2011, que assegura, aos demitidos e aposentados, a manutenção do plano de saúde empresarial com cobertura idêntica à vigente durante o contrato de trabalho.

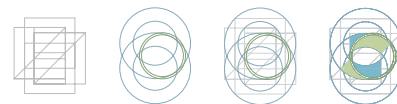
O aposentado ou o ex-empregado exonerado ou demitido sem justa causa, que contribuía para o custeio do seu plano privado de saúde, tem o direito de manter as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sem prejuízo de eventuais vantagens obtidas em negociações coletivas, mediante atendimento dos critérios previstos na norma.

O aposentado que contribuiu para o plano de saúde por 10 anos ou mais tem o direito de se manter no plano enquanto a empresa empregadora oferecer esse benefício aos seus empregados ativos e desde que não seja admitido em novo emprego. Aquele que contribuiu para o plano de saúde por período inferior a 10 anos poderá permanecer no plano por um ano para cada ano de contribuição, desde que a empresa empregadora continue a oferecer esse benefício aos seus empregados ativos e que não seja admitido em novo emprego.

A manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no plano será correspondente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano, com um mínimo assegurado de seis e um máximo de 24 meses.

- **Princípios para a oferta de contrato acessório de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde. Consulta Pública nº 49/2012 e RN nº 310/2012.**

No âmbito da Saúde Suplementar, a cobertura de medicamentos é regulamentada pela Lei nº 9.656, de 1998. O setor é composto por três situações: i) da internação, que está totalmente contemplado pela Lei; ii) do tratamento domiciliar, porque a mesma lei faculta a exclusão de cobertura para



medicamentos de tratamento domiciliar; e, iii) da medicação ambulatorial.

Todos os medicamentos ministrados nos períodos de internação contam com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Já os medicamentos administrados em ambiente ambulatorial, as coberturas obrigatórias se dão nos seguintes casos: i) medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) utilizados nos procedimentos diagnósticos contemplados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS; ii) quimioterapia oncológica ambulatorial, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que necessitem ser administrados sob intervenção direta de profissionais dentro de estabelecimento de saúde; e, iii) terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de artrite reumatóide, artrite psoriásica, doença de Crohn e espondilite anquilosante, de acordo com diretrizes de utilização estabelecidas no Rol da ANS.

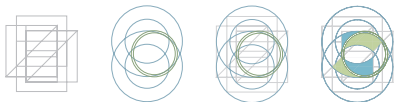
O objetivo da norma é, por meio da oferta pela operadora de contrato acessório para medicação de uso domiciliar, reduzir o sub-tratamento das patologias de maior prevalência na população (diabetes mellitus, asma brônquica, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, hipertensão arterial, insuficiência coronariana e insuficiência cardíaca congestiva), bem como esclarecer de que forma se dará essa oferta.

- **Obrigatoriedade de informar por escrito aos beneficiários acerca da negativa de autorização de procedimentos solicitados pelo médico ou cirurgião dentista.** Consulta Pública nº 51/2012 e RN nº 319/2013.

Durante o ano de 2012, a ANS recebeu 75.916 reclamações de consumidores de planos de saúde. Destas, 75,7% (57.509) foram referentes à negativas de cobertura. A partir desta norma, as operadoras de planos de saúde que negarem autorização aos seus beneficiários para a realização de procedimentos médicos são obrigadas a fazer a comunicação por escrito, sempre que o beneficiário assim o solicitar.

A informação da negativa deve ser em linguagem clara, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique, podendo ser dada por correspondência ou por meio eletrônico, conforme escolha do beneficiário do plano, no prazo máximo de 48 horas a partir do pedido. A norma reforça ainda que a cobertura não poderá ser negada em casos de urgência e emergência

As operadoras sempre foram obrigadas a informar toda e qualquer negativa de cobertura, pois o beneficiário tem o direito de conhecer o motivo da não autorização em prazo hábil para que possa tomar outras providências. No entanto, esta informação era dada verbalmente pela operadora, o que trazia dificuldades para o beneficiário. Devido a isso, a obrigatoriedade de a operadora informar a negativa de cobertura por escrito também refletiu uma preocupação demonstrada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) com o assunto.



- **Regulamentação do fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector – RN nº 325/2013.**

A Resolução da ANS regulamenta a Lei Nº 12.738/2012, que altera a Lei nº 9.656, de 1998, para tornar obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, de coletor de urina e de sonda vesical pelos planos privados de assistência à saúde. Prevê também o fornecimento de equipamentos de proteção e segurança utilizados conjuntamente com as bolsas coletoras, como as barreiras protetoras de pele. A solicitação do material deverá ser feita à operadora mediante relatório médico.

A norma foi desenvolvida pelo Grupo Técnico que está revisando o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e passa a fazer parte da cobertura mínima obrigatória dos planos. Fazem parte deste grupo representantes do setor de saúde suplementar, como órgãos de defesa do consumidor, operadoras de planos de saúde, associações de profissionais da área da saúde e representantes de beneficiários.

Cerca de 34 mil pessoas no Brasil utilizam bolsas coletoras. Há uma variedade de condições para as quais estas bolsas podem ser indicadas, como: câncer, Doença de Chagas, Doença de Crohn, má formação congênita, trauma abdominal, doenças neurológicas e outras. As bolsas coletoras podem ser necessárias provisória ou permanentemente.

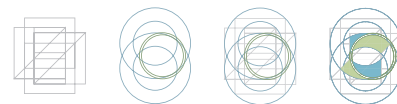
- **Entendimento sobre cobertura relacionada ao parto - Súmula Normativa nº 25/2012**

A Súmula Normativa nº 25 apresenta entendimentos sobre as seguintes questões: i) cobertura assistencial do parto e cobertura de atendimento de urgência relacionada ao parto; ii) inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, ou sob guarda ou tutela; inscrição do menor adotado, sob guarda ou tutela, ou cuja paternidade foi reconhecida, e do aproveitamento de carência; e iii) prazos de carência e de cobertura assistencial do recém-nascido.

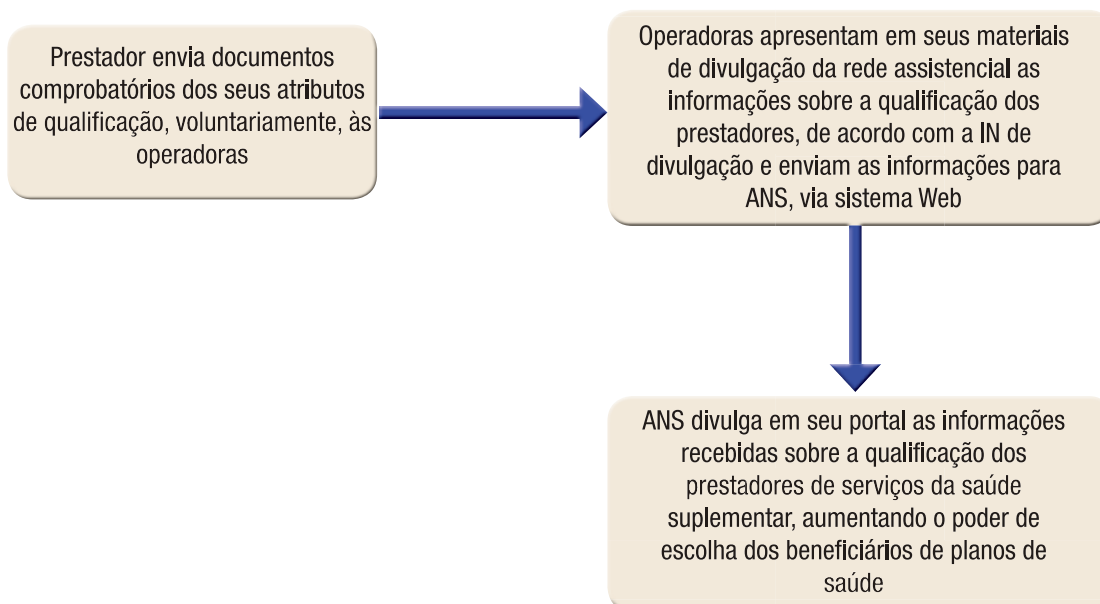
- **Divulgação da qualificação dos prestadores de serviços pelas operadoras em seus materiais de divulgação da rede assistencial.** Programa de Divulgação da Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS DIVULGAÇÃO) - Consulta Pública nº 38/2011; RN nº 267/2011; RN nº 321/2013 e IN nº 52/2013.

Em 2012, foram definidos os atributos de qualificação de divulgação obrigatória pelos planos de saúde em conjunto como Comitê Gestor do Programa Divulgação da Qualificação da Rede dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (COGEP), instância colegiada consultiva e com representação dos segmentos do setor saúde suplementar. O Manual de uso dos ícones foi então lançado em março de 2013 e a obrigatoriedade de divulgação será em 2014.

Com a norma, as operadoras ficarão obrigadas a incluir em todo o material de divulgação da rede assistencial, as informações relativas à qualificação de cada prestador de serviço que componha a sua rede. Os atributos de qualificação são representados por ícones que indicam a qualificação do



prestador. A seguir o fluxo do programa:



O objetivo da iniciativa é aumentar a capacidade de avaliação e de escolha dos usuários de planos de saúde, por prestadores de serviços de saúde mais qualificados, além de estimular a adesão, por parte destes, a programas que os qualifiquem. Em síntese, busca estimular a concorrência no setor, por meio de critérios de qualidade, e não somente por preço e marca, além de dar oportunidade de maior destaque aos prestadores que buscam se qualificar.

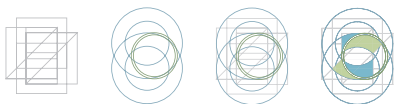
MANUAL DE USO

Ícones dos atributos de qualificação
RN nº 267/2011

Revisão - 20/03/2013

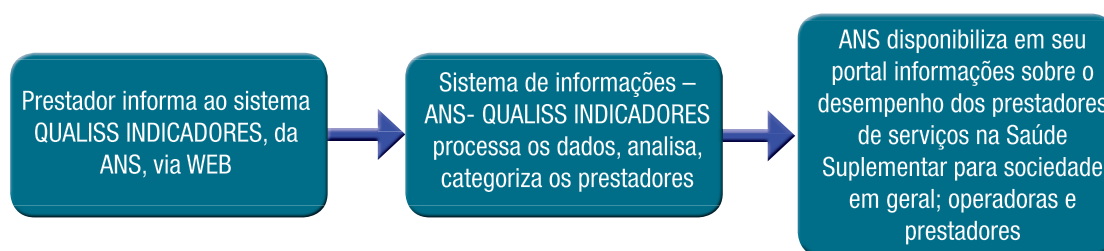
A_{PALC}	Padrão nacional de qualidade
A_{DICQ}	Padrão nacional de qualidade
A_{ONA}	Padrão nacional de qualidade
A_{CBA}	Padrão internacional de qualidade
A_{IQG}	Padrão internacional de qualidade
N	Comunicação de eventos adversos
P	Profissional com especialização
R	Profissional com residência
E	Título de Especialista
Q	Qualidade monitorada

- **Medição e avaliação sistemática do desempenho dos prestadores de serviços na saúde suplementar** - Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS INDICADORES), CP nº 44/2011 e RN nº 275/2011.



O QUALISS INDICADORES consiste em um sistema de medição que avalia a qualidade dos prestadores de serviço por meio de indicadores que possuem validade, comparabilidade e capacidade de classificação dos resultados, que possibilitem a comparação entre os diversos prestadores e a divulgação dos resultados para os usuários. Os indicadores foram definidos pela ANS em conjunto com o Comitê Gestor do Programa QUALISS – COGEP, que é uma instância colegiada consultiva, composta por representantes dos prestadores de serviços de saúde, dos consumidores de planos de saúde, das operadoras, de instituições de ensino e pesquisa, da ANVISA e do Ministério da Saúde.

Assim, o objetivo do programa é disseminar os dados assistenciais dos prestadores de serviços para os beneficiários, visando ao aumento de sua capacidade de escolha; para os prestadores, visando ao fomento de iniciativas e estratégias de melhoria de desempenho; e para as operadoras de planos de saúde, visando a uma melhor qualificação de suas redes assistenciais. A seguir o fluxo do programa:



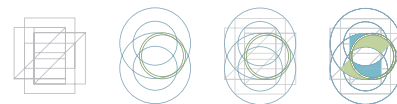
Em cada módulo de prestadores são definidos indicadores para períodos de avaliação de dois anos, e em cada período de avaliação, são definidos indicadores essenciais e recomendáveis. Os primeiros devem ser reportados obrigatoriamente por todos os participantes; e os segundos reportados opcionalmente pelos participantes que desejarem, recebendo um bônus na pontuação final.

A participação dos prestadores de serviços é voluntária, exceto no caso dos que compõem a rede própria de operadoras, que terão participação obrigatória. Rede própria é todo e qualquer serviço de saúde de propriedade da operadora ou de sociedade controlada pela operadora ou, ainda, de sociedade controladora da operadora.

Em 2012 foi definido o primeiro conjunto de indicadores essenciais e recomendáveis para os hospitais, dispostos no quadro a seguir. Em 2013 serão definidos os que avaliarão a qualidade de Laboratórios de Análises Clínicas; Laboratórios de Anatomia Patológica e Citopatologia; Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem e Medicina Nuclear; Serviços Isolados de Oncologia (quimioterapia e/ou radioterapia); Serviços Isolados de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva; e, Serviços de Hemoterapia.

- Programa de Acreditação de Operadoras de planos de saúde. CP nº 36/2011. RN nº 277/2011.

A acreditação de operadoras é inédita no Brasil. Representa uma ação estratégica, na medida em que é capaz de reduzir as imperfeições do mercado, permitindo que as empresas conheçam melhor o próprio negócio e que os consumidores tenham nítida percepção das diferenças nos níveis de qualidade dos serviços ofertados.



O Programa de Acreditação de Operadoras tem os seguintes objetivos: i) aumentar a qualidade da prestação dos serviços, por meio de critérios de avaliação que possibilitem a identificação e a solução de problemas por parte das operadoras de planos de saúde, com mais consistência, segurança e rapidez; ii) estimular a adoção das melhores práticas por parte das operadoras, desenvolvendo, no mercado, condições para o estabelecimento da competição qualitativa; iii) oferecer informação capaz de dar ao consumidor maior percepção em relação à qualidade de uma operadora de plano de saúde; e iv) incentivar a mudança do modelo técnico-assistencial existente.

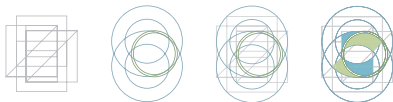
O Programa consiste de uma série de indicadores, distribuídos em sete dimensões, cujo objetivo é avaliar o grau de conformidade de cada item, quando confrontado com as práticas adotadas pela operadora. As dimensões são: i) programa de melhoria da qualidade; ii) dinâmica da qualidade e do desempenho da rede prestadora; iii) sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde; iv) satisfação dos beneficiários; v) programas de gerenciamento de doenças e promoção da saúde; vi) estrutura e operação; e vii) gestão. Essas dimensões possuem diferentes pesos e, para cada uma, foi estabelecida uma nota mínima, abaixo da qual não é possível a aprovação, independentemente da nota final alcançada.

A acreditação é voluntária, ou seja, dependerá da manifestação de vontade da operadora. Os organismos de certificação, considerados aptos pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) e homologados pela ANS, passarão a ser reconhecidos como entidades acreditadoras e serão responsáveis pela condução do Programa de Acreditação nas operadoras.

Em 2012, foram homologados pela ANS, com prazo de validade até 2 de maio de 2013, quatro entidades acreditadoras. Outros dois organismos de certificação tiveram seu pedidos de homologação indeferidos. A partir de 2 de maio de 2013, de acordo com o prazo estabelecido na RN nº 277/2011, uma entidade acreditadora foi acreditada pelo INMETRO e está apta à aplicar o Programa de Acreditação de Operadoras. Outros organismos de certificação estão em processo de acreditação. Até maio de 2013, uma operadora foi acreditada, embora a ANS tenha recebido demanda por informações de operadoras interessadas em se submeterem ao processo de acreditação.

A seguir, o fluxo do Programa de Acreditação de Operadoras:



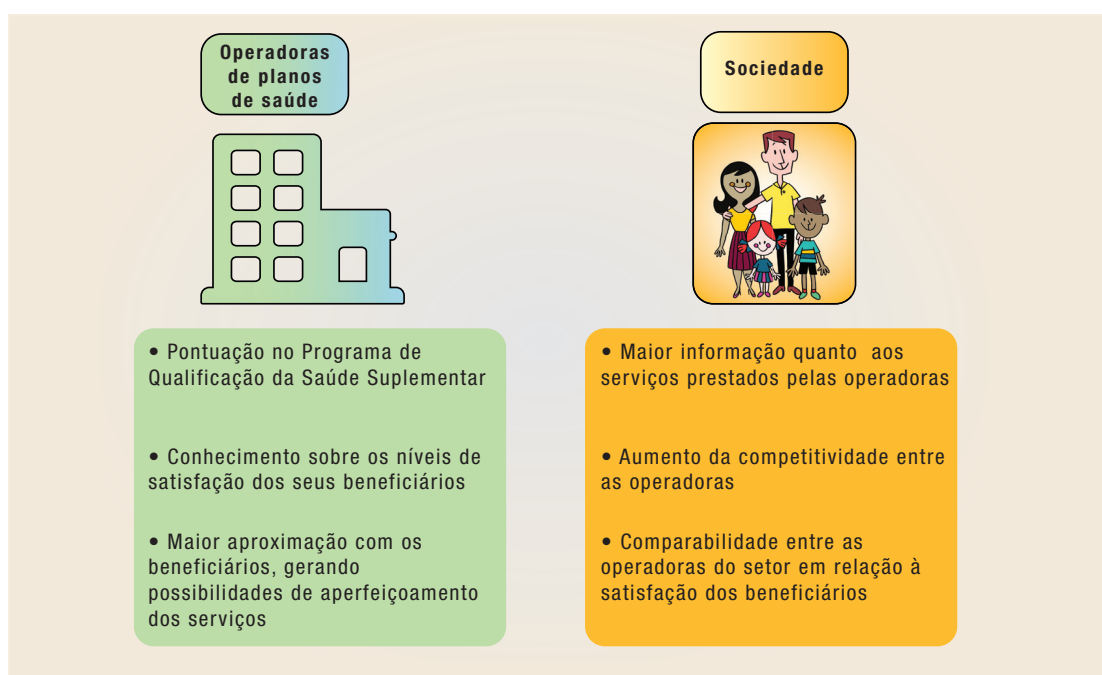


- **Pesquisa de satisfação dos beneficiários.**

Em junho de 2012, a ANS lançou a pesquisa de satisfação de beneficiários de planos privados de saúde. Seu principal objetivo é verificar a satisfação dos beneficiários com as operadoras de planos de saúde, como insumo para a Agência avaliar a qualidade do setor e propor medidas que aprimorem a qualidade oferecida. O resultado será divulgado no segundo semestre de 2013.

Os critérios para a realização da pesquisa, metodologia, definição e seleção da amostra, análise dos dados, auditoria e divulgação dos resultados foram definidos pela ANS. Já a entrevista com os beneficiários foi realizada pelas operadoras que aderiram à pesquisa. A participação destas aumentará sua pontuação no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

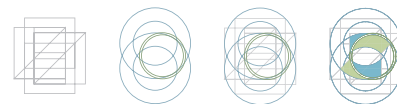
Os resultados do levantamento serão utilizados para compor um novo indicador na dimensão da Satisfação dos Beneficiários do Programa de Qualificação, para avaliar o desempenho das operadoras de planos de saúde do país.



- **Obrigatoriedade de criação de Ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde. Consulta Pública nº 50/2012 e RN nº 323/2013.**

As operadoras de planos de saúde deverão criar ouvidorias vinculadas às suas estruturas organizacionais. A medida tem como objetivo reduzir conflitos entre as operadoras e consumidores, ampliando a qualidade do atendimento oferecido pelas empresas.

Conforme identificado pela Ouvidoria da ANS, a maior parte dos problemas recebidos por esse canal de relacionamento não é de difícil solução. São questões simples que acabam, porém, entrando em um processo complexo de apuração. Ao criar as ouvidorias, as operadoras passam a ter uma forma



privilegiada de tomar conhecimento dos problemas e achar soluções muitas vezes a um custo bem mais baixo do que onerosos processos de mediação de divergências.

As Ouvidorias terão um papel diferente daquele dos Serviços de Atendimento ao Consumidor (SAC), os quais exercerão uma função complementar à nova estrutura. Enquanto a Ouvidoria subordina-se diretamente à Presidência da instituição e trabalha na compreensão dos problemas na perspectiva de quem usa o serviço, o SAC geralmente é subordinado à Gerência de Logística e tem soluções padronizadas para situações usuais.

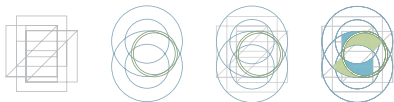
As Ouvidorias deverão ser capazes de responder demandas em até de 7 (sete) dias úteis. Entre suas atribuições, está a apresentação de relatórios estatísticos e de recomendações ao representante legal da operadora e à Ouvidoria da ANS.

A partir de 04 de abril de 2013, o prazo para criação destes canais é de 180 dias, para as operadoras com número igual ou superior a 100 mil beneficiários e de 365 dias para aquelas com menos de 100 mil beneficiários. Operadoras com menos de 20 mil beneficiários e as exclusivamente odontológicas com até 100 mil beneficiários não precisarão criar ouvidorias, podendo apenas designar um representante institucional junto à ANS.

- **Espaço Qualidade**



A partir de dezembro de 2012, os beneficiários de planos de saúde podem consultar informações e indicadores de qualidade da Saúde Suplementar. O Espaço da Qualidade foi lançado no portal da ANS para ser mais uma ferramenta de transparência, facilitando o acesso à informação na hora de escolher ou mudar de plano. As informações disponíveis para a consulta no Espaço da Qualidade são: Programa de Qualificação de Operadoras; Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças; Índice de Reclamações das operadoras; Planos de saúde com comercialização suspensa; Acreditação de operadoras; e Divulgação da rede conveniada pela internet.



3. Foco na Sustentabilidade do Setor

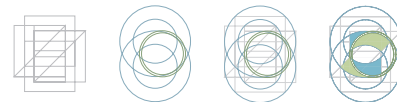


Obrigatoriedade de agrupamento de contratos coletivos de planos privados para fins de cálculo e aplicação de reajuste. Consulta Pública nº 48/2012 e RN nº 309/2012.

O objetivo é estabelecer regras de reajuste para os contratos dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários, agrupando estes contratos para cálculo de um reajuste único. Os reajustes anuais aplicados, a partir de maio de 2013, já devem observar as novas regras.

Os planos coletivos com menos de 30 beneficiários representam 85% dos contratos de planos de saúde no país, com cerca de dois milhões de usuários. Estas carteiras com menos de 30 beneficiários são as mais vulneráveis, tanto com relação à volatilidade dos reajustes aplicados, como pela possibilidade de mobilidade sem cumprimento de carência. Diante do problema, a ANS propôs uma revisão do modelo atual de regulamentação dos reajustes de planos coletivos, visando a: i) estimular a comercialização de planos individuais; ii) minimizar a vulnerabilidade dos contratos coletivos com menos de 30 beneficiários; iii) tornar os reajustes estáveis dentro de um pool de risco coletivo; e iv) incentivar a concorrência no setor de Saúde Suplementar.

A ANS objetiva tornar mais estável o reajuste desses contratos, além de aumentar a competitividade entre as operadoras, oferecendo maior poder de escolha aos beneficiários. A proposta é que esses planos coletivos com número reduzido de beneficiários e, portanto, com reduzida capacidade de diluição de risco, tenham um único reajuste anual, calculado para toda a sua carteira, por operadora de plano de saúde.



- **Revisão e Simplificação das normas contábeis - RN nº 290/2012.**

Em virtude da necessidade de adaptação das regras contábeis vigentes aos padrões internacionais de contabilidade elencados no IFRS (Internacional Financial Report Standards) e de revisão do Plano de Contas Padrão, uma agenda ampla de discussão foi estabelecida na ANS, no intuito de compatibilizar os propósitos regulatórios, a essência das normas do IFRS e a experiência adquirida no monitoramento econômico-financeiro do mercado.

A norma simplificou o Plano de Contas Padrão, exigido pela ANS - houve redução de cerca de 40% das linhas do plano de contas, o que trouxe mais racionalidade, sem perda da qualidade das informações.

Como as normas da ANS já seguem o padrão internacional desde 2010, a inovação diz respeito às orientações para auxiliar o setor de saúde na aplicação dessas regras. Trata-se de passo importante na direção de uma convergência contábil responsável, na qual prevalecem os objetivos regulatórios. A simplificação do plano de contas vai permitir que as operadoras, além de mais agilidade na prestação das informações, possam também reduzir custos operacionais.

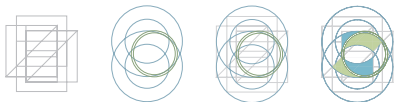
- **Procedimentos de Adequação Econômico-Financeira (PAEF) que trata da diferenciação dos requisitos para a recuperação econômico-financeira conforme o porte das empresas – Consulta Pública nº 47/2012 e RN nº 307/2012.**

O eixo central da RN é a diferenciação dos requisitos para a recuperação econômico-financeira conforme o porte das empresas, o que pode conferir menor custo regulatório para as pequenas e médias operadoras. Os procedimentos de adequação econômico-financeira formam o conjunto de medidas e ações que visam corrigir, de forma gradual, anormalidades econômico-financeiras detectadas no funcionamento da operadora de planos privados de assistência à saúde.

O objetivo da ANS é garantir que as operadoras que possuam desequilíbrio econômico-financeiro, inconsistências contábeis, ou que não atendam às regras prudenciais estabelecidas – tais como exigência de solvência, de capital mínimo, de constituição de provisões técnicas e dos correspondentes ativos garantidores – apresentem solução adequada para os problemas identificados, de maneira a restabelecer a normalidade em um prazo previamente determinado, assegurando, assim, que seus beneficiários mantenham o devido acesso às coberturas assistenciais, de forma contínua e qualitativa.

- **Alteração dos requisitos mínimos para autorização de alteração ou transferência de controle societário, incorporação, cisão ou fusão de operadoras – RN nº 270/2011 e RN nº 299/2012.**

A RN estabelece regras para os procedimentos e os requisitos mínimos para autorização, pela ANS, dos atos que disponham sobre alteração ou transferência de controle societário, incorporação, fusão ou cisão das operadoras. A edição da RN nº 299, de 2012 decorreu do que a experiência prática



mostrou ser eficiente e à luz de uma abordagem mais moderna da teoria de Direito Empresarial.

- **Estudo para a análise do grau de concorrência em possíveis mercados relevantes.**

Em recente julgamento de ato de concentração, o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) considerou favoravelmente a metodologia defendida pela ANS sobre a determinação de mercados relevantes de planos médico-hospitalares em análises de atos de concentração. Para concluir esse estudo, é necessário finalizar o processo de contratação de consultoria para a pesquisa, que aperfeiçoará a metodologia de determinação de mercados relevantes para planos médico-hospitalares, bem como dar início a uma pesquisa para a definição de mercados relevantes de planos ambulatoriais e exclusivamente odontológicos, e para serviços de saúde.

- **Ampliação das regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências – RN nº 289/2012.**

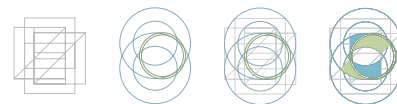
A norma define que os beneficiários que tiverem seu vínculo com o beneficiário titular do plano de saúde extinto em decorrência da perda de sua condição de dependente, poderão exercer a portabilidade especial de carências, no prazo de 60 dias a contar do término do vínculo de dependência.

- **Informações sobre preços dos planos coletivos empresariais – RN nº 304/2012.**

O objetivo da medida é estender, em um futuro próximo, a regra de portabilidade de carências aos beneficiários vinculados a planos coletivos empresariais. A norma dispõe sobre o encaminhamento de informações à ANS sobre a formação de preços dos planos coletivos empresariais que as operadoras comercializam.

Atualmente, os planos coletivos empresariais são os únicos em que ainda não há possibilidade de portabilidade de carências, exceto em situações específicas. As exceções são: i) para ex-empregados, aposentados ou demitidos sem justa causa; ii) em caso de operadoras cuja liquidação será decretada ou cujos registros serão cancelados pela ANS; e iii) para os dependentes no caso de morte do titular.

A ampliação da portabilidade para estes planos, que hoje respondem por 30,5 milhões de beneficiários, incentivará a concorrência no setor devido à facilidade de se trocar de plano. A medida terá um impacto ainda maior nos planos com até 30 beneficiários, cujas empresas contratantes, geralmente de médio e pequeno portes, têm pouco poder de barganha na aquisição e nas negociações referentes a reajustes desses planos.



- **Implementação de conjunto de termos que identificam os eventos e itens assistenciais na Saúde Suplementar. Consulta Pública nº 43, de 2011; RN nº 305/2012.**

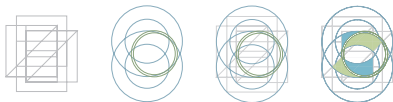
O Padrão TISS - Troca de Informações na Saúde Suplementar – é o padrão obrigatório dos dados relacionados ao atendimento pelos planos privados de saúde e seus prestadores de serviços. A versão 3.0 do Padrão TISS complementa o processo de faturamento, com ampliação da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar e inclusão das terminologias de diárias, taxas, gases medicinais, medicamentos, materiais e órteses e próteses, além de padronizar as rotinas de recursos de glosa. As operadoras também enviarão os dados do Padrão TISS à ANS em conformidade ao estabelecido nos componentes do Padrão TISS.

A partir desta versão as operadoras e seus prestadores de serviços de saúde devem disponibilizar, sem qualquer ônus, os dados de atenção à saúde do Padrão TISS, solicitadas pelo beneficiário, por seu responsável legal ou ainda por terceiros formalmente autorizados por eles, atendendo os requisitos de segurança e privacidade do Padrão TISS. Com a disponibilidade dos dados para os beneficiários, reduz-se a assimetria de informações atual, criando as bases para implementação no futuro do Registro Eletrônico de Saúde (RES) dos beneficiários de planos privados.

- **Promoção de pacto setorial para a definição e criação de estímulos e mecanismos indutores para nova sistemática de remuneração dos hospitais.**

O atual modelo de remuneração de hospitais apresenta distorções oriundas, em especial, dos incentivos criados pela lógica de remuneração por serviços (fee-for-service). Tal modelo tende a incentivar o sobre uso de insumos médicos, aumentando, assim, os custos gerais do sistema para todos os beneficiários, sem que esse aumento se reflita em maior qualidade assistencial.

Para propor alternativas para o quadro atual, foi formado um Grupo Técnico de Remuneração de Hospitais, com o objetivo de propor alternativas para a sustentabilidade do setor, mudando a lógica atual de remuneração atrelada ao maior consumo, principalmente de materiais e medicamentos. Foram concluídos a rodada do Rio de Janeiro (diretrizes e rumos do novo modelo de remuneração) e o pacto sobre remuneração de medicamentos (orientação geral sobre a implementação da RN nº 241, de 2010, e Resolução nº 3, de 2009, da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos-CMED). Acordo com os representantes das operadoras e dos hospitais para introdução do modelo, cuja adoção é voluntária, foi assinado em dezembro de 2012.



4. Foco na Garantia de Acesso à Informação

- **Versões em inglês e espanhol do portal da ANS na internet.**

Em julho de 2012, a ANS lançou as versões em inglês e espanhol do seu portal, com informações sobre o setor voltadas para um público específico. O conteúdo das duas versões tem como foco o perfil dos navegadores da internet no exterior. Depois do levantamento feito pela Agência, concluiu-se que os acessos a essas novas páginas deveriam ser, principalmente, de pesquisadores e investidores. As novas versões trazem as seguintes informações: ações de regulação voltadas para o setor; conteúdo institucional sobre a ANS e sua estrutura; processos de elaboração de normativos e a participação da sociedade; e dados estatísticos sobre a saúde suplementar.

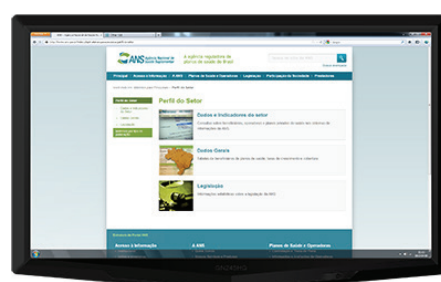
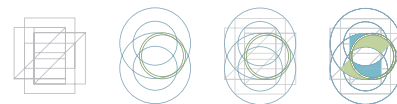
- **Capacitação para porta-vozes da ANS e produção de seminários para a imprensa.**

A atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar atinge diretamente o consumidor final, mais especificamente, cerca de um quarto da população brasileira. Oferecer um acesso de qualidade às informações referentes à regulação é fator fundamental para a ANS.

A imprensa continua sendo um dos principais canais de comunicação no Brasil – e no mundo – por meio dos seus diversos meios: eletrônico, impresso e on-line; e suas abrangências: nacional, regional e especializada. Essa convergência de mídias e abrangências, aliada ao atributo credibilidade, faz desse um poderoso canal.

Em 2012, a Agência realizou curso de capacitação para seus porta-vozes. Prestar informação clara, em linguagem simples e direta, para a imprensa é um desafio para a comunicação das ações regulatórias. O objetivo foi preparar os porta-vozes indicados pelas diretorias para falar pela Agência, com a melhor comunicação possível para o destinatário final do seu trabalho, que é o beneficiário de planos de saúde. Foram treinados cerca de 60 porta-vozes, entre diretores, adjuntos, gerentes-gerais, gerentes e chefes dos núcleos.

Também em 2012, a realização de seminários para a imprensa teve o objetivo de aperfeiçoar o conhecimento dos jornalistas sobre as atividades da ANS e do setor de Saúde Suplementar e, por consequência, zelar pela informação que chega ao consumidor final, contribuindo para uma boa comunicação da instituição com seus públicos. Os seminários destinados a profissionais de todas as regiões do país, e foram realizados em Brasília, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo.

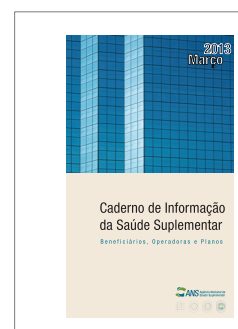


- Produção Editorial em 2012.

Em 2012, a ANS manteve e ampliou a divulgação de informações e de conhecimento. As publicações a seguir estão disponíveis em seu portal na internet, e a maior parte delas é também impressa.

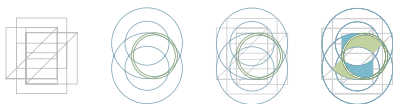
Periódicos: a ANS mantém seis publicações periódicas, a saber:

i) **Caderno de Informação da Saúde Suplementar** - é publicado desde março de 2004 e tem periodicidade trimestral. Apresenta um panorama dos dados de beneficiários, de operadoras, de planos de saúde e da utilização de serviços e é referência para os dados do setor.

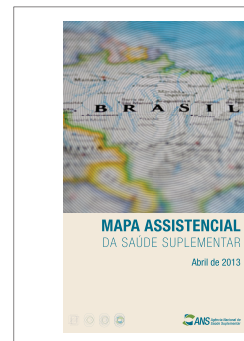


ii) **Foco Saúde Suplementar** - foi criado em março de 2012. Apresenta números do mercado de planos privados de saúde, buscando oferecer, a cada trimestre, um retrato do setor de fácil compreensão visual.

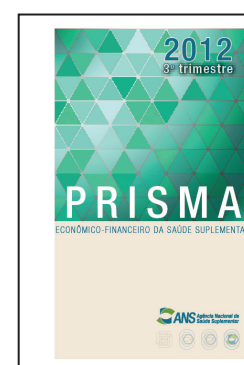




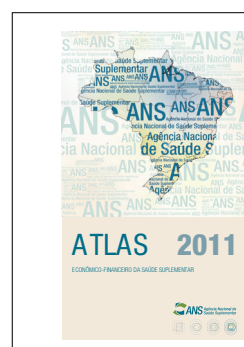
iii) **Mapa Assistencial** - lançado em outubro de 2012 e tem periodicidade semestral. O Mapa é uma publicação inédita na história da ANS, dedica-se exclusivamente a divulgar os dados da assistência prestada pelos planos de saúde. O objetivo da publicação é contribuir para o exercício da observação crítica dos dados e permitir uma análise de tendências e comportamentos das operadoras, visando à qualificação da gestão assistencial.



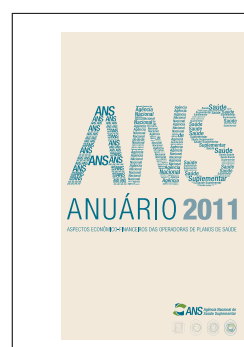
iv) **Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar** - é publicado desde setembro de 2009 e tem periodicidade trimestral. Apresenta a evolução, nos últimos três anos, dos aspectos econômico-financeiro e patrimonial das operadoras, além de suas garantias financeiras, segmentados por modalidade da operadora. O Prisma é referência para dados econômico-financeiros do setor.

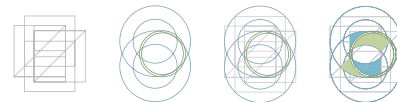


v) **Atlas ANS** - é publicado anualmente, desde 2005. Apresenta dados econômico-financeiros das operadoras de planos de saúde por região do país e por modalidade de operadora.



vi) **Anuário ANS** - publicado anualmente, desde 2005. Apresenta dados econômico-financeiros por operadora de planos de saúde.





Folhetos e cartilhas: a ANS publica material informativo voltado principalmente para o consumidor, a saber:

i) Guia prático de planos de saúde.



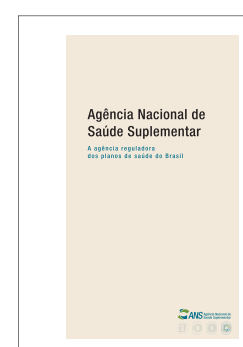
ii) Orientações sobre planos coletivos.

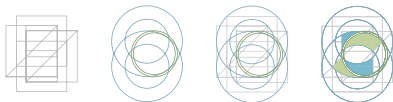


iii) Informações sobre como entrar em contato com a Agência.



iv) Informações sobre a ANS, também nos idiomas inglês e espanhol.



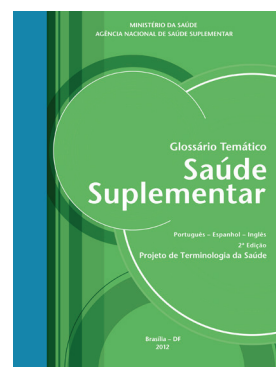


v) **Cartão Plano de Melhoria da Saúde e Guia do Plano de Melhoria da Saúde:** traz pontuações de saúde, com orientações sobre “como fazer” para melhorar a saúde, destinado a leigos e profissionais de saúde. Trata-se de uma ferramenta universal, simples e educativa, para avaliar e monitorar os fatores de riscos biométricos, comportamentais e de estilo de vida. Faz parte dos esforços da World Health Professions Alliance (WHPA) para a redução, em todo o mundo, da incidência de doenças crônicas não transmissíveis. Foi elaborado em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a World Health Professions Alliance (WHPA).



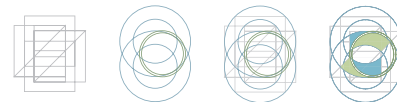
Livros: a Agência dissemina conhecimento, informações e experiências também por meio de livros (ver síntese a seguir), alguns deles em parceria com outras instituições.

i) **Glossário Temático da Saúde Suplementar** – Edição 2012. Nesta segunda edição, elaborada conjuntamente por equipes da ANS e da Coordenação-Geral de Documentação e Informação do Ministério da Saúde (CGDI/SAA/SE), por meio do Projeto de Terminologia da Saúde, foram incluídos, além de novas expressões e atualizações, termos equivalentes em idioma espanhol e inglês a cada um dos 243 verbetes que constituem o Glossário Temático: Saúde Suplementar. No final da publicação, também estão listadas as terminologias em espanhol – português e inglês – português.



ii) **Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar:** descreve um projeto piloto de assistência à saúde dos idosos, assunto que apresenta interfaces com outros eixos da Agenda Regulatória da ANS como: financiamento do setor, garantia de acesso e qualidade assistencial, assistência farmacêutica, modelo de pagamento aos prestadores e integração da Saúde Suplementar com o Sistema Único de Saúde (SUS).





iii) Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar 2012: é mais uma estratégia da ANS de orientar boas práticas do setor a partir de diretrizes clínicas fornecidas pela Associação Médica Brasileira, baseadas em evidências científicas e no consenso das sociedades médicas de especialidades. A publicação é um produto da parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB).



iv) Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar: apresenta a primeira fase do projeto do Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar, uma parceria técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O objetivo dos Laboratórios é identificar e compartilhar experiências significativas de inovação nas práticas de gestão assistencial das operadoras.

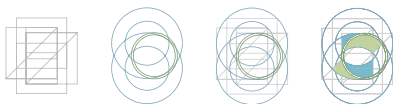


v) VIGITEL Brasil 2011 – Saúde Suplementar: a publicação é fruto da parceria da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde com a ANS. A pesquisa atualiza a frequência e a distribuição dos principais fatores de risco e proteção das doenças crônicas na população de beneficiários de planos de saúde. Além disso, estimula a reflexão de gestores, prestadores e beneficiários, contribuindo para a formulação de modelos de cuidados que promovam uma interface entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças e os demais níveis e complexidades da assistência à saúde. O objetivo final é a garantia do acesso aos serviços e a melhoria da qualidade de vida da população beneficiária de planos de saúde.



vi) Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2012: contém os procedimentos de cobertura obrigatória que constam do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente em 2012. Traz o conteúdo da norma; a lista dos 3.132 procedimentos de cobertura mínima; as diretrizes de utilização para alguns procedimentos; e as diretrizes clínicas na Saúde Suplementar.





- **Entrada da ANS nas Redes Sociais – Slide share e Youtube.**

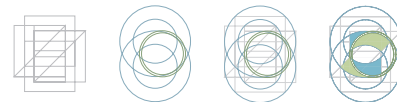
Em 2012 a Agência passou a divulgar suas apresentações e vídeos também no slide share e youtube. O próximo passo para uma aproximação maior com seu público será a entrada no *facebook* e *twitter*.



- **Implementação da Lei de Acesso à Informação.**

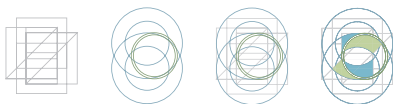
A Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, institui, como princípio fundamental, que o acesso à informação pública é a regra; e o sigilo, a exceção. Para garantir o exercício pleno do direito de acesso previsto na Constituição Federal, a Lei define os mecanismos, os prazos e os procedimentos para a entrega das informações solicitadas à Administração Pública pelos cidadãos. Além disso, a Lei determina que os órgãos e as entidades públicas deverão divulgar um rol mínimo de informações, por meio da internet.

Em decorrência da Lei de Acesso à Informação, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 298, de junho de 2012, que dispõe sobre mecanismos de transparência ativa e passiva no âmbito da Agência, institui o Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), classifica em graus de sigilo informações em poder da ANS e dispõe sobre o seu tratamento. A grande maioria das informações que tornaram-se de publicação obrigatória no portal, já eram publicadas pela ANS desde a reformulação do seu portal em 2011.

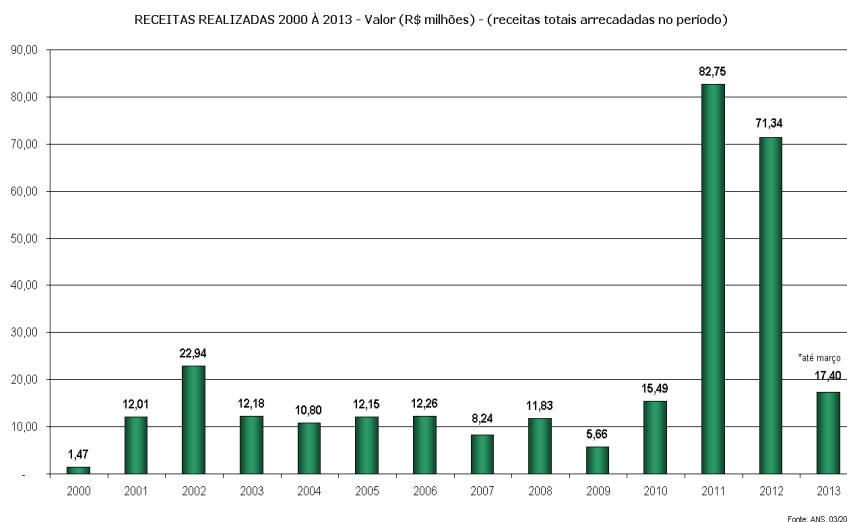


- **Carta de Serviços revista e atualizada**

A Carta de Serviços ao Cidadão foi instituída pelo Decreto nº 6.932, de 2009, com o objetivo de informar ao cidadão dos serviços prestados pelo órgão ou entidade, explicitando as formas de acesso aos serviços, e os respectivos compromissos e padrões de qualidade no atendimento ao público. Atenta à obrigação legal, a ANS elaborou em 2010 sua primeira versão da Carta de Serviços ao Cidadão, utilizando a metodologia do Programa Nacional de Gestão e Desburocratização – GESPÚBLICA/ MPOG. Numa iniciativa pioneira, além da versão impressa a ANS disponibilizou em seu portal na internet a versão navegável de sua Carta de Serviços, permitindo o acesso direto a todos os produtos e serviços disponíveis no portal, desde consultar normativos relacionados até preencher formulários eletrônicos ou impressos para solicitação de informações. Em 2012 a Carta de Serviços foi revista, atualizada e divulgada no portal da ANS.



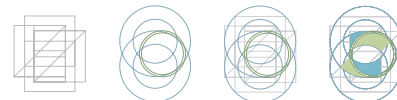
5. Foco na Integração com o SUS



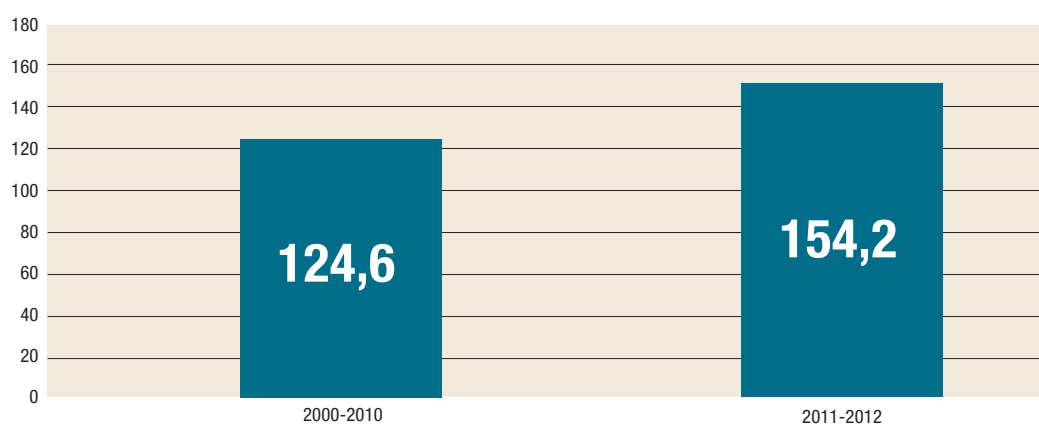
A grande conquista da ANS nessa área foi o enorme incremento da efetividade do ressarcimento ao SUS nos últimos três anos. Essa conquista significou, acima de tudo, uma prestação de contas à sociedade sobre esse processo de responsabilidade legal da ANS.

- **Ressarcimento ao SUS.**

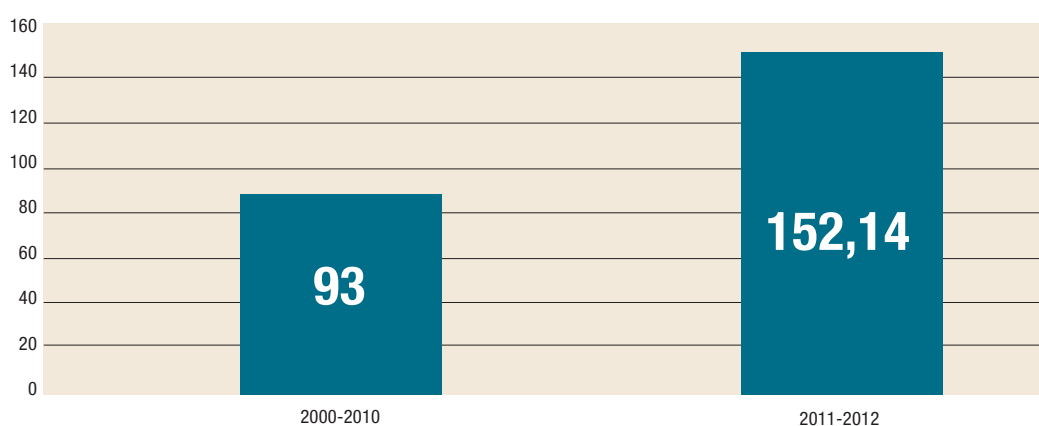
Desde 2009, a ANS tem adotado uma série de medidas para tornar mais eficaz o processo de ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde. As mudanças gerenciais implementadas permitiram que a Agência repassasse nos últimos dois anos cerca de R\$ 166 milhões de reais ao Fundo Nacional de Saúde, valor maior do que todo o histórico de cobrança do ressarcimento feito pela Agência desde o ano de 2001. Os gráficos a seguir demonstram o incremento do ressarcimento a partir de 2011:



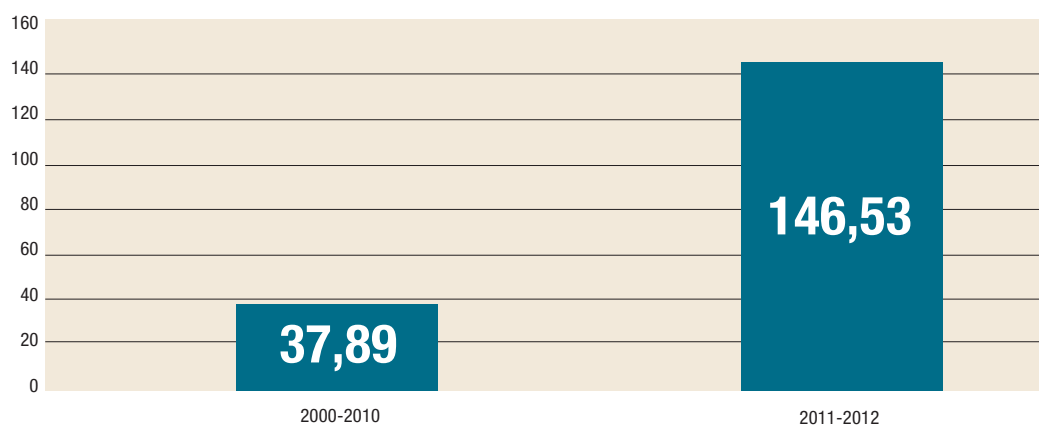
Receita realizada (Valor – milhões)

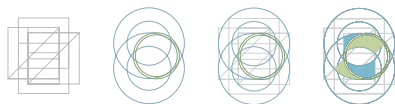


Partilha/Repasse (Valor – milhões)

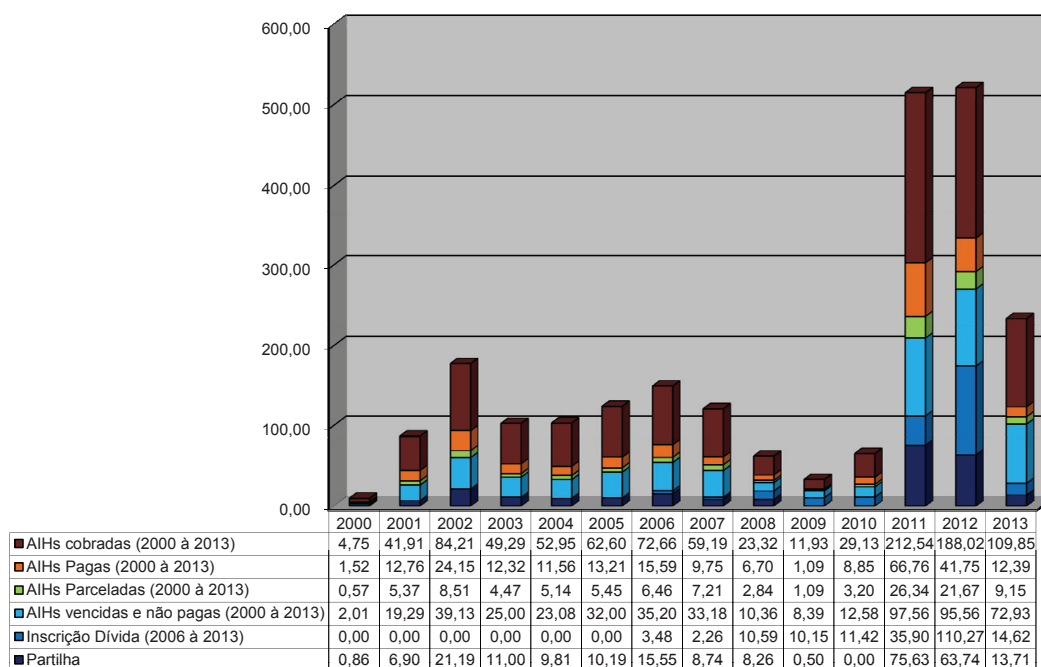


Envio para inscrição em Dívida Ativa (Valor – milhões)





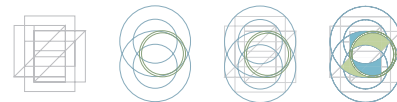
Neste período foram cobrados ainda cerca de R\$ 510 milhões das operadoras e encaminhados R\$ 161 milhões para a dívida ativa, o que também representou um recorde com relação aos demais anos. O gráfico a seguir mostra a evolução do processo de ressarcimento ao SUS de 2000 a abril de 2013 e o incremento conquistado de 2011 até agora.



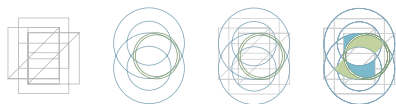
- Exigência da informação sobre o número do Cartão Nacional de Saúde dos beneficiários de planos privados de saúde. RN nº 250/2011; RN nº 295/2012 e RN nº 303/2012.

Ponto importante foi a obrigatoriedade de envio pelas operadoras do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, de todos os seus beneficiários. O envio do número do CNS já constava de norma desde 2004, como um dos identificadores do beneficiário no Sistema de Informações de Beneficiários (SIB/ANS), porém, o fornecimento dessa informação era facultativo. Ao torná-lo obrigatório, o objetivo da medida foi estabelecer um número que, em conjunto com o número do CPF (Cadastro Nacional de Pessoa Física), da Receita Federal, permitisse a identificação unívoca do beneficiário de plano de saúde.

Essa identificação possibilitará que a ANS acompanhe a movimentação de beneficiários entre operadoras e entre planos de saúde, verificando também a rotatividade do setor e identificando suas causas. O uso do número do CNS por todos os cidadãos brasileiros vai integrar os cadastros do SUS e da Saúde Suplementar, proporcionando melhorias na gestão da saúde no país, contribuindo sobremaneira para a otimização do processo de ressarcimento ao SUS e dando as bases para a construção de um registro eletrônico em saúde nacional.



Em maio de 2012, a ANS recebeu os números do Cartão Nacional de Saúde (CNS) de 31 milhões de consumidores gerados pelo Ministério da Saúde. Estes dados ficaram disponíveis para as operadoras a partir de junho de 2012. Desta forma, o Ministério da Saúde e a ANS concluíram a primeira etapa do cadastramento de beneficiários de planos de saúde no Sistema Cartão Nacional de Saúde. Os usuários não identificados nesse processamento estão sendo cadastrados pelas operadoras de planos de saúde, por meio do acesso ao aplicativo de cadastro do CNS (Cadweb), do Ministério da Saúde.



6. Foco na fiscalização e articulação setorial

De 2010 a 2012 as principais conquistas relativas à fiscalização e à articulação setorial foram o incremento da solução das demandas por negativa de cobertura, encaminhadas pela NIP e a ampliação do Programa Parceiros da Cidadania.

- **Aumento da efetividade da NIP.**

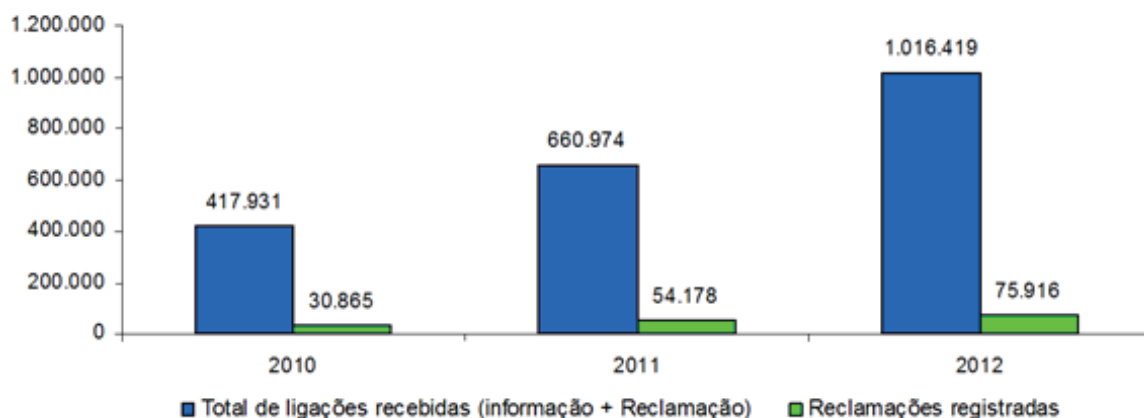
A Notificação de Investigação Preliminar (NIP) é um instrumento que visa à solução de conflitos entre consumidores e operadoras nas questões sobre negativa de cobertura. As demandas de negativa de cobertura a serem processadas na NIP restringem-se aos casos em que o procedimento ou evento em saúde ainda não foi realizado ou foi realizado à custa do consumidor. O processo de investigação preliminar tem as seguintes fases: recebimento de demanda de negativa de cobertura; contato com o consumidor ou interlocutor; notificação da operadora; recebimento e processamento da resposta da operadora; elaboração de análise conclusiva; e resposta da operadora.

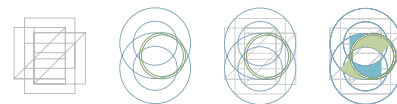
Além da sua finalidade imediata de buscar resolver os casos de negativa de cobertura, no momento do seu surgimento, de aproximar as partes do conflito e de incrementar positivamente a relação fornecedor/consumidor, a NIP tem demonstrado grande potencial indutor corretivo das falhas do processo interno de trabalho das operadoras.

Em 2012, das 75.916 reclamações de consumidores, recebidas pela ANS, 55.171 foram devido a negativa de cobertura. Destas, 42.610 (78,4%) foram resolvidas por mediação de conflitos, ou seja, de cada cinco demandas, quatro são resolvidas por mediação de conflitos.

A partir de 2013, a NIP passará a processar todas as demandas de reclamação, assistenciais e não assistenciais, para conferir mais celeridade à análise pela Agência, garantindo assim maior satisfação do consumidor quanto à resolução do seu problema.

Informações e reclamações recebidas pela ANS 2010-2012





- **Disque ANS – aperfeiçoamento do serviço.**

A ANS mantém à disposição dos cidadãos uma Central de Relacionamento para o esclarecimento de dúvidas sobre seus direitos como consumidor de planos de saúde e para registro de reclamações/denúncias sobre os serviços prestados pela sua operadora. Integram a Central de Relacionamento:

Disque ANS: 0800 701 9656 - Ligação gratuita de qualquer cidade do Brasil, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h (horário de Brasília).

Central de Atendimento - Disponível na página www.ans.gov.br. Por esse canal, as dúvidas, as sugestões e as reclamações são enviadas por e-mail.

Carta - Correspondências endereçadas à Diretoria de Fiscalização/Central de Relacionamento ANS, no endereço: Rua Augusto Severo, 84 - Glória - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20021-040.

Atendimento pessoal - Há doze núcleos da ANS distribuídos em onze estados do país, para onde o consumidor pode se dirigir pessoalmente. Os endereços dos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização estão disponíveis no portal da ANS.

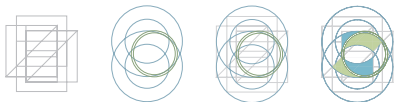
Em 2012, a ANS aperfeiçoou o serviço do Disque ANS mediante a expansão dos canais telefônicos: duplicação dos canais de atendimento simultâneo; ampliação no número de agentes de atendimento para absorver com qualidade o crescimento da demanda; aumento no número de supervisores e monitores; aumento das exigências contratuais (atendimento de 95% das ligações em até 15s); obtendo a diminuição do tempo médio de espera em fila (de 90 segundos em 2011 para 21 segundos em 2012) e do percentual de ligações abandonadas (de 14,56% em 2011 para 5,54% em 2012).

- **Ferramenta para acesso aos pareceres técnicos da ANS.**

Em setembro de 2012, a ANS incluiu em seu portal uma ferramenta de consulta para facilitar o acesso aos pareceres técnicos com relação às coberturas assistenciais previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A busca é destinada ao Poder Judiciário, ao Ministério Público e aos demais agentes representativos da sociedade. Os documentos podem ser consultados e utilizados como subsídio para a tomada de decisão e para instrução processual. A ferramenta leva em consideração as perguntas mais frequentes encaminhadas por esses órgãos à Agência. A ação visa dar mais transparência à regulação do setor, além de atender a um pleito do Comitê Executivo Nacional do Fórum de Saúde do Conselho Nacional de Justiça, do qual a ANS participa permanentemente.

- **Parceiros da Cidadania.**

A articulação institucional da ANS é feita por meio de uma série de ações, entre as quais a do Programa Parceiros da Cidadania, implementado em 2003. Em sua fase inicial, o programa limitou-se a divulgar aspectos básicos da legislação setorial aos consumidores, por meio da distribuição de material informativo e seminários.



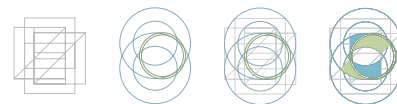
A partir de 2007, passou a ser um programa de relacionamento institucional, procurando a aproximação com os órgãos e as entidades de defesa do consumidor, a exemplo dos PROCONs e dos órgãos de Defensoria Pública e do Ministério Público, em busca também da melhoria da fiscalização setorial. Foram contínuas as ações destinadas a divulgar os direitos dos consumidores, a exemplo de materiais informativos que versavam sobre temas assistenciais, e também a publicação de informativo eletrônico para os parceiros do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) e para as Centrais Sindicais.

Em 2010, além do trabalho com os órgãos e as entidades de defesa do consumidor, foi feita uma aproximação com seis Centrais Sindicais do país: Central Geral dos Trabalhadores do Brasil (CGTB), Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Força Sindical, Nova Central Sindical dos Trabalhadores (NCST) e União Geral dos Trabalhadores (UGT).

A relevância dessa aproximação deve-se ao fato de que 63% dos beneficiários de planos de saúde tem planos coletivos empresariais. Daí a necessidade da inserção qualificada do mundo do trabalho no processo regulatório do setor, que vem contando também com a parceria do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) e do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT).

Nessa linha, Termos de Cooperação Técnica foram celebrados para a realização de encontros, cursos de capacitação, seminários regionais e nacionais, e eventos localizados com órgãos e entidades de defesa do consumidor e entidades sindicais, sendo que, no âmbito destas últimas, foi constituído o Fórum Permanente dos Trabalhadores sobre Saúde Suplementar.

Em julho de 2012, a ANS reuniu órgãos de defesa do consumidor e centrais sindicais para aprimorar o conhecimento sobre Saúde Suplementar. O evento fez parte do trabalho de redução da assimetria de informações sobre Saúde Suplementar, que, nessa edição, capacitou os líderes sindicais dos metalúrgicos para que sejam agentes multiplicadores das informações quanto às negociações com os planos de saúde contratados pelas empresas.



7. Foco na participação social

- **Câmara de Saúde Suplementar.**

A Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) é o órgão de participação institucionalizada da sociedade, permanente e consultivo, que auxilia a Diretoria Colegiada nas suas discussões.

Tem como competências: i) acompanhar a elaboração de políticas no âmbito da saúde suplementar; ii) discutir, analisar e sugerir medidas que possam melhorar as relações entre os diversos segmentos que compõem o setor; iii) colaborar para as discussões e para os resultados das Câmaras Técnicas; iv) auxiliar a ANS a aperfeiçoar o setor de assistência suplementar à saúde no país; e v) indicar representantes para compor câmaras e grupos técnicos, sugeridos pela Diretoria Colegiada.

Entre 2012, a Câmara de Saúde Suplementar reuniu-se por quatro vezes, para discutir temas prioritários do setor.

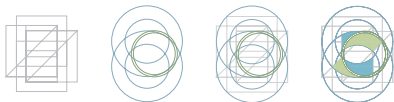
- **Consultas Públicas.**

Consulta Pública é uma forma de consulta pela qual a ANS, por deliberação da Diretoria Colegiada, submete à sociedade as propostas de atos normativos relevantes para o setor. São objetivos da Consulta Pública: i) recolher sugestões e contribuições para o processo decisório da ANS; ii) recolher sugestões e contribuições para a edição de atos normativos; iii) propiciar à sociedade civil e aos agentes regulados a possibilidade de encaminhar sugestões e contribuições; iv) identificar, da forma mais ampla possível, todos os aspectos relevantes à matéria submetida ao processo de participação democrática; e v) dar publicidade à ação da ANS.

São previstas para serem realizadas previamente à edição de normas e à tomada de decisão, quando se referirem a assuntos de relevante interesse público, e devem ser recebidas de forma escrita, preferencialmente por meio eletrônico.

Consultas Públicas 2000-2012





As Consultas Públicas realizadas em 2012 foram: Procedimentos de Adequação Econômico-financeira (Paef); Pool de Risco - regulamentação do agrupamento de contratos coletivos de planos privados de assistência à saúde para o cálculo e a aplicação do percentual de reajuste; Oferta de medicação de uso domiciliar pelas operadoras de planos de assistência à saúde; Obrigatoriedade de instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria por parte das operadoras de planos de assistência à saúde; Regulamentação da prestação de informação sobre as negativas de autorização para procedimentos médicos, como exames consultas e cirurgias, que deverão ser feitas por escrito pelas operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas pelo beneficiário; e Agenda Regulatória 2013/2014, com 7 (sete) eixos temáticos e 36 projetos propostos.

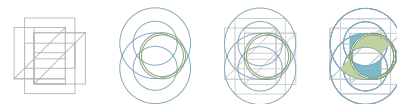
- **Ouvidoria.**

As instituições públicas adotaram a iniciativa de criar Ouvidorias com o intuito de aperfeiçoar o seu serviço, mantendo-o moderno e próximo à realidade da sociedade, por meio das informações captadas de usuários e destinatários de suas ações, com vista à melhoria do seu desempenho.

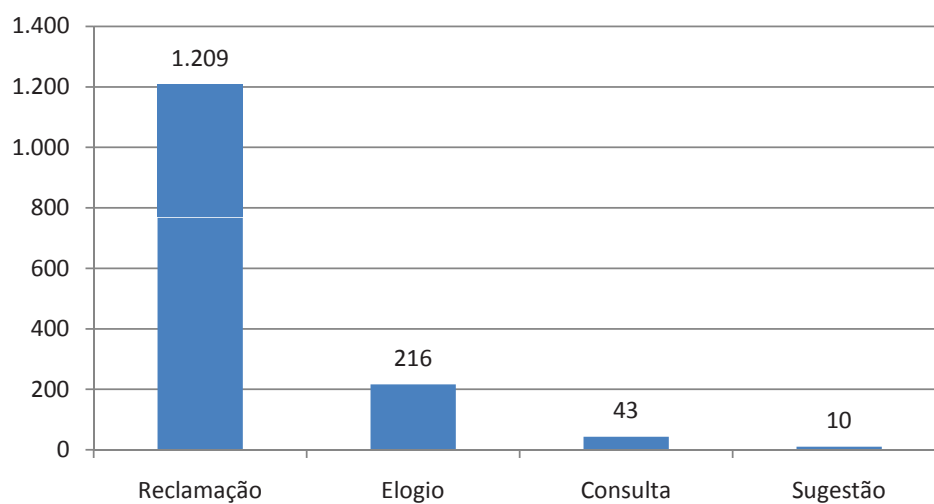
A Ouvidoria é um canal de comunicação entre a sociedade e a ANS. Sua missão é buscar o aperfeiçoamento e a melhoria contínua da qualidade da atuação da Agência. Atua como instância mediadora de conflitos, desfazendo mal-entendidos e propiciando o exercício dos direitos e dos deveres, de forma imparcial e ética. Isso vale tanto para o público externo, que abrange todos os agentes que participam do mercado regulado, como para o público interno, que envolve servidores e gestores.

Na ANS, a Ouvidoria propicia a aproximação entre cidadãos e gestores, por meio do registro de reclamações, sugestões, elogios e consultas. Com as manifestações recebidas dos consumidores e dos entes regulados, é possível recomendar a correção de distorções, falhas, atos e omissões,intonizando, assim, a ANS com os anseios da sociedade.

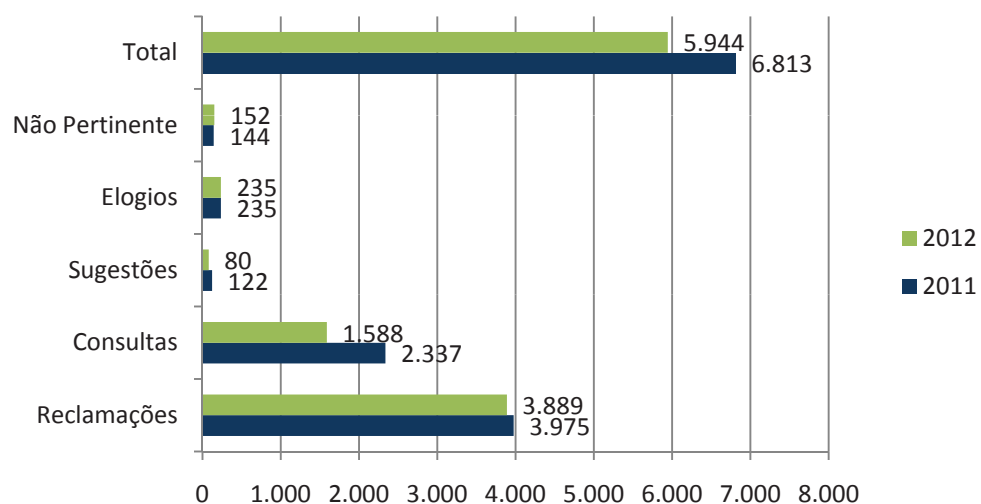
As principais atribuições da Ouvidoria são: i) receber demandas (reclamações, consultas, sugestões e elogios) relativas ao desempenho das diversas áreas que compõem a ANS, relacionadas aos serviços por elas prestados; ii) propor recomendações que promovam a qualidade e a eficiência da ANS para melhorar a gestão e alcançar o equilíbrio na atuação regulatória; e iii) exercer o acompanhamento das ações e da atuação da ANS, como meio de colaborar para o fortalecimento e o desenvolvimento da instituição.

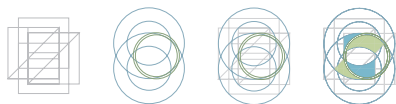


Distribuição de demandas de Ouvidoria 2012



Demandas recebidas pela Ouvidoria 2011-2012



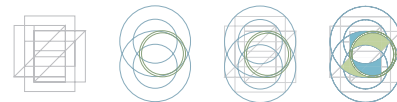


- **Câmaras e Grupos Técnicos - 2012.**

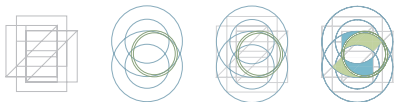
Câmara Técnica é um fórum técnico, de caráter temporário, instituído por deliberação da Diretoria Colegiada, para ouvir e colher subsídios de determinados órgãos, entidades e pessoas naturais ou jurídicas, previamente convidados, em matérias relevantes que estão sendo objeto de processo decisório da ANS. Seus objetivos são: i) propiciar à sociedade civil e aos agentes regulados a possibilidade de encaminhar sugestões e contribuições à ANS; ii) identificar, da forma mais ampla possível, todos os aspectos relevantes à matéria submetida ao processo de participação democrática; e iii) dar publicidade à ação da ANS.

Em 2012, a ANS contou com as seguintes Câmaras e Grupos Técnicos:

Câmara Técnica	Situação em maio de 2013	Objetivo
Hierarquização dos Procedimentos Médicos	Em andamento	Discutir com os representantes do setor sobre a necessidade e a forma adequada de regulação da hierarquização dos procedimentos e eventos em saúde, tendo como principal referência o grau de capacitação, a complexidade técnica e o tempo de execução requerido em cada procedimento. Também é debatido o modelo de governança da hierarquização dos procedimentos e eventos em saúde.
Mecanismos de Regulação	Encerrada	Discutir com os representantes do setor sobre os mecanismos de regulação utilizados pelas operadoras de planos de assistência à saúde, para reavaliar os critérios de mecanismos de regulação estabelecidos pela Resolução CONSU nº 08, de 1998
Obrigatoriedade de Ouvidorias na Saúde Suplementar	Encerrada	Discutir com os representantes do setor a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pela operadora de plano privado de assistência à saúde.
Pool de Risco	Encerrada	Discutir a introdução do Pool de Risco para apuração do reajuste anual de contratos coletivos com menos de 30 beneficiários, visando incentivar a concorrência no setor de saúde suplementar.



Ajustes ao Patrimônio para fins de PMA e Margem de Solvência	Encerrada	Discutir com os representantes do setor, a alteração da IN nº 38/2009/DIOPE, que trata dos ajustes econômicos que devem ser feitos ao patrimônio das operadoras para verificação do atendimento às exigências de Patrimônio Mínimo Ajustado – PMA e de Margem de Solvência – MS.
Pesquisa de satisfação de beneficiários com as operadoras de planos privados de assistência à saúde	Encerrada	Discutir com os representantes do setor sobre a metodologia da pesquisa de satisfação dos beneficiários e sua aplicabilidade ao Programa de Qualificação das Operadoras ano base 2012.
Grupo Técnico	Situação em maio de 2013	Objetivo
Assistência Farmacêutica	Encerrado	Discutir com os representantes do setor a oferta de medicamentos para pacientes em tratamento ambulatorial (fora do hospital), principalmente para os portadores de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, que fazem uso contínuo de medicação.



V - GESTÃO INTERNA

No âmbito da gestão interna da ANS, no ano de 2012, destacaram-se as seguintes iniciativas:

- **Transparência**

Participação da Auditoria Interna, da Ouvidoria e de servidores nas reuniões da Diretoria Colegiada; encontros periódicos dos servidores com o Diretor-Presidente; divulgação das pautas das reuniões da Diretoria Colegiada na intranet; e transmissão das reuniões da Diretoria Colegiada, inicialmente em local específico, voltado para os servidores da Agência.

- **Planejamento Estratégico MS/ANS**

Em março de 2012, foi realizada oficina em Brasília, junto ao Ministério da Saúde e com o apoio da FGV para construção conjunta das principais estratégias, resultados, produtos e ações previstas para 2012. Com a presença dos Diretores de Gestão e de Desenvolvimento Setorial, além de Diretores Adjuntos, Secretários e Gestores da ANS, foi formulada uma matriz de acompanhamento, que depois seria integrada ao sistema de acompanhamento, o e-CAR.

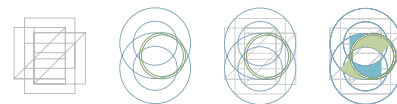
A matriz foi construída com base nos projetos previstos para 2012 da Agenda Regulatória e também na revisão dos produtos elencados em 2011 para o período de 2012-15, conforme construção do PPA 2012-15.

O acompanhamento foi realizado de forma mensal/bimestral, de acordo com o grau de priorização realizado. Os resultados priorizados pelo Ministro da Saúde foram: Plano de ação elaborado através do GT, visando a implementação de ações da Rede Cegonha, do Câncer de Mama e da Saúde Mental (1.1); Atribuição do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) para 90% dos beneficiários ativos da saúde suplementar que já estiverem univocamente identificados (2.1); “Espaço da Qualidade da Saúde Suplementar” em operação (2.5) e Monitoramento da resolução dos tempos máximos para atendimento realizado (4.6).

Foram também realizadas duas oficinas de acompanhamento: uma em junho, em Brasília, e uma em setembro, no Rio de Janeiro. Importante destacar que acompanharam essas oficinas, os membros da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Contrato de Gestão da ANS/MS, de forma a aproximar, cada vez mais, os dois instrumentos.

- **Análise de Impacto Regulatório**

A Análise de Impacto Regulatório (AIR) está sendo implementada na ANS, sob a forma de projetos piloto. Trata-se de uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade da regulação, na medida em que estimula a reflexão aprofundada do problema de política regulatória a ser enfrentado. Além disso, estimula a definição dos objetivos da regulação e opções a serem consideradas na resolução do problema de política pública identificado. Por fim, a ferramenta permite a análise



do impacto de cada uma das opções regulatórias distintas, de forma a auxiliar na decisão sobre qual é a melhor opção.

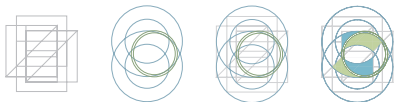
Em 2012, foi dada continuidade às discussões e acompanhamento acerca dos quatro projetos selecionados pela Diretoria Colegiada: Registro Eletrônico em Saúde; Assistência Farmacêutica; Envelhecimento Ativo e Novo modelo de Solvência.

Sumário Executivo de Impacto Regulatório	
Tema:	
Diretoria:	Gerência:
Equipe Técnica Responsável:	
Qual é o problema a ser resolvido?	
Quais são os objetivos a serem alcançados?	
Quais são as opções existentes para resolver o problema?	
Quais grupos são potencialmente afetados pelo problema? Como pretende fazer a consulta?	
Qual das opções elencadas acima é a mais adequada para resolver o problema?	

- **Início do projeto de Gestão Eletrônica da Agência (e-ANS)**

Entre os projetos estratégicos da ANS para a área de Tecnologia da Informação, previstos no Plano Diretor de Informação e Informática (PDTI) da ANS 2012-2015, destaca-se um grupo de ações que visa atender à demanda da Diretoria Colegiada da ANS de elaboração de um projeto estratégico cujo objetivo geral é tornar a ANS uma agência reguladora eletrônica. Esse projeto é denominado e-ANS.

Para a Direção da Agência, é preciso minimizar o fluxo de papel e maximizar o trânsito de informações em formato eletrônico, propiciando, assim, maior agilidade nos processos de papel, e otimizar as respostas para o setor regulado e a sociedade. Nessa linha, os objetivos específicos do e-ANS são: a) proporcionar maior integração dos processos de trabalho e bases de dados entre todas as diretorias e núcleos nos estados; b) permitir mais transparência das informações de planos de



saúde, das operadoras para os consumidores, reduzindo a assimetria de informações; c) ampliar o grau de padronização de informações; d) aumentar a confiabilidade das informações e a orientação à produção e à difusão das informações; e) possibilitar o acesso fácil e seguro à informação; e f) disponibilizar mecanismos de apoio à decisão.

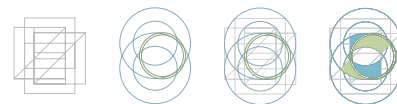
Entre os benefícios esperados estão:

i) Para a ANS: redução da burocracia e do uso de papel; redução do espaço físico ocupado para armazenamento de documentos em papel; diminuição do tempo de recuperação das informações; otimização da organização e da integração entre os diversos sistemas e processos de trabalho; diminuição de retrabalho e da redundância de informações, por meio da entrada única de informações no sistema, com a reutilização por outros sistemas e áreas da agência; redução da possibilidade de erros e visões diferentes de um mesmo processo em tramitação; maior confiabilidade e segurança para uso dos dados; e integração entre a sede da ANS e os núcleos.

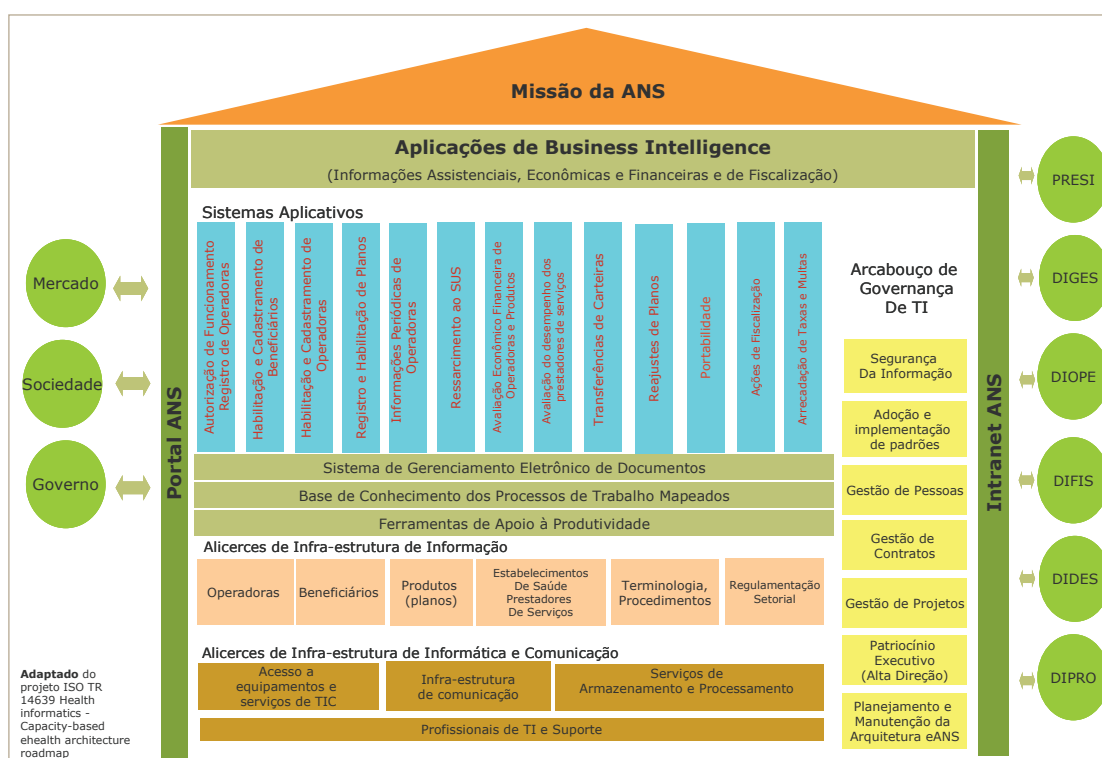
ii) Para o setor regulado: comunicação mais efetiva entre o mercado regulado e a ANS; recepção e processamento das informações das operadoras na ANS de forma mais eficiente; desburocratização do relacionamento entre as operadoras e a ANS, agilizando e dando maior segurança e transparência na tramitação dos dados; diminuição de possibilidade de erros na tramitação de informações entre o mercado regulado e a ANS; maior transparência da situação econômico-financeira das operadoras; maior qualidade dos prestadores de serviço; maior agilidade na “entrada” e na “saída” do setor; e mais segurança para consumidores, operadoras e prestadores de serviços.

iii) Para a sociedade: ação reguladora mais eficiente; relação com a sociedade mais transparente e efetiva; respostas às necessidades de informação do consumidor por meio de consulta on-line à rede credenciada, por operadora, por plano e por prestador de serviço; consulta ao tempo médio de espera para agendamento de procedimentos, por operadora, por plano e por prestador de serviço; consulta aos indicadores de qualidade dos prestadores de serviços; consulta ao histórico de vinculação a planos de saúde; apoio à decisão dos consumidores (pessoas físicas e jurídicas) para adesão ou mudança de planos; acompanhamento dos processos e encaminhamento das demandas; aumento da capacidade de negociação dos consumidores; respostas às necessidades de informação de gestores de saúde públicos e privados; provimento de informações sobre atendimentos em saúde suplementar; e disseminação de informações econômico-financeiras, de rede assistencial e de beneficiários.

Os elementos da arquitetura aplicados ao e-ANS são apresentados a seguir: Alicerces de Infraestrutura de Informática e Comunicação (Bloco A); Alicerces de Infraestrutura de Informação (Bloco B); Base de Conhecimento dos Processos de Trabalho Mapeados e Sistema de Gerenciamento Eletrônico de Documentos (Bloco C); Sistemas Aplicativos (Bloco D); Arcabouço de Governança de TI (Bloco E); Portal ANS Internet (Bloco F); Portal ANS Intranet (Bloco G); e Aplicações de Business Intelligence (Bloco H). O e-ANS já está em desenvolvimento.



Até o momento, foi definido o Plano Estratégico de Aprimoramento da Estrutura de TI da ANS, bem como a forma de desenvolvimento de arquitetura de sistemas de informações, com o objetivo de aprimorar os processos de trabalho da Agência e dotá-la de agilidade e eficiência. Foi concluído o Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI), que contempla um diagnóstico da área de tecnologia da informação da Agência e as principais ações para o período 2012-2015, estando, entre elas, o conjunto de ações do Plano Estratégico e-ANS.

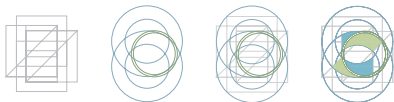


- **Nova intranet da Agência - Intrans.**

A nova intranet da ANS foi implementada em julho de 2012. A mudança na rede interna foi profunda e inovadora. A intranet está funcionando em software livre e traz a proposta de interação entre os servidores e as áreas da Agência nos moldes de uma rede social. Assim, a reestruturação da intranet tornou-a um instrumento social, com uma arquitetura baseada em serviços, comunidades e perfis.

Os serviços integram os sistemas, melhorando a produtividade; as comunidades inovam o acesso às informações, por intermédio das mídias sociais; e os perfis estimulam o relacionamento, numa comunicação multidirecional e menos hierárquica.

Com essa perspectiva em foco, espera-se que a intranet social distribua o conhecimento em rede, com uma proposta de valor embasada na produtividade, na inovação e no relacionamento. A mudança de estágio, daquele em que havia basicamente um serviço de notícias e acesso a documentos, para



um novo estágio, no qual há serviços, comunidades e perfis, vai estimular a maturidade institucional da Agência Nacional de Saúde Suplementar, tornando-a menos verticalizada.

Além disso, há o efeito educativo, que contribui para o aprendizado organizacional, acelerando a implantação do “Governo 2.0” internamente na Agência, ação que abrange as seguintes dimensões: geração de conhecimento do setor (governança), intensificação do relacionamento com o público interno (comunicação), integração e qualificação das informações (informação e tecnologia), bem como gestão estratégica de pessoas (cultura e pessoas) do Mapa Estratégico da ANS.

Inicialmente, a intranet social deve impactar a mudança de cultura em atividades mais simples, como a criação de comunidades que reproduzam a estrutura dos grupos de trabalho da Instituição, a marcação de compromissos na agenda e o envio de mensagem para um colega. A médio prazo, pretende-se reduzir a quantidade de reuniões presenciais na Agência, porque a editoração das minutas, das notas técnicas e das resoluções normativas serão feitas de forma não presencial, porém colaborativa.

A nova intranet também vai facilitar o acesso à informação, substituindo a cultura do sigilo pela cultura do acesso (Lei nº 12.527, de 2011). Ao invés de informações retidas, os fluxos informativos em redes agilizarão a tomada de decisões e, conseqüentemente, deverão melhorar a gestão das políticas regulatórias, com a produção do conhecimento informal-tácito.

A mudança foi precedida por uma pesquisa realizada na Intrans, e por reuniões com setores de maior presença na intranet, para, assim, colher os principais problemas e as propostas de soluções e de funcionalidades. Depois de entrar em produção, vários cursos para servidores e gerentes foram ministrados, para demonstrar todas as funcionalidades e ferramentas da intranet.

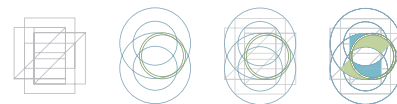
Até maio de 2013 já foram cinco Consultas Internas para elaboração de normas ou discussão e contribuição para temas, feitas por meio de formulário próprio na intranet e discussões em comunidades específicas. Entre as Consultas destacam-se a própria Agenda Regulatória 2012/2013; a proposta de hierarquização de procedimentos médicos e a nova metodologia da Notificação de Investigação Preliminar – NIP.

- **Participação dos servidores na construção da Agenda Regulatória 2013-2014.**

Na primeira Agenda Regulatória da ANS, a do biênio 2011/2012, houve discussão e participação dos servidores depois da formulação dos eixos e da aprovação na Câmara de Saúde Suplementar.

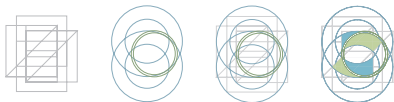
A Agenda Regulatória 2013/2014 foi construída de forma inédita. Depois da definição preliminar das áreas, dos eixos e das ações, a proposta foi aberta para Consulta Interna, em outubro de 2012. Na Consulta Interna, foi possível não somente opinar (concordar e discordar) sobre ações e eixos inicialmente propostos, como também propor novos eixos e ações.

A participação dos servidores na elaboração da Agenda Regulatória 2013/2014 foi por meio da Intrans



que, além de ser a ferramenta própria para o envio de sugestões, contou com uma comunidade específica, para que todos pudessem se manifestar em torno da proposta inicial. A utilização da Intrans representou um avanço em comparação com a consulta feita anteriormente aos servidores. A Consulta Interna sobre a Agenda Regulatória 2013/2014 ficou aberta de 3/10/2012 até 5/11/12. Depois de consolidada, foi apresentada na Câmara de Saúde Suplementar, aberta para Consulta Pública e aprovada pela Diretoria Colegiada.





CANAIS DE CONTATO COM A ANS

Sítio eletrônico

www.ans.gov.br

Disque ANS

0800 701 9656

Ligação gratuita de qualquer cidade do Brasil, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h (horário de Brasília), exceto feriados nacionais.

Central de Atendimento

<http://www.ans.gov.br/aans/central-de-atendimento>

Por esse canal, as dúvidas podem ser esclarecidas mediante a busca por assuntos ou por meio de preenchimento de formulário no próprio portal.

Correspondências

Cartas endereçadas à Diretoria de Fiscalização/Central de Relacionamento ANS

Rua Augusto Severo, 84 - Glória - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20021-040

Atendimento pessoal

Há 12 núcleos da ANS distribuídos em 11 estados do país, para onde o consumidor pode se dirigir pessoalmente.

Os endereços dos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização estão disponíveis no portal da ANS – www.ans.gov.br

Ouvidoria da ANS

Formulário Eletrônico <http://www.ans.gov.br/aans/ouvidoria/226-sobre-a-ans#>

